

pg papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit

pg-papers 02/2016

Oktober 2016

Evaluation der Modellklausel für Hebammenkunde und Physiotherapie an der Hochschule Fulda

Natalie Stertz, Annika Salzmänn, Beate Blättner

Hochschule Fulda
University of Applied Sciences



Natalie Stertz, Annika Salzmänn, Beate Blättner

**Evaluation der Modellklausel für Hebammenkunde und
Physiotherapie an der Hochschule Fulda
gemäß BMG-Richtlinie vom 16. November 2009
(Abschlussbericht)**

Projektleitung: Prof. Dr. Beate Blättner, Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda in Kooperation mit dem Institut für Berufsbildung der Universität Kassel unter Leitung von Prof. Dr. Ute Clement
27.09.2016

Evaluation of German Model Clause for Midwifery and Physiotherapy at Fulda University of Applied Sciences according to the Guidelines of the Federal Ministry of Health from 16/11/2009 (Final Report)

pg-papers 02/2016

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.d-nb.de> abrufbar.

pg-papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda

Herausgeber:

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

Leipziger Straße 123

36037 Fulda

Tel: +49(0)661/9640-600

Fax:+49(0)661/9640-649

ISBN 978-3-940713-17-9

Copyright © pg-papers, Oktober 2016

Inhalt

Zusammenfassung	2
Abstract.....	3
1 Einleitung	4
2 Vorgehen.....	6
3 Evaluationsergebnisse	8
3.1 Untersuchungen	8
3.1.1 Akademische Erstausbildung.....	8
3.1.2 Struktur und Organisation der Ausbildung	14
3.1.3 Staatliche Prüfung.....	30
3.1.4 Ausbildungskosten.....	36
3.2 Bewertungen.....	44
3.2.1 Machbarkeit	44
3.2.2 Kosten	48
3.2.3 Bedarf.....	51
3.2.4 Vorteile/Nachteile	53
3.2.5 Bewährung	56
3.2.6 Sonstige Bemerkungen.....	58
3.2.7 Schlussfolgerungen	59
4 Tabellenverzeichnis	62
5 Literatur.....	63

Zusammenfassung

2009 wurde die sog. Modellklausel in die Berufsgesetze von u. a. Hebammen und der Physiotherapie implementiert. Damit wurde es den Ländern befristet bis 2017 ermöglicht, eine primärqualifizierende, hochschulische Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen zu erproben, um deren Weiterentwicklung unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen sowie moderner berufspädagogischer Erkenntnisse zu ermöglichen. Absolventinnen und Absolventen solcher Studiengänge erwerben neben dem Bachelorabschluss die Berufszulassung. Die Studiengänge unterliegen einer Pflicht zur wissenschaftlichen Begleitung nach den Evaluationsrichtlinien des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 16.11.2009.

Auf dieser Grundlage werden am Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda seit dem Wintersemester 2012/13 Hebammen sowie seit dem Wintersemester 2013/14 Physiotherapeutinnen und -therapeuten akademisch ausgebildet. Das Evaluationskonzept der Hochschule Fulda greift zur Beantwortung des Fragenkatalogs des BMGs auf eine Kombination von Dokumentenanalysen, Expertenbefragungen, Befragung der Studierenden, Befragung der Praxispartner, einen Workshop zur Evaluation des praktischen Exams, Recherchen nach einschlägigen Studien und einen eintägigen Validierungsworkshop mit rund 100 Teilnehmenden zurück, die kontrastierend analysiert wurden. Am 14.07.2015 wurde ein Zwischenbericht vorgelegt, der im vorliegenden Abschlussbericht u. a. in Fragen zur staatlichen Prüfung und Kostenerhebung ergänzt wird.

Die Ergebnisse bestätigen, dass eine akademische Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen machbar ist und dass Studierende von dem Mehrwert eines Hochschulstudiums profitieren. Beispielhaft kann die wissenschaftliche Schwerpunktsetzung, die gute personelle und sachliche Ausstattung, eine zielführende Verzahnung von Theorie und Praxis sowie der Einsatz aktueller pädagogischer Konzepte genannt werden. Probleme entstehen aufgrund der mangelnden Passung des Ausbildungssystems zu hochschulischen Strukturen und durch veraltete Vorgaben und Inhalte der Ausbildungs- und Prüfungsordnungen. Studierende sind die Hauptleidtragenden dieser Mängel. Eine Verlängerung der Modellklausel ist ohne eine Anpassung der Regelungen an hochschulische Strukturen nicht zielführend.

Finanziell könnte es, ohne rechtliche Gegensteuerung, neben einer Umverteilung der Kosten zuungunsten der Länder zu einer leichten Erhöhung der Ausbildungskosten kommen. Dem sind allerdings Qualitätszugewinne sowie der Mehrwert einer hochschulischen Ausbildung entgegenzustellen, was wiederum Kosteneinsparungen erwarten lässt. Für diese Kosten-Nutzen-Zusammenhänge, den Mehrwert der akademischen Ausbildung sowie den Verbleib der Absolventinnen und Absolventen besteht weiterer Forschungsbedarf.

Mit den Erfahrungen aus den Modellstudiengängen stellt sich nicht mehr die Frage, *ob* eine akademische Ausbildung sinnvoll ist, sondern *wie* diese rechtlich umgesetzt werden soll.

Abstract

Based on a modification in professional laws of i. a. physiotherapists and midwives in 2009, it is possible to directly qualify these professions on an undergraduate level in Germany for the first time. The aim of this so-called model clause, which is limited until 2017, was to develop the health professional occupations considering profession-specific requirements and modern pedagogical principles. Graduates of these study programs receive a bachelor degree in addition to the professional certification. Universities which provide undergraduate studies based on the model clause are obliged to evaluate this study program according to the guidelines of the Federal Ministry of Health from 16/11/2009.

On this basis the Fulda University of Applied Sciences implemented the undergraduate study program Midwifery (winter term 2012/13) and Physiotherapy (winter term 2013/14). The evaluation concept chosen by the Fulda University for answering the questionnaire of the Federal Ministry of Health contains a combination of data analysis, expert consultations, surveys with students and professional cooperators, a workshop to evaluate the practical exam, literature research and a one-day validation workshop with approx. 100 attendees, all analyzed in a contrasting manner. An interim report with the preliminary outcomes was presented on 14/7/2015, which is supplemented by conclusions concerning the state examination and cost analyses in the present report.

The outcomes verify the practicality of an academic qualification on undergraduate level for health professional occupations. The students directly gain from the added benefit of a university education. Among other reasons, this is due to the scientific focus, the good personnel and material equipment, an efficient combination of theory and practice and the application of latest pedagogic concepts. Problems were found to emerge due to the lack of adaptation between the traditional educational system and the structures of higher education and because of obsolete regulations concerning professional training requirements and examinations. From students' point of view this has a negative effect on the feasibility of the study program. A prolongation of the model clause without adaption to the regulations of higher education would be unrewarding.

Without a change in relevant laws the undergraduate programs might lead to redistribution of resources at the expense of the states and a slight elevation of costs as compared to the traditional educational system. However, cost reduction might arise from the additional benefits and quality gains of higher education. Further research is required to assess this cost-benefit ratio, the benefit of attending a higher educational institution and the long-term prospects of graduates of the discussed undergraduate programs.

With the experience gained from these model study programs, the question no longer is *whether* a higher education for health care professions is reasonable, but rather *how* it should be implemented into relevant regulatory framework.

1 Einleitung

Mit der Implementierung der sog. Modellklausel in die Berufsgesetze von Hebammen, Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden wurde 2009 in Deutschland erstmals die Möglichkeit einer Qualifizierung dieser Berufe auf Hochschulebene geschaffen. Europaweit gehört die akademische Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen auf Kompetenzstufe 6 des Europäischen Qualifikationsrahmens zum Standard, so zum Beispiel in Österreich, Großbritannien, den Niederlanden oder Frankreich (BMBF 2014). Die aktuelle Akademisierungsentwicklung in Deutschland ist daher vorteilhaft für die Anschlussfähigkeit der deutschen Therapeutinnen und Therapeuten sowie Hebammen im europäischen Vergleich.

Auch innerhalb Deutschlands erfordern veränderte Berufsanforderungen eine Anpassung der Ausbildung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie Hebammen. Kern der Veränderung ist die Entwicklung einer auf Evidenz basierenden Gesundheitsversorgung, die nicht ohne entsprechende wissenschaftliche Qualifikation gewährleistet werden kann, sowie eine fachliche Ausdifferenzierung der Versorgung, die erfordert, dass die Gesundheitsfachberufe auf Augenhöhe in interdisziplinären Teams agieren können. Tätige in Gesundheitsfachberufen müssen über die Fähigkeit zur ständigen Aktualisierung der eigenen Wissensbestände verfügen. Für evidenzbasiertes, reflektiertes Handeln müssen die zukünftigen Therapeutinnen und Therapeuten sowie Hebammen in die Lage versetzt werden, Studien zu bewerten, eigene Forschungsfragen zu generieren, Projekte anzuregen und Standards zu entwickeln. Diesen Ausbildungsanforderungen kann die Hochschule durch ihre Personalstruktur und Ausstattung, wissenschaftliche Schwerpunktsetzung, eine zielführende Verzahnung von Theorie und Praxis und den Einsatz aktueller pädagogischer Konzepte optimal begegnen.

Um eine systematische Weiterentwicklung der Gesundheits- und Therapieberufe auf akademischer Qualifikationsebene zu ermöglichen, wurde 2009 die sog. Modellklausel eingeführt. Sie ist eine Regelung in den Berufsgesetzen, die im Physiotherapeutengesetz (MPhG) den § 9 und im Hebammengesetz (HebG) den § 6 betrifft. In § 9 Absatz 1 Satz 2 des MPhG und in § 6 Absatz 1 Satz 3 des HebG ist geregelt, dass die Ausbildung der Berufe an staatlich anerkannten Hebammen- bzw. Physiotherapieschulen verortet ist. Abweichend dazu wird es den Ländern befristet bis 2017 ermöglicht, Ausbildungsangebote an Hochschulen zu erproben, die der Weiterentwicklung des jeweiligen Berufes unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen sowie moderner berufspädagogischer Erkenntnisse dienen. Abweichungen von den jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (APrV) sind nur zulässig, sofern sie den theoretischen und praktischen Unterricht an der Hochschule betreffen. Insbesondere die praktische Ausbildung muss nach Vorgaben der APrV gewährleistet werden. Das allgemeine Ausbildungsziel, die unmittelbare Versorgung von Patientinnen und Patienten bzw. schwangeren Frauen und deren Angehörigen und die Vereinbarkeit mit der Richtlinie 2005/36/EG darf durch die Modellvorhaben nicht gefährdet werden. Vorgaben zur Ausgestaltung und Genehmigung der Modellvorhaben liegen im Zuständigkeitsbereich der Länder.

Einer der Standorte solcher Modellstudiengänge ist die Hochschule Fulda. Zum Wintersemester 2012/13 startete am Fachbereich Pflege und Gesundheit zunächst der Studiengang Hebammenkunde; zum Win-

tersemester 2013/14 der Studiengang Physiotherapie. Beide Studiengänge umfassen jeweils 210 ECTS-Punkte studentischer Arbeitsleistung und schließen mit dem Abschluss Bachelor of Science sowie der staatlichen Prüfung ab. Die Zulassung erfolgt jeweils zum Wintersemester; pro Kohorte stehen 30 Studienplätze im Studiengang Hebammenkunde und 35 Studienplätze im Studiengang Physiotherapie zur Verfügung. Die Studiengänge wurden vorab nach hessischem Hochschulrecht durch ein unabhängiges Akkreditierungsverfahren geprüft. Die Erstakkreditierung im Studiengang Hebammenkunde erfolgte am 11.5.2012 und ist bis zum Sommersemester 2017 gültig. Im Studiengang Physiotherapie erfolgte die Erstakkreditierung am 17.9.2013; es besteht Gültigkeit bis zum Sommersemester 2018. Für beide Studiengänge wurde jeweils ein modulares Curriculum entwickelt, das im Studiengang Hebammenkunde 17 und im Studiengang Physiotherapie 19 handlungsorientierte Module umfasst. Die Module orientieren sich entlang beruflicher Handlungsfelder, hierbei werden theoretische und fachpraktische sowie fachübergreifende Inhalte mit dem Ziel der Vermittlung von „reflektierter Praxis“ miteinander verknüpft. Der Studiengang Physiotherapie umfasst eine Regelstudienzeit von sieben Semestern, im Studiengang Hebammenkunde beträgt die Regelstudienzeit acht Semester, da hier weit mehr Stunden praktischer Ausbildung zu integrieren sind, die nicht in vollem Umfang auf das Studium angerechnet werden können.

Voraussetzung für die Genehmigung beider Studiengänge durch das Hessische Sozialministerium war ein Evaluationskonzept, das auf der Richtlinie des BMG vom 16. November 2009 basieren sollte. Dieser Richtlinie entsprechend wurde am 14.7.2015 bereits ein Zwischenbericht mit den vorläufigen Evaluationsergebnissen eingereicht. Gegenüber dem Zwischenbericht konnten im vorliegenden Abschlussbericht insbesondere Fragen der staatlichen Prüfung ergänzend beantwortet und Kostenfragen konkretisiert werden. Weitere Aussagen konnten bestätigt oder weiter differenziert werden.

Der Evaluationszeitraum der Modellstudiengänge an der Hochschule Fulda umfasst acht Semester, von Beginn des Wintersemesters 2012/13 bis zum Ende des Sommersemesters 2016. Zu diesem Zeitpunkt gibt es an der Hochschule Fulda im Studiengang Hebammenkunde vier Kohorten und im Studiengang Physiotherapie drei Kohorten. Die erste Hebammenkohorte hat im Wintersemester 2015/16 das staatliche Examen absolviert; 21 Studierende wurden zur staatlichen Prüfung zugelassen und 20 Studierende haben diese erfolgreich abgelegt. Im Sommersemester 2016 hat die erste Hebammenkohorte das Studium nach acht Semestern Regelstudienzeit mit dem Bachelorabschluss beendet. Die erste Kohorte der Physiotherapeuten hat im Sommersemester 2016 das Staatsexamen abgelegt; hier wurden 24 Studierende zur staatlichen Prüfung zugelassen und 21 Studierende haben diese bestanden, wobei zwei Studierende aus gesundheitlichen Gründen Prüfungsteile nachholen müssen. Die Beendigung des Studiums der ersten Physiotherapiekohorte nach sieben Semestern Regelstudienzeit liegt außerhalb des Evaluationszeitraumes im Wintersemester 2016/17.

Zum Sommersemester 2016 waren insgesamt 101 Hebammenstudierende und 93 Physiotherapiestudierende an der Hochschule Fulda immatrikuliert.

2 Vorgehen

Um den komplexen und vielfältigen Fragenkatalog des Bundesministeriums für Gesundheit umfassend zu bearbeiten, wurde auf eine Kombination von Methoden der empirischen Sozialforschung zurückgegriffen:

- Die Fragen zur Struktur der hochschulischen Ausbildung wurden vor allem mittels Dokumentenanalyse bearbeitet, ergänzt durch Interviews mit Mitarbeitenden beider Studiengänge sowie mit Expertinnen und Experten zu berufsrechtlichen Fragestellungen.
- Bei der Evaluation der Prozesse war es von Bedeutung die verschiedenen Akteure einzubeziehen, um deren unterschiedliche Erfahrungen und Sichtweisen abzubilden. Dabei wurden vor allem standardisierte Befragungen, leitfadengestützte Interviews und Workshops mit Studierenden, Praxispartnern und Lehrenden durchgeführt.
- Auch bei der Bearbeitung der Fragen zur Bewertung der hochschulischen Ausbildung wurden die Perspektiven der verschiedenen Beteiligten berücksichtigt. Hierzu wurden Interviews mit Expertinnen und Experten, Interessenvertreterinnen und -vertretern sowie Studierenden, Lehrenden und Praxispartnerinnen bzw. -partnern durchgeführt. Ausgesuchte besonders relevante Fragestellungen wurden anschließend im Rahmen eines Validierungsworkshops in Arbeitsgruppen erneut bearbeitet und diskutiert.
- Um die Fragen zur Kosten-Nutzen-Relation zu untersuchen, wurde auf hochschulinterne Daten des Controllings zurückgegriffen, mit denen die Kosten der Hochschule gut abgebildet werden können. Zu den Kosten an Fachschulen können aufgrund einer unzureichenden Datengrundlage lediglich Schätzungen auf der Basis von Literaturrecherchen und Dokumentenanalysen angestellt werden, was eine solide Kostenvergleichsrechnung erschwert. Zu möglichen Folgekosten für das Gesundheitssystem wurden außerdem Expertinnen und Experten befragt. Eine genauere Analyse mit Hilfe des Ertragsratenansatzes oder einer Nutzwertanalyse wäre zur Kosten-Nutzen-Abschätzung sinnvoll, diese ist aber zum jetzigen Zeitpunkt aufgrund fehlender Daten nicht durchführbar.

Insgesamt liegen der Evaluation folgende Daten zugrunde:

- 33 Befragungen von Expertinnen und Experten, durchgeführt mittels leitfadengestützter teils telefonischer, teils persönlicher Interviews mit den Themenschwerpunkten Ausbildungsvergleich, Bedarf und Machbarkeit einer akademischen Ausbildung und Weiterentwicklung des Berufsfeldes.
- Geführt wurden die Interviews mit:
 - 11 Expert/innen aus Wissenschaft, Verbandspolitik und Aufsichtsbehörde,
 - 3 Vertreter/innen des Regierungspräsidiums Darmstadt,
 - 4 Leitungen von Fachschulen oder Studiengängen,
 - 4 Praxisreferentinnen an der Hochschule,

- 11 Vertreter/innen der Berufspraxis.
- Befragung der Studierenden im Studiengang Hebammenkunde und Physiotherapie, erhoben über:
 - Erstsemesterbefragungen mittels Fragebogen unter anderem zur Studienmotivation und Erwartungshaltung (n=185),
 - schriftliche Befragungen der Studierenden im 4. bzw. 7. Fachsemester unter anderem zum Mehrwert des Studiums, Ausbildungsvergleich und zur beruflichen Zukunft (n=38),
 - einen Evaluationsworkshop zum staatlichen Examen mit der ersten Hebammenkohorte bezüglich der Organisation, Vorbereitung und Durchführung der staatlichen Prüfung, sowohl inhaltlich als auch strukturell (n=7) sowie
 - Semesterevaluationsworkshops mit Studierenden im 2. und 4. Fachsemester beider Studiengänge bezüglich positiver und negativer Erfahrungen im Studium (n=51).
- Schriftlich Befragung der Praxispartnerinnen und -partner zur Evaluation des praktischen Examens (n=10),
- ein Workshop zur Evaluation des praktischen Examens mit den Mitarbeiterinnen des Studiengangs Hebammenkunde,
- Dokumentenanalysen von:
 - Antragsunterlagen und der Korrespondenz mit dem Regierungspräsidium Darmstadt, dem Sozialministerium und dem Wissenschaftsministerium,
 - Curricula der Studiengänge,
 - Protokollen zu Treffen mit Praxispartnerinnen und -partnern,
 - kompetenzorientierten Rückmeldebögen der Praxispartner/innen (n=20),
 - Protokollen zu Lernprozessgesprächen mit Studierenden,
 - Memos zu Praxisbesuchen durch das Praxisreferat,
 - Protokollen zu Gesprächen mit Mitarbeitenden beider Studiengänge und
 - Hochschulinterner Statistik.
- Recherchen nach einschlägigen Studien sowie
- ein eintägiger Validierungsworkshop mit rund 100 Teilnehmenden, davon etwa 50 Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Praxis, Verwaltung und Politik sowie 50 Studierenden aus beiden Studiengängen. Teil des Workshops war die Diskussion und Bearbeitung spezifische Fragestellungen zur staatlichen Prüfung, dem Mehrwert des Studiums, der Qualität der praktischen Ausbildung und zur Voll- oder Teil-Akademisierung in Arbeitsgruppen mit Hilfe der Workshop-Methode „World Café“. Ergänzend fanden Erfahrungsgespräche mit Studierenden statt.

Die Auswertung der Daten erfolgte entlang des vorgegebenen Fragenkataloges der Evaluationsrichtlinie. Dazu wurden aus allen dafür geeigneten Datensätzen entsprechende Aussagen zusammengetragen und wo immer möglich die verschiedenen Perspektiven kontrastierend analysiert.

3 Evaluationsergebnisse

3.1 Untersuchungen

3.1.1 Akademische Erstausbildung

3.1.1.1 Ausbildungsstätten

Welche Voraussetzungen muss die Hochschule erfüllen, um die Genehmigung für eine Modellklausel zu erhalten?

Die Modellklauseln entbinden die Hochschulen sowie zuständigen Landesbehörden nur in einigen eng definierten Bereichen von den gültigen Ausbildungsbestimmungen der Berufsgesetze. Abweichungen vom bestehenden Berufsausbildungsrecht sind insoweit zulässig, als die Hochschulen den theoretischen Teil der Ausbildung eigenständig anbieten und durchführen können und im Teil 1 (regelt den theoretischen und praktischen Unterricht) auch von der Ausbildungs- und Prüfungsordnung abweichen können. Die Dauer und der Umfang der Ausbildung im Allgemeinen sowie die Modalitäten der staatlichen Abschlussprüfung bleiben hiervon unberührt. Abweichend zur Regelausbildung ist zugelassen, dass die Ausbildung anschließende theoretische und praktische staatliche Examen unter dem Dach der Hochschule stattfindet. Der praktische Teil der Ausbildung wird durch die Hochschule in kooperierenden Kliniken organisiert. Die Anforderungen an die Durchführung der praktischen Abschnitte sind gegenüber den üblichen Auflagen der Ausbildungs- und Prüfungsordnungen unverändert; das gilt z. B. für den Umfang und Inhalt der praktischen Ausbildung, der Eignung von praktischen Ausbildungsstellen sowie der Praxisbegleitung und -anleitung.

Die Hochschule musste für die Genehmigung beider Studiengänge gegenüber dem Sozialministerium und dem Regierungspräsidium nachweisen, dass sie alle gesetzlich geregelten Anforderungen an die Ausbildung nach der Modellklausel erfüllt, insbesondere das Erreichen des Ausbildungsziels nicht gefährdet, die Vereinbarkeit der Ausbildung mit der Richtlinie 2005/36/EG gewährleistet und Abweichungen von der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten bzw. Hebammenkunde nur den theoretischen und praktischen Unterricht betreffen, nicht aber die Praxiszeiten.

Unter anderem musste die Hochschule Nachweise dafür erbringen, dass

- die praktische Ausbildung in kooperierenden Kliniken im entsprechenden Umfang sichergestellt ist,
- sämtliche Inhalte der Ausbildungs- und Prüfungsordnung im Konzept des Studiengangs berücksichtigt sind (Zuordnung der Ausbildungsinhalte und des entsprechenden Stundenumfangs zu Modulen, Umsetzung der Vorgaben zur praktischen Ausbildung in den Praxisphasen)
- die Ausbildungsdauer von drei Jahren eingehalten wird,

- die Hochschule alle Anforderungen an die sächliche, räumliche und personelle Ausstattung erfüllt,
- die Anwesenheitszeiten der Studierenden in den für die Ausbildung relevanten theoretischen Fächern überprüft werden,
- die Mindesturlaubszeit von 6 Wochen pro Jahr eingehalten wird,
- die Regelungen zur Durchführung des staatlichen Examens eingehalten werden,
- zugleich aber mit dem Konzept eine Weiterentwicklung des jeweiligen Berufes unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen erfolgt und
- moderne berufspädagogische Erkenntnisse berücksichtigt sind.

Parallel dazu musste die Hochschule in einem für Hochschulen üblichem Akkreditierungsverfahren nachweisen, dass sie alle Anforderungen an ein Konzept eines Studiengangs hinsichtlich Qualifikationszielen, Einhaltung aller Strukturvorgaben, Studierbarkeit, Prüfungssystem, Kooperation mit anderen Einrichtungen, Ausstattung, Transparenz und Dokumentation, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung, Geschlechtergerechtigkeit und Chancengleichheit erfüllt.

Außerdem musste das Konzept des Studiengangs von den hochschulinternen Gremien, dem Fachbereichsrat, der Kommission Studium und Lehre, dem Senat und Präsidium befürwortet werden. Zur Einrichtung war zusätzlich die Zustimmung des Hochschulrates notwendig.

Wie ist die sachliche und personelle Ausstattung, welche Unterschiede lassen sich dabei zwischen Hochschulen und Fachschulen erkennen?

Die personelle Ausstattung

Nach dem Hebammengesetz (HebG) § 6 (2) ist für die staatliche Anerkennung einer Ausbildungsstätte die folgende Personalausstattung vorzuhalten: die Existenz einer Schulleitung in Form einer Lehrhebamme oder eines Lehrentbindungspflegers oder einer gemeinsamen Leitung durch eine Lehrhebamme bzw. einen Lehrentbindungspfleger und eine Ärztin bzw. einen Arzt. Darüber hinaus muss eine ausreichende Zahl an Lehrhebammen bzw. Lehrentbindungspflegern sowie Ärztinnen und Ärzten für den Unterricht vorhanden sein. Die fachliche und pädagogische Eignung dieser Lehrkräfte wird in der Regel durch eine entsprechende berufliche Grundqualifikation und die pädagogische Eignung durch das Absolvieren einer daran angeschlossenen einschlägigen pädagogischen Qualifizierung (z. B. als Lehrhebamme) nachgewiesen, konkrete Angaben zur Eignung einer Lehrkraft fehlen.

Im Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG) fehlen Angaben zur Personalausstattung und -qualifikation an staatlich anerkannten Physiotherapieschulen, hier gibt es je nach Bundesland unterschiedliche Regelungen. In den neuen Bundesländern müssen Schulleitungen und Lehrkräfte zumeist einen Hochschulabschluss vorweisen, in Hessen gibt es hingegen vom Hessischen Sozialministerium folgende Vorgaben: Die Stelle der Schulleitung muss hauptamtlich durch ein oder zwei Fachkräfte mit 5-jähriger Berufserfahrung in Berufspraxis und Lehre sowie einer Zusatzqualifikation besetzt sein. Alle weiteren Lehrkräfte müssen über die Berufsankennung, drei Jahre Berufserfahrung und eine pädagogische Zusatzqualifikation von mindestens 400 Stunden verfügen (ZVK 2014: 3).

Ein Teil der Lehrenden an Fachschulen beider Berufszweige besitzt derzeit bereits einen ersten akademischen Abschluss (Bachelor oder Diplom), erforderlich ist dies formal nicht.

An Hochschulen ist eine einschlägige akademische Qualifikation erforderlich. Professorinnen und Professoren müssen eine qualitativ hochwertige Promotion abgeschlossen haben, besondere wissenschaftliche Leistungen im entsprechenden Gebiete in einer Berufserfahrung von mindestens 5 Jahren nach Studienabschluss, davon drei Jahre außerhalb der Hochschule, sowie eine pädagogische Eignung nachweisen und sich in einem Verfahren der Bestenauslese bewähren (§ 62 und § 63 HHG). Die Aufgaben von Professoren umfassen neben der Lehre im Umfang von 18 Semesterwochenstunden und der zugehörigen Prüfungsverpflichtung die Durchführung von Forschungs- und Entwicklungsvorhaben, die Förderung und Betreuung des wissenschaftlichen Nachwuchses, die Verwirklichung der zur Sicherstellung des Lehrangebots gefassten Beschlüsse der Hochschulorgane und die Beteiligung an der Studienreform, der Studienfachberatung und an der Selbstverwaltung der Hochschule (§ 61 HHG, Abs.1).

In der Lehre tätig sind darüber hinaus hauptberufliche Lehrkräfte für besondere Aufgaben (§ 66 HHG), die u. a. einen einschlägigen akademischen Abschluss (Master) nachweisen müssen sowie in der Regel Berufserfahrung im entsprechenden Ausbildungsberuf.

Im Studiengang Hebammenkunde sind nach diesen Vorgaben folgende Lehrenden beschäftigt: eine Professorin für Hebammenwissenschaft (Studiengangsleitung), ein Professor für Medizin mit Schwerpunkt Gynäkologie und Geburtshilfe (50 %), zwei Lehrkräfte für besondere Aufgaben (Hebammen mit Master-Abschluss und spezifischen Weiterbildungen) auf Teilzeitstellen entsprechend einer Vollzeitstelle, sowie in den sog. Bezugswissenschaften, darunter andere medizinische Fachgebiete, sechs weitere Professuren. Im Studiengang Physiotherapie sind dies ein Professor für Physiotherapie (Studiengangsleitung), vier Lehrkräfte für besondere Aufgaben (Physiotherapeutinnen und -therapeuten mit Master-Abschluss und spezifischen Weiterbildungen) entsprechend drei Vollzeitstellen, anteilig fünf Medizinprofessuren (Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie, Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Sozialmedizin und Arbeitsmedizin sowie Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, die zum Sommersemester 2017 durch eine Professur für Neurologie und Psychiatrie ersetzt wird) sowie in den sog. Bezugswissenschaften acht weitere Professuren. Andere medizinische Fachgebiete wie Pädiatrie werden in beiden Studiengängen über Lehraufträge abgedeckt.

Darüber hinaus sind an der Hochschule Fulda wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (§ 65 HHG) mit Lehrauftrag sowie externe, nebenberuflich tätige Lehrbeauftragte (§ 71 HHG) an der Lehre beteiligt. Diese verfügen, neben einschlägiger Berufspraxis, in der Regel mindestens über einen ersten akademischen Abschluss (Bachelor). Nur in Ausnahmefällen können einzelne Lehraufträge (ohne Prüfungsberechtigung) von in der Berufspraxis besonders qualifizierten Personen ohne eine akademische Qualifikation übernommen werden.

Neben dem Lehrpersonal sind für die Studiengänge nach Modellklausel an der Hochschule Fulda sog. Praxisreferentinnen und eine Studiengangskordinatorin tätig, die ebenfalls über eine akademische Qualifikation mit spezifisch fachlicher oder berufspädagogischer Ausrichtung verfügen.

Die sachliche Ausstattung

Die Hochschule Fulda verfügt neben den notwendigen Veranstaltungsräumen zusätzlich über PC-Schulungsräume, Übungsräume (Physiotherapie) und hochwertig ausgestattete Skills-Labore für den fachpraktischen Unterricht.

Im Studiengang Hebammenkunde wurde ein hebammenspezifisches Skills-Labor eingerichtet, das mit etwa 72 SWS fachpraktischem Unterricht und tutoriell begleitetem Selbststudium ausgelastet ist. Tutoriell begleitetes Selbststudium ist eine Brücke zwischen der nach Ausbildungs- und Prüfungsordnung verlangten Präsenz und den hochschulischen Anforderungen an Selbststudium. Die Stunden werden genutzt, um im fachpraktischen Unterricht Erlerntes zu üben oder um Aufgaben für den theoretischen Unterricht im Sinne des problemorientierten Lernens vor- und nachzubereiten.

Des Weiteren bestehen am Fachbereich Pflege und Gesundheit zwei weitere Skills-Labore des Studiengangs Pflege, welche für die Vermittlung grundpflegerischer Tätigkeiten wie Blut abnehmen, Katheter legen oder auch Reanimation genutzt werden können. Hierfür stehen entsprechende Simulationspuppen zur Verfügung. In den Pflegelaboren besteht darüber hinaus die Möglichkeit Handlungs- oder Kommunikationssequenzen aufzuzeichnen und im Anschluss zu besprechen oder zur eigenen Übung in der Selbstlernzeit zu nutzen. Das Skills-Labor der Hebammen ist mit schallminimierenden Wänden in Arbeitsplätze unterteilt: Jeder Arbeitsplatz ist für eine vierköpfigen Lerngruppe mit einem Gebärbett und -hocker, einem Whiteboard sowie Platz für einen Tisch mit Stühlen zur Besprechung und Vor- und Nachbereitung von Simulationen ausgestattet. Neben den geburtshilflichen Phantomen, die in der schulischen Hebammenausbildung vor allem eingesetzt werden, verfügt das Labor außerdem über verschiedene Demonstrationspuppen, unter anderem den Ganzkörper-Geburtssimulator SimMom oder den Geburtssimulator MamaNatalie, die es ermöglichen verschiedene Geburtssituationen, bis hin zu vaginaloperativen Geburtsmethoden, praxisnah zu üben. Darüber hinaus ist das Skills-Labor mit echten geburtshilflichen Instrumenten, einem CTG-Gerät, diversen Materialien zur Vermittlung unterschiedlicher Gebärpositionen, Aufhängevorrichtungen für Tücher sowie real schweren Babypuppen, die neben Pflegemaßnahmen auch zu Reanimationsübungen genutzt werden, ausgestattet. Um die fachpraktische Ausbildung der Studierenden an der Hochschule Fulda weiter zu verbessern und den aktuellen Berufsanforderungen anzupassen, soll es zu einem Ausbau der Räumlichkeiten für den Studiengang Hebammenkunde kommen. Geplant sind unter anderem die Einrichtung eines Hausgeburts- und Kliniksettings sowie eines Video-Debriefing-Systems und die Anschaffung einer Gebärranne. Dies kann im Rahmen eines Neubaus der Hochschule speziell für den Fachbereich Pflege und Gesundheit erfolgen, der 2019 eröffnet werden soll.

Für den Studiengang Physiotherapie wurden zwei Praxisräume eingerichtet, die mit diversen Lehr-Lernmaterialien und Übungsgeräten sowie Therapiebänken ausgestattet sind. Neben klassischen Geräten wie Pezzibällen, Therabändern, Gymnastikbällen, Stäben usw. verfügen die Praxisräume beispielsweise über anatomische Modelle, real schwere Babypuppen, Materialien für die Manuelle Lymphdrainage oder Videotechnik, um zum Beispiel demonstrierte Techniken auf eine Leinwand zu übertragen. Darüber hinaus stehen dem Studiengang Physiotherapie ein Trainingsraum mit Geräten zur Medizinischen Trainingstherapie zur Verfügung sowie die Sporthalle des Hochschulsportes zur Mitbenutzung. Auch im Studiengang Physiotherapie soll die fachpraktische Lehre weiter ausgebaut werden. Ein entsprechendes

Skills-Labor, das vor allem die physiotherapeutische Untersuchung und den Erwerb manueller Skills in den Mittelpunkt stellt, befindet sich derzeit im Aufbau und wird ab dem WS 2017/18 zunehmend für die physiotherapeutische Lehre genutzt. Dort werden verschiedene Messplätze eingerichtet, die zum Beispiel die Goniometrie sowie Druck- und Zugkraftmessungen, optische Oberflächenvermessungen sowie video- und kameragestützte Ganganalyse oder Elektromyographie ermöglichen. In diesem Skills-Labor sollen die Studierenden der Physiotherapie künftig zwei Semesterwochenstunden in kleinen Gruppen von 10-12 Studierenden unterrichtet werden. Für die Lehre wird zum Jahresende 2016 eine neue Stelle für eine Laboringenieurin oder einen Laboringenieur besetzt.

Alle Unterrichtsräume an der Hochschule Fulda sind außerdem mit Multimedia geeignetem PC oder Laptop und Beamer mit Internet-Anschluss über das Netz oder W-LAN ausgestattet. Extern ist zeit- und ortsunabhängig ein Zugang ins Hochschulnetz über VPN-Client möglich. Über die Lernplattform system2teach werden den Studierenden Lernmaterialien in Schriftform, als Bildmaterial, Ton- oder Videodateien zur Verfügung gestellt und eine Kommunikation zwischen Studierenden und zwischen Lehrenden und Studierenden über Foren und Chats ermöglicht. Die Hochschule verfügt zudem über die Hochschul- und Landesbibliothek mit mehr als 10.000 fachspezifischen Medieneinheiten, davon 49 laufend gedruckte Zeitschriften, 8.000 Zeitschriften mit freiem Onlinezugang zu den einschlägigen Datenbanken Cochrane Library (mit Volltext-Zugriff), CINAHL, MIDIRS und PsycINFO, EMBASE, Juris, Medline (über PubMed), PSYINDEXplus, Web of Science, WISO und PEDro. Pro Jahr werden für den Gesundheitsbereich rund 50.000,- € für Neuanschaffungen im Printbereich ausgegeben.

Studierenden der Physiotherapie und Hebammenkunde an der Hochschule Fulda meldeten im Rahmen von Semesterevaluationsworkshops mehrfach zurück, dass sie die gute Ausstattung mit aktuellen Übungs- und Lernmaterialien, die Literaturbereitstellung über die Bibliothek sowie die technische Ausstattung der Hochschule als sehr positiv und hilfreich erleben.

An den Fachschulen in Hessen sind Labore für den fachpraktischen Unterricht nur teilweise vorhanden und schlechter ausgestattet. Vergleichbar ausgestattete Skills-Labore sind für die Fachschulen nicht darstellbar, sodass die Ausstattung sich auf klassische Lehrmaterialien, wie das geburtshilfliche Phantom oder anatomische Modelle beschränkt. Der Zugang zu fachwissenschaftlicher Literatur ist an den Fachschulen oft nur stark eingeschränkt möglich. Ein Zugang zu Fach-Datenbanken oder Online-Zeitschriften besteht dort gewöhnlich nur dann, wenn diese kostenfrei im Internet zur Verfügung stehen. Dass Fachschulen personell, sachlich und räumlich deutlich schlechter ausgestattet sind als Hochschulen, wird von den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern insbesondere aus den Fachschulen durchgängig bestätigt.

Welche Motive haben die Ausbildungsteilnehmerinnen und -nehmer, die sich für die Teilnahme an einer Modellausbildung an einer Hochschule entscheiden? Welche Erwartungen haben sie an die Ausbildung?

In Erstsemesterbefragungen aller Kohorten haben Studierende Angaben zu ihren Motiven gemacht: Die Studierenden der Hebammenkunde und Physiotherapie haben primär Interesse an dem Fach, das sie studieren und möchten später direkt in der Versorgungspraxis als Hebamme oder in der Physiotherapie tätig werden. Dabei streben sie eine eigenverantwortliche Tätigkeit in ihrem Wunschberuf an, in dem sie ihr naturwissenschaftlich-medizinisches Interesse mit einer Tätigkeit am Menschen verbinden kön-

nen. Diese Grundmotivation konnte auch durch Evaluationen mit höheren Fachsemestern bestätigt werden. So gaben 77 % der befragten Studierenden im vierten bzw. siebten Semester (n=34) an, dass sie ihre berufliche Zukunft nach dem Bachelorabschluss in der unmittelbaren praktischen Arbeit in dem jeweiligen Beruf sehen. Grundsätzlich kann sich eine Mehrheit der Studierenden jedoch auch vorstellen, nach dem Erwerb umfassender Berufserfahrung später in der fachspezifischen, klinischen Forschung oder der Ausbildung tätig zu werden.

Die Studierenden haben sich für ein Studium und gegen eine Ausbildung entschieden, weil sie eine Gleichstellung mit Berufskolleginnen und Kollegen anderer europäischer Länder wünschen. Der Erwerb eines internationalen Abschlusses stellt ein starkes Motiv dar; dies wird auch durch die Tatsache bestätigt, dass für viele Studierende die Möglichkeit eines Studiums oder Praktikums im Ausland ein wichtiger Aspekt für die Bevorzugung des Studiums gegenüber der Ausbildung darstellt. Außerdem wünschen sich die Studierenden vertikale Ausstiegsmöglichkeiten in ihrem späteren Beruf. Sie möchten sich durch ein Bachelorstudium die Möglichkeit einer Weiterqualifizierung in einem späteren Masterstudium offenhalten, während berufliche Entwicklungsmöglichkeiten für klassisch ausgebildete Therapeutinnen und Therapeuten sowie Hebammen eher begrenzt sind und vor allem horizontal verlaufen. Gerade für die Studierenden der Physiotherapie sind auch die geringen Kosten des Studiums im Vergleich zur Ausbildung ein Beweggrund für die Wahl des Studiums.

An die Ausbildung durch das primärqualifizierende Studium haben die Studierenden die Erwartung, praxisnah und zugleich wissenschaftlich qualifiziert zu werden. Auch äußern viele Studierende den Wunsch, geistig gefordert zu werden sowie den Wunsch nach selbstständigem Arbeiten, was eher mit dem Studium als mit einer Ausbildung verbunden wird. Diese Befragungsergebnisse wurden auch im Validierungsworkshop bestätigt.

Wie und in welchem Umfang kooperieren die Hochschulen bei der Ausbildung mit anderen Einrichtungen?

Die Hochschule Fulda kooperiert mit Versorgungseinrichtungen überwiegend aus einem regionalen Umfeld von etwa 100 km um den Standort der Hochschule. Es ist keine Fachschule des Gesundheitswesens am Studiengang beteiligt.

Eine vertragliche Kooperation besteht für den Studiengang Physiotherapie mit 36 Versorgungseinrichtungen, darunter 19 Akuthäuser, 13 Rehabilitationseinrichtungen und 4 Praxen. Der Studiengang Hebammenkunde kooperiert mit 14 geburtshilflichen Stammkliniken. Eine dieser Kliniken befindet sich in Thüringen, alle anderen Kliniken befinden sich in Hessen. Zudem besteht die Möglichkeit, Praxisanteile in externen Kliniken außerhalb von Hessen bzw. der Stammhäuser, zum Beispiel in Amberg, München oder Würzburg zu absolvieren. Im Studiengang Hebammenkunde werden außerdem befristete Kooperationsverträge für die außerklinischen Einsätze der Studierenden abgeschlossen.

Die kooperierenden Einrichtungen stellen die Plätze für die praktische Ausbildung und zum Teil auch Übernachtungsmöglichkeiten bereit. Außerdem wird eine Betreuung durch Praxisanleiterinnen und Anleiter gewährleistet. Im Studiengang Hebammenkunde wurden diese zum Teil von der Hochschule für die Anleitertätigkeit weiterqualifiziert.

Zwischen Hochschule und den Praxispartnerinnen bzw. Praxispartnern findet ein regelmäßiger fachlicher Austausch statt. Die Praxisanleiterinnen und -anleiter haben Zugriff auf die Lernplattform der Hochschule und damit auf Lehrpläne und Lehrmaterialien. Sie sind als Lehrbeauftragte für die Praxis in die Hochschulstrukturen eingebunden, werden in evidenzbasiertem Arbeiten geschult und können die Hochschulbibliothek nutzen. Die praktische Ausbildung der Studierenden wird zusätzlich durch Hochschullehrende in Form von Praxisbesuchen aber auch Praxisreflexionen begleitet. Auch über den fachlichen Austausch hinaus gibt es beständige Absprachen und Treffen mit den Praxiseinrichtungen um die praktische Ausbildung und Prüfung möglichst reibungsfrei und optimal zu organisieren.

Zudem besteht ein Erfahrungsaustausch mit anderen Hochschulen im Bundesgebiet, die Modellstudiengänge anbieten, daneben mit Berufsverbänden und Fachschulen, mit weiteren für die Berufspraxis relevanten Institutionen sowie Kooperationen mit Hochschulen und Praxispartnern im europäischen Ausland.

3.1.2 Struktur und Organisation der Ausbildung

3.1.2.1 Allgemeine Fragen

Ist eine dreijährige Ausbildung für eine qualifizierte Patientenversorgung ausreichend?

Die Verbindung von hinreichend berufspraktischer und wissenschaftlicher Qualifikation, die mit einem Mehrwert für die Patientenversorgung einhergeht, erfordert eine Ausbildungszeit von idealerweise vier Jahren. Eine dreijährige Ausbildung ist nicht ausreichend.

Die vorgegebene Ausbildungsdauer von drei Jahren wird im Studiengang Hebammenkunde um je ein Semester vor und nach der Ausbildung ergänzt, um die erforderlichen Inhalte integrieren zu können. Im Studiengang Physiotherapie schließt der Studiengang nach der staatlichen Prüfung in einem siebten Semester mit dem Schreiben der Bachelor-Arbeit und einem studentischem Projekt ab. Diese Hilfskonstruktionen führen während der dreijährigen Ausbildung aber zu einer nicht angemessenen Belastung der Studierenden. Für Studiengänge sollte die Ausbildungszeit auf vier Jahre verlängert werden, um die Studienziele besser aufeinander abstimmen zu können und um die Arbeitsbelastung während des Studiums der Belastung in anderen Studiengängen anzugleichen. Auch die Studierenden teilen diese Ansicht; sie beschreiben den derzeitigen Workload als unzumutbar; die Zeit für die zu vermittelnden Inhalte als zu knapp. Die Studierenden der Physiotherapie wünschen sich explizit eine Ausdehnung der Studienzeit auf acht Semester, wenn dadurch die unangemessene Arbeitsbelastung gesenkt werden kann. Nach Angaben der Studierenden führt der hohe Workload dazu, dass die Lerninhalte nicht ausreichend nachgearbeitet und vertieft werden können und Erholungsphasen bzw. Freizeit stark beeinträchtigt werden. Beides wirkt sich negativ auf die Lernleistungen und die Qualifizierung der Studierenden aus.

Von den Interviewpartnerinnen und -partnern wird die Ausbildungszeit von drei Jahren auch für eine fachschulische Ausbildung als nicht ausreichend beschrieben, um den modernen Anforderungen an den Beruf zu entsprechen. Einschränkend wird eingewendet, dass einige Inhalte der Ausbildungs- und Prüfungsordnung „entrümpelt“ werden könnten, exemplarisches Lernen möglich sei und man ohnehin mit dem Ausbildungsabschluss noch nicht ausgelernt habe. Aus Perspektive der interviewten Expertinnen

und Experten sind die vorgeschriebenen Ausbildungsinhalte sowie der Umfang der praktischen Ausbildung teilweise nicht mehr zeitgemäß. Einige Inhalte könnten gestrichen oder gekürzt werden, da sie heute keine Relevanz für die Praxis mehr besitzen. Zugleich wird in den Interviews angemerkt, dass einige der aktuellen Berufsanforderungen entsprechende Inhalte nicht vorgesehen sind bzw. fehlen und dass exemplarisches Lernen im ungünstigen Fall zum Wegfall grundlegender Inhalte führen könnte. Insgesamt wird deswegen angenommen, dass die Ausbildungsdauer von drei Jahren auch dann nicht ausreichend ist, wenn zwar die Ausbildungsinhalte den aktuellen Bedarfen besser angepasst werden, aber keine wissenschaftliche Ausbildung erfolgt.

Diskutiert wird, ob der Umfang der praktischen Ausbildung reduziert werden kann. Einerseits wird eine gute praktische Ausbildung für erforderlich gehalten; andererseits könnte aus Expertensicht die Dauer der praktischen Ausbildung auf bis maximal die Hälfte verkürzt werden, wenn dafür in der Praxis eine qualitativ hochwertige und zielführende Anleitung erfolgt. Der geforderte Fächerkanon für die praktische Ausbildung ist den aktuellen Erfordernissen anzupassen. In der Physiotherapie sollten Schwerpunkte gebildet und Wahloptionen angeboten werden können, die moderne Fachbereichsbezeichnungen übernehmen. Denkbar wäre beispielsweise eine Vorgabe der Versorgungssektoren internistisch-geriatrisch, unfallchirurgisch-orthopädisch sowie neurologisch, in denen sowohl konservativ als auch operativ versorgte Patientinnen und Patienten behandelt werden sollen; auch müssen verstärkt ambulante Versorgungsstrukturen einbezogen werden (siehe S. 25-27).

Welche inhaltlichen Unterschiede gibt es bei der Ausbildung an der Hochschule im Vergleich zur Fachschule?

Der zentrale inhaltliche Unterschied besteht darin, dass an der Hochschule Studierende auf der Basis der Vermittlung des jeweils aktuellen Wissensstandes in die Lage versetzt werden, sich mit wissenschaftlichen Methoden und anhand aktueller, internationaler wissenschaftlicher Literatur selbst Wissen anzueignen und diagnostische wie therapeutische Interventionen der jeweiligen Fachdisziplin auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen (Evidenzgenerierung). Mit dem gleichen wissenschaftlichen Anspruch werden die in der Praxis zur Anwendung kommenden Messinstrumente bewertet, anhand derer die erfolgversprechende Maßnahme ausgewählt und das Ergebnis einer Intervention festgestellt wird. Damit werden die Grundlagen für selbstständiges, kritisches Hinterfragen und ständiges Weiterlernen in der Praxis gelegt. Studierende werden befähigt, eigenständig zu befunden, ihre klinische Erfahrung mit dem aktuellen Erkenntnisstand abzugleichen, in Abwägung mit den Präferenzen der Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten Entscheidungen über die Intervention zu treffen und die Wirksamkeit ihrer Intervention selbstständig zu evaluieren. Sie können in der Praxis ein höheres Maß an Verantwortung für ihre Tätigkeit übernehmen. An Fachschulen stehen demgegenüber die Vermittlung von Lehrbuchwissen und die Anwendung tradierter Konzepte im Zentrum. Studierende der Physiotherapie und Hebammenkunde konnten diese Unterschiede aus ihren Erfahrungen in der Praxis bestätigen. Bei einer Befragung der Studierenden im vierten Semester zu Unterschieden zwischen Studierenden und Auszubildenden wurde angemerkt, dass Schüler oftmals ein „festgefahreneres Bild“ von möglichen Interventionen haben, nach starren Konzepten und Prinzipien vorgehen ohne individuelle und situative Aspekte zu berücksichtigen, während kritisches Hinterfragen und Evidenzbasierung sowie individuelles Denken ausblieb.

Gegenüber der schulischen Ausbildung wird an der Hochschule zudem stärker Wert darauf gelegt, mit Laien aber auch mit Expertinnen und Experten angemessen zu kommunizieren. Damit wird die Fähigkeit gestärkt, in interdisziplinären Teams zu arbeiten und eine berufliche Identität zu entwickeln. Soft-Skills werden an der Hochschule in einem breiteren Umfang vermittelt, auf die Persönlichkeitsentwicklung wird Wert gelegt. Fachenglisch-Kenntnisse werden insbesondere über den täglichen Umgang mit englischsprachiger Fachliteratur erworben.

Die über die Hochschule organisierte praktische Ausbildung soll einen Vergleich der Versorgungsverfahren in mehreren Häusern und damit auch einen Einblick in Unterschiede fachspezifischer Versorgungsstrukturen ermöglichen. Praxis und Theorie werden zugleich systematischer verzahnt, etwa über die Abstimmung von Praxiseinsätzen auf die Theorievermittlung und den fachpraktischen Unterricht an der Hochschule. Zum Beispiel durchlaufen die Hebammenstudierenden im dritten Semester das Modul H6 „Geburten betreuen und begleiten“. Dieses Modul ist mit 10 Semesterwochenstunden (SWS) Präsenz angesetzt, wovon 6 SWS durch fachpraktischen Unterricht und tutoriell begleitetes Selbststudium abgedeckt werden. Gleichzeitig hierzu befinden sich die Studierenden zwei Tage in der Woche im Kreissaalpraktikum und absolvieren in der darauffolgenden vorlesungsfreien Zeit ein weiteres 4-wöchiges Kreissaalpraktikum. Ein ähnliches Prinzip mit abgestimmten und parallel laufenden Theorie-Praxis-Phasen wird auch im Studiengang Physiotherapie verfolgt. Hierdurch können der Transfer und die Verarbeitung der an der Hochschule vermittelnden Wissensbestände und Fertigkeiten direkt und ohne zeitliche Verzögerung erfolgen, ebenso wie die Reflexion des eigenen Handelns in der Praxis.

Insgesamt erfolgt die Lehre an der Hochschule in einer curricularen Struktur, während in hessischen Fachschulen die inhaltliche Planung oft primär von den Anforderungen des kooperierenden Klinikums an die Einsatzfähigkeit der Schülerinnen und Schüler sowie von den zeitlichen Ressourcen der Lehrenden abhängig gemacht werden muss.

Die Differenzierung zwischen fachschulischer und hochschulischer Ausbildung kommt auch in der Einordnung in Niveaustufen nach dem Deutschen Qualifikationsrahmen zum Ausdruck. Die entsprechenden Ausbildungsabschlüsse sind alle dem Niveau 4 zugeordnet, Bachelorabschlüsse dem Niveau 6. Niveau 4 wird dort wie folgt beschrieben:

„Niveau 4 beschreibt Kompetenzen, die zur selbständigen Planung und Bearbeitung fachlicher Aufgabenstellungen in einem umfassenden, sich verändernden Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld benötigt werden. [...] Über vertieftes allgemeines Wissen oder über fachtheoretisches Wissen in einem Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld verfügen. [...] Über ein breites Spektrum kognitiver und praktischer Fertigkeiten verfügen, die selbständige Aufgabenbearbeitung und Problemlösung sowie die Beurteilung von Arbeitsergebnissen und -prozessen unter Einbeziehung von Handlungsalternativen und Wechselwirkungen mit benachbarten Bereichen ermöglichen. Transferleistungen erbringen. [...] Die Arbeit in einer Gruppe und deren Lern- oder Arbeitsumgebung mitgestalten und kontinuierlich Unterstützung anbieten. Abläufe und Ergebnisse begründen. Über Sachverhalte umfassend kommunizieren. [...] Sich Lern- und Arbeitsziele setzen, sie reflektieren, realisieren und verantworten“ (BMBF 2016a).

Niveau 6 wird dagegen wie folgt beschrieben: „Niveau 6 beschreibt Kompetenzen die zur Planung, Bearbeitung und Auswertung von umfassenden fachlichen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in Teilbereichen eines wissenschaftlichen Faches oder

in einem beruflichen Tätigkeitsfeld benötigt werden. Die Anforderungsstruktur ist durch Komplexität und häufige Veränderungen gekennzeichnet. [...] Über breites und integriertes Wissen einschließlich der wissenschaftlichen Grundlagen, der praktischen Anwendung eines wissenschaftlichen Faches sowie eines kritischen Verständnisses der wichtigsten Theorien und Methoden [...] oder über breites und integriertes berufliches Wissen einschließlich der aktuellen fachlichen Entwicklungen verfügen. Kenntnisse zur Weiterentwicklung eines wissenschaftlichen Faches oder eines beruflichen Tätigkeitsfeldes besitzen. Über einschlägiges Wissen an Schnittstellen zu anderen Bereichen verfügen. [...] Über ein sehr breites Spektrum an Methoden zur Bearbeitung komplexer Probleme in einem wissenschaftlichen Fach, [...], weiteren Lernbereichen oder einem beruflichen Tätigkeitsfeld verfügen. Neue Lösungen erarbeiten und unter Berücksichtigung unterschiedlicher Maßstäbe beurteilen, auch bei sich häufig ändernden Anforderungen. [...] In Expertenteams verantwortlich arbeiten oder Gruppen oder Organisationen verantwortlich leiten. Die fachliche Entwicklung anderer anleiten und vorausschauend mit Problemen im Team umgehen. Komplexe fachbezogene Probleme und Lösungen gegenüber Fachleuten argumentativ vertreten und mit ihnen weiterentwickeln. [...] Ziele für Lern- und Arbeitsprozesse definieren, reflektieren und bewerten und Lern- und Arbeitsprozesse eigenständig und nachhaltig gestalten“ (BMBF 2016b).

Gerade diese Unterschiede zwischen Niveaustufe 6 und 4 werden als die aktuellen Anforderungen zur Ausübung der Tätigkeiten in den Gesundheitsfachberufen beschrieben. Hebammen haben Vorbehaltstätigkeiten, für die sie haftungsrechtlich verantwortlich sind; über einen primären Zugang zur Physiotherapie wird mittlerweile auch in Deutschland diskutiert. Bereits 2008 reagierte der Gesetzgeber auf die zunehmenden Forderungen der therapeutischen Berufe nach autonomer beruflicher Tätigkeit mit der Eröffnung neuer therapeutischer Freiheiten nach § 63 Abs. 3b SGB V. Hier heißt es: „Modellvorhaben nach Absatz 1 können vorsehen, dass Physiotherapeuten mit einer Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes die Auswahl und die Dauer der physikalischen Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen(...)“. Entsprechende Modellversuche mit dieser sogenannten „Blankoverordnung“ werden bereits erfolgreich praktiziert (Nowak 2015). Die 89. Gesundheitsministerkonferenz geht noch einen Schritt weiter und hat am 30. Juni 2016 nach einstimmiger Beschlussfassung das BMG aufgefordert zu prüfen, ob der Direct Access für Physiotherapeuten in Modellvorhaben erprobt werden kann, was mit der Erlaubnis zur eigenständigen Diagnosestellung und darauf aufbauender Behandlung einhergeht (GMK 2016). Um diesen berufspolitischen Entwicklungen gerecht zu werden, muss die Ausbildung sich ebenfalls weiterentwickeln. Eine Umsetzung des Direktzuges kann nur in Kombination mit einer Akademisierung der Ausbildung gelingen, denn gerade der inhaltliche Mehrwert der hochschulischen Ausbildung rechtfertigt die Ausweitung der therapeutischen Befugnisse.

Bereits daraus lässt sich die Notwendigkeit einer Voll-Akademisierung beider Berufsgruppen ableiten, auch wenn diese in der Praxis aufgrund unterschiedlicher Interessenlagen der Akteure noch umstritten ist (siehe Frage 3.2.3.2).

Welche Auswirkung hat eine Hochschulausbildung auf die Organisation und Struktur der Ausbildung?

Die Studierenden erwerben die Berechtigung zur Berufsbezeichnung Hebamme bzw. Entbindungspfleger oder Physiotherapeutin bzw. Physiotherapeut und einen Bachelor-Abschluss (B.Sc.). Sie haben den Status von Studierenden, nicht den von Schülerinnen und Schülern.

Ein Hochschulstudium ist in Semestern mit Vorlesungszeiten und vorlesungsfreien Zeiten strukturiert. Während der Vorlesungszeiten erfolgt die theoretische und fachpraktische Ausbildung nach festen Semesterwochenplänen, die durch semesterbegleitende Praktika ergänzt werden. In den vorlesungsfreien Zeiten finden Blockpraktika und Modulprüfungen statt. Die Einhaltung des Urlaubsanspruchs ist dabei gewährleistet. Die feste Struktur verbessert die Lernbedingungen der Studierenden. Die Lehre muss sich nicht den täglichen Versorgungsanforderungen anpassen.

Das Studium ist in handlungsorientierten Modulen strukturiert, die mit einer Prüfung abschließen. Auch die Lernziele in den Praxisphasen sind festgelegt und werden überprüft. Damit ist gewährleistet, dass die Ausbildungsrechte der Studierenden gewahrt sind und diese nicht primär als zusätzliche Arbeitskräfte betrachtet werden. Auch kann durch die Vielzahl praktischer Einsatzorte ermöglicht werden, dass Studierende parallel zu theoretischen Modulinhalten (z. B. „In Wochenbett und Stillzeit begleiten und beraten“) in der entsprechenden Fachdisziplin in den Kooperationshäusern (hier: Mutter-Kind-Station) eingesetzt werden, was eine enge Verzahnung von Theorie und Praxis gewährleistet. Durch die Integration des staatlichen Examens in das Studium, ohne eine Änderung der Prüfungsverfahren und die Organisation des Studiums in Modulen mit Modulprüfungen, verdoppelt sich jedoch zugleich die Prüfungsbelastung der Studierenden und der Lehrenden.

Da in einem Studium theoretische Module überwiegen müssen und Selbstlernzeit bedacht werden muss – während zur Anerkennung als Modellstudiengang nur Präsenzstunden in Theorie und Praxis zählen – können nicht alle Praxisphasen mit Leistungspunkten auf das eigentliche Studium angerechnet werden. Faktisch erhöht sich damit für die Studierenden der Modellstudiengänge der Gesamtarbeitsaufwand gegenüber einem herkömmlichen Studium und gegenüber der Ausbildung in einem nicht angemessenen Umfang.

Wie werden die einzelnen Ausbildungsbestandteile im Kontext der Gesamtausbildung und im Vergleich zur fachschulischen Ausbildung grundsätzlich bewertet?

Die Anforderungen der praktischen Ausbildung in der klinischen Versorgung entsprechend der Ausbildungs- und Prüfungsordnung werden von der Hochschule in vollem Umfang erfüllt.

Für beide Ausbildungsinstitutionsarten gilt, dass die Qualität der klinisch-praktischen Ausbildung von der Versorgungsqualität in den ausbildenden Praxiseinrichtungen, von den Möglichkeiten der Ausbildungsstätte auf die Praxisanleitung Einfluss zu nehmen und von der Bereitschaft der Einrichtung, Praxisanleiterinnen und -anleiter für diese Tätigkeit freizustellen, abhängt. Ausbildungsträger, die an eine Klinik gebunden sind, sind aufgrund der engen Verbindung hier strukturell weniger durchsetzungsfähig als von einer einzelnen Klinik unabhängige Ausbildungsträger: Erstere sind grundsätzlich gehalten, die Ausbildung den betrieblichen Anforderungen der Klinik unterzuordnen. Andererseits haben auch von einzelnen Kliniken unabhängige Ausbildungsträger kaum über Gespräche hinausgehende Sanktionsmöglichkeiten, wenn die Vereinbarungen zur Qualität der Praxisanleitung nicht eingehalten werden. Eine rechtliche Regelung liegt für beide Berufsgruppen nicht vor.

Im theoretischen und fachpraktischen Unterricht kann die Hochschule aus Gründen der personellen, sachlichen und räumlichen Ausstattung und aufgrund des veränderten inhaltlichen Anspruchs im Sinne einer wissenschaftlich kritischen Reflexion eine bessere Ausbildung bieten als die Fachschule. Auch

Fachschulen sehen sich in diesem Vergleich als unterlegen, empfinden ihn aufgrund der schlechteren Ausstattung als „unfair“. Eine durchgängig akademische Qualifikation des Lehrpersonals an beiden Institutionsarten und eine bessere Ausstattung der Fachschulen könnte bereits zu einer Verbesserung der Ausbildung insgesamt beitragen. Darauf weisen auch Studienergebnisse hin (Wasner 2007; BMBF 2014: 122 ff.).

Die Möglichkeiten hochschulischer Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen und die Verfahren der Genehmigung solcher Studiengänge sollten insgesamt den Hochschulstrukturen angepasst, die Genehmigungsverfahren vereinfacht werden. Hier sollte auch bedacht werden, dass die Ausbildungszeiten seit dem Bologna-Prozess nach dem studentischen Gesamt-Workload gemessen werden und nicht ausschließlich nach den Präsenzstunden. Die reine Orientierung an Präsenzstunden widerspricht dem Prinzip des Selbststudiums als zentralem Element einer hochschulischen Qualifizierung.

Außerdem sollte die internationale Mobilität während der Ausbildung im Sinne des europäischen Wissensraums durch eine Veränderung der Genehmigungsverfahren für Ausbildungsstätten im (europäischem) Ausland erhöht werden. Diese Forderung wird explizit von Studierenden unterstützt.

3.1.2.2 Fragen zu den Lehrveranstaltungen an den Hochschulen

Wie und in welchem Umfang wird von den Vorgaben zum theoretischen Unterricht abgewichen?

Die Lehre an der Hochschule erfolgt nicht in der Logik der systematischen Abhandlung von einzelnen Fächern, sondern aktuellen berufspädagogischen Erkenntnissen entsprechend in Modulen, die berufliche Handlungsfelder repräsentieren. In den kompetenzorientiert gestalteten Modulen werden Inhalte der relevanten Fachgebiete problembezogen im theoretischen und fachpraktischen Unterricht miteinander verknüpft. Beispielsweise werden im Modul „Wochenbett“ die medizinischen Grundlagen (Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie), die Pharmakologie und die Interventionen von Hebammen in ihrer fachlichen Begründung sowie mögliche Organisationsformen und der rechtliche Rahmen von Hebammenarbeit aufeinander bezogen unterrichtet. Interventionsformen werden im SkillsLab demonstriert, geübt und mit studentischen Tutorinnen in der Selbstlernzeit mit Soft Skills kombiniert oder in variierenden Szenen verfeinert. Der Themenbereich „Erste-Hilfe“ bzw. „Sofort-Maßnahmen“ wird im Studiengang Hebammenkunde um das Notfallmanagement in der außerklinischen Geburtshilfe erweitert.

Gegenüber der schulischen Ausbildung werden die Kompetenzen des wissenschaftlichen Arbeitens und die Befähigung zum evidenzbasierten Handeln ergänzt. Basis evidenzbasierter Medizin sind dabei auch ausreichende Kenntnisse über statistische Verfahren. Hinzu kommen die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen im Sinne des Konzeptes gemeinsamer Entscheidungsfindung sowie die ethische Reflexion des eigenen professionellen Handelns.

Speziell in den klinischen Fächern lernen die Studierenden anhand besonders relevanter Erkrankungen, Verletzungen oder Regelwidrigkeiten, Grundsätze und Prinzipien kennen sowie die Methodik zum Erarbeiten der Krankheitslehre und deren Konsequenz für Interventionen der Berufsgruppe. Dabei wurde der Anteil medizinischer Lehre gegenüber der Ausbildungs- und Prüfungsordnung erhöht, im Studiengang Physiotherapie z. B. um 140 Stunden oder 39 % (von 360 auf 500 Stunden). Da Evidenz immer auch

die Präferenzen der Betroffenen beachten muss, sind auch psychologische und kommunikative Kompetenzen sowie professionelle Interaktion in beiden Studiengängen deutlich stärker verankert. Die ökonomischen, rechtlichen und gesundheitspolitischen Themengebiete werden in den Studienkonzepten gegenüber der Ausbildung ebenfalls deutlich ausführlicher behandelt (z. B. im Studiengang Hebammenkunde mit 100 zusätzlichen Stunden), da diese Themen wesentliche Anforderungen des Berufsalltages betreffen.

Im Studiengang Physiotherapie wurde die Theorie der physikalischen Therapie auf die wissenschaftlich gesicherten Grundlagen reduziert; der therapeutische Nutzen wurde mit Methoden der evidenzbasierten Medizin bewertet. Krankengymnastische Techniken werden unter Integration aktueller Konzepte, Prinzipien und Anwendungsoptionen vermittelt. Dabei werden evidenzkonforme und konzeptübergreifend gemeinsame Elemente betont. Spezifika einzelner Therapieformen werden nur herausgestellt, sofern diese wissenschaftlich belegt sind. Prinzipiell wird zwischen „historisch“ und „evident“ unterschieden, was sich auch in der Gewichtung der betreffenden Lehranteile innerhalb des Gesamtcurriculums widerspiegelt. Durch die Verschmelzung der Fächergruppen kommt es in den krankengymnastischen Techniken insgesamt zu einer Stundenreduktion.

In welchen Formen werden Lehrveranstaltungen durchgeführt: Welche Lehr- und Lernmethoden werden dabei eingesetzt?

Grundsätzlich werden an Hochschulen Vorlesungen, seminaristischer Unterricht, Seminare und fachpraktischer Unterricht unterschieden. Der formale Unterschied besteht zunächst nur in der Gruppengröße und dem Einbezug der Studierenden in das Unterrichtsgeschehen. Vorlesungen werden an der Hochschule Fulda in den Studiengängen nach Modellklausel nicht gehalten. Im Seminar ist die studentische Beteiligung höher als im seminaristischen Unterricht; es ist daher aus inhaltlichen und didaktischen Gründen notwendig, kleinere Gruppen zu bilden. Eine klare Grenze kann zwischen beiden Unterrichtsformen aber nicht gezogen werden. Im Seminar werden Methoden wie problemorientiertes Lernen, Fallbearbeitung und projektorientiertes Lernen genutzt. Im seminaristischen Unterricht dominiert das Unterrichtsgespräch. Ergänzt wird die Lehre durch Gastvorträge von Expertinnen und Experten aus der Praxis, fachrelevante Exkursionen, die im Unterricht vor- und nachbereitet werden sowie Praxisreflexionen. Im fachpraktischen Unterricht werden in kleinen Gruppen von etwa 15 Studierenden Interventionen demonstriert und eingeübt und Simulation von einfachen bis zu komplexen Szenarien durchgeführt. Die Studierenden erwerben in den Skills-Laboren und Praxisräumen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Sicherheit für das eigene praktische Handeln. Hierfür stehen umfassende Unterrichtsmaterialien in den Laboren zur Verfügung. Eine zusätzlich eingeführte Unterrichtsform ist das tutoriell begleitete Selbststudium: Hier werden von den Studierenden unter tutorieller Anleitung entweder Aufgaben im Rahmen des problemorientierten Lernens selbstständig gelöst oder im fachpraktischen Unterricht erlernte Handlungen vertiefend geübt. Diese Lernform wird von den Studierenden als eine Bereicherung betrachtet, da sie in Vorbereitung auf die Arbeit mit Patientinnen, Patienten oder schwangeren Frauen einen deutlichen Zugewinn an Handlungskompetenz und einen Abbau von Handlungsunsicherheiten mit sich bringt.

Grundsätzlich wird in beiden Modellstudiengängen nach der „Entscheidungsorientierten Didaktik“, einer Weiterentwicklung der „Handlungsorientierten Didaktik“, gearbeitet. Grundlage hierfür ist die Tat-

sache, dass Therapeutinnen und Therapeuten sowie Hebammen in ihrem Berufsalltag klinische Entscheidungen treffen müssen, die in praktisches Handeln umgesetzt werden. Um die Studierenden auf diese verantwortungsvolle Aufgabe vorzubereiten und Versorgungssituationen erfolgreich zu bewältigen, müssen sie sowohl ein fundiertes Wissen in Physiologie und Pathologie aufbauen als auch dieses Wissen unter Berücksichtigung von wissenschaftlicher Evidenz, klinischen Erfahrungen und den persönlichen Präferenzen der Betroffenen flexibel nutzen.

Im Studiengang Physiotherapie wird zudem mit einem studiengangintern entwickelten didaktischen Konzept für die praktische und theoretische Ausbildung gearbeitet. Dieses Konzept dient als Brücke zwischen Theorie und Praxis, da es die Art und Weise der Wissensvermittlung an der Hochschule aufzeigt und so zu einer besseren Abstimmung und adäquaten Anleitung in der Praxis beiträgt. Die Studierenden durchlaufen während der Ausbildung in jedem Fachbereich (Orthopädie/Chirurgie, Innere, Neurologie) vier Level, die verschiedene Anspruchsgrade beinhalten; das Ziel ist die reflektierte Praxis. Auf jedem Level sind unterschiedliche methodische Konzepte angesiedelt, die dem Wissensstand der Studierenden entsprechen und die mit Betreuungsschwerpunkten der praktischen Ausbildung in den Kooperationseinrichtungen verknüpft sind. Neben Methoden wie dem problemorientierten Lernen wird in diesem Rahmen das „Four Component Instructional Design Model“ (4CID) von Van Merriënboer (1997) erprobt. Anwendung findet diese Instruktionsdesigntheorie, welche für die Bewältigung komplexer kognitiver Lernsituationen und den Aufbau von Handlungswissen entwickelt wurde, vor allem im Rahmen der Fallarbeit im dritten bis fünften Semester, bei fortgeschrittenem Lernstand. Dabei werden komplexe Lernsituationen gestaltet, die im Laufe eines Semesters über die Steuerung der vier Merkmale Lernaufgabe, unterstützende Informationen, prozedurale Informationen und Üben von Teilaufgaben in ihrer Schwierigkeit zunehmen. Anwendung findet dieses Konzept auch in der Medizinerbildung, zum Beispiel im Modellstudiengang Medizin an der Charité Berlin (Charité 2016).

Wie unterscheiden sich die Lehrveranstaltungen an der Hochschule vom Unterricht an der Fachschule?

An der Hochschule werden die Studierenden sehr viel stärker an eigenständiges und wissenschaftliches Arbeiten und Reflektieren herangeführt, während Schülerinnen und Schüler an Fachschulen eher dazu angehalten werden Lehrbuchwissen wiederzugeben. Ein grundsätzlicher Unterschied ist das Lernen nach der Fachsystematik an Fachschulen gegenüber dem Lernen in Handlungsfeldern an der Hochschule. Ebenso bildet die Hochschule die Befähigung zum systemübergreifenden Denken und Entscheiden aus. Tendenziell erfolgt an Fachschulen eher eine funktionsorientierte, d. h. auf die Versorgungspraxis eines Hauses ausgerichtete Ausbildung. Nicht an allen Fachschulen existiert ein verschriftlichtes Curriculum, nach dem gearbeitet wird; entsprechende curriculare Entwicklungen der Berufsverbände haben empfehlenden Charakter. An Hochschulen liegen obligatorisch prüfungsrechtlich verbindliche Studienpläne und Modulhandbücher vor.

Wie wird bei den Lehrveranstaltungen an der Hochschule ein praxisnahes Lehren und Lernen sicher gewährleistet?

Das Lehrpersonal an der Hochschule verfügt über entsprechende Qualifikationen und Berufserfahrungen und bleibt unter anderem über enge Kontakte zur Berufspraxis fachlich auf dem aktuellen Stand der Praxis in der Versorgung. Die enge Zusammenarbeit mit den Kooperationseinrichtungen, z. B. durch

gemeinsame Betreuungen von Studierenden in den Praxisphasen, Semestergespräche, Journal Clubs oder „After Work Lectures“, Praktikumsevaluationen sowie die Praxisreflexionen gewährleisten einen fachlichen Austausch und ermöglichen es, komplexe Fälle und Sachverhalte sowie Standards aus der Praxis im theoretischen Unterricht aufzugreifen. Sie tragen zudem zu einer Optimierung der Versorgungspraxis in den Kooperationshäusern bei.

Auf Seiten der hochschulischen Lehre wird praxisnahes Lernen durch fachpraktischen Unterricht gewährleistet, der eine Brücke zwischen der Theorie und der Arbeit in der Praxis darstellt. Durch das Üben von praktischen Fertigkeiten und das detaillierte Nachstellen von realen Situationen kann der Übergang in die Praxis schneller und sicherer erfolgen. Dies ist auch aus ethischer Sicht und für das Wohl der Patientinnen und Patienten sowie der schwangeren Frauen sinnvoll. Das Lernen in Skills-Laboren wurde bereits in einigen Studien untersucht und hat vielfach sowohl subjektiv als auch objektiv Effektivität bewiesen (Hermann-Werner et al. 2013; Nikendei et al. 2005).

Studierende bringen darüber hinaus eigenständig Erfahrungen aus der Praxis in den Unterricht ein. So entsteht im Studiengang Physiotherapie derzeit eine „Digitale Klinik“, in der anonymisiert und unter Wahrung aller Datenschutzbestimmungen geeignete Fälle, die Studierende in Ihren Praxiseinsätzen behandelt haben, als Lehrmaterial digitalisiert werden. Dabei werden sowohl typische Krankheitsbilder als auch Assessmentverfahren und Behandlungen gefilmt, die dann für Analysen oder zur Veranschaulichung im Unterricht, zur Vorbereitung auf die praktischen Einsätze und zur Förderung des Clinical Reasoning genutzt werden können. Theoretischer, fachpraktischer und praktischer Unterricht können auf diese Weise eng miteinander verzahnt werden.

Über welche Qualifikation verfügt das Lehrpersonal an der Hochschule, insbesondere wie ist der Anteil der Lehrenden mit jeweils einschlägigen berufsspezifischen Qualifikationen?

Grundsätzliche Anforderungen an das Lehrpersonal sowie die personelle Ausstattung der Hochschule sind unter 3.1.1 beschrieben. Hochschulintern gilt an der Hochschule Fulda die Regelung, dass mindestens 75 % der Lehre von hauptberuflich Lehrenden übernommen werden muss und davon mindestens 70 % von Professorinnen und Professoren. Maximal 25 % der Lehre wird über externe Lehraufträge abgedeckt, um eine enge Verzahnung von Theorie und Praxis auch darüber sicherzustellen. Diese Regelungen gelten auch für die beiden Modellstudiengänge und werden im Schnitt weitgehend eingehalten. Faktisch ist im Studiengang Hebammenkunde der Anteil an externen Lehraufträgen geringer, der Anteil an Lehrkräften für besondere Aufgaben höher; im Studiengang Physiotherapie ist der Anteil an externen Lehraufträgen und an Lehrkräften für besondere Aufgaben höher. Es wird deswegen die Möglichkeit geprüft, mittelfristig eine weitere Professur für Physiotherapie einzurichten, was der fachlichen Differenzierung in der Physiotherapie auch besser gerecht werden würde (siehe S. 23 f.). Diese Entscheidung erfordert allerdings zuverlässige politische Vorgaben zur künftigen Gestaltung der Ausbildung an Hochschulen.

In den Studiengängen nach Modellklausel an der Hochschule Fulda werden rund 64 % der Lehre von in der jeweiligen Berufsgruppe akademisch qualifiziertem Lehrpersonal, 23 % der Lehre von Medizinerinnen und Medizinern und 13 % von anderen Berufsgruppen der sog. Bezugswissenschaften übernom-

men, die beispielsweise Forschungsmethoden und wissenschaftliches Arbeiten, rechtliche oder ökonomische Grundlagen vermitteln.

Wie werden die Veranstaltungen als Bestandteil der Ausbildung und im Vergleich zur fachschulischen Ausbildung grundsätzlich bewertet?

Hochschulen gewährleisten eine wissenschaftlich fundierte und zugleich sehr praxisnahe Ausbildung mit modernen berufspädagogischen Methoden, die zu vermittelndes Wissen in einen direkten Handlungsbezug integrieren. Die Lehre wird an Hochschulen primär durch die jeweilige Berufsgruppe übernommen, und dennoch in einen interdisziplinären Kontext eingebettet.

Aus Sicht der interviewten Personen entsprechen Teile der durch die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen vorgeschriebenen Inhalte, wie sie auch an den Fachschulen gelehrt werden, nicht den aktuellen Anforderungen der Praxis. Didaktisch kann die Gestaltung der Lehre nach Fachsystematiken den Herausforderungen einer reflektierten Praxis nicht gerecht werden; auch an Fachschulen sollte daher modulares Lernen in Handlungsfeldern möglich werden. Die theoretische Ausbildung sollte in Abstimmung zwischen Wissenschaft und Praxis den aktuellen Anforderungen des Berufsbildes insgesamt besser angepasst werden können.

Einzelne Interviewpartner/innen aus der Praxis haben die Befürchtung geäußert, dass die unterschiedlichen medizinischen Fachdisziplinen an Hochschulen nicht hinreichend differenziert vertreten sein könnten. An der Hochschule Fulda sind derzeit die medizinischen Fächer Chirurgie (Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie), Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Arbeits- und Sozialmedizin sowie Psychiatrie vertreten. Pädiatrie wird über einen Lehrauftrag gewährleistet, das Fach Neurologie soll ab dem Sommersemester 2017 im Rahmen der Wiederbesetzung der Professur Psychiatrie vertreten werden. Diese disziplinäre Breite ist an größeren Fachbereichen bzw. Hochschulen mit mehreren Studiengängen wie der Hochschule Fulda leichter zu gewährleisten als an Hochschulen oder Fachschulen, die nur einen Studiengang oder eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf anbieten. Gegenüber den Fachschulen besteht an Hochschulen insbesondere der Vorteil, dass die Medizinprofessuren hauptberuflich lehren und nicht die Versorgung gegenüber der Lehre Vorrang hat und somit häufig Lehre ausfällt oder umorganisiert werden muss. Einzelne Spezialgebiete werden zudem über einzelne Lehraufträge oder Gastvorträge von Spezialisten aus den kooperierenden Kliniken abgedeckt.

In der Physiotherapie wird allerdings deutlich, dass die Spezialisierungen in den jeweiligen Berufsgruppen selbst inzwischen stark ausgeprägt sind. Diese Spezialisierungen müssen über das Lehrpersonal abgedeckt werden. Dafür ist die Besetzung weiterer Personalstellen erforderlich, die an einen Ausbau der Aufnahmekapazität gebunden ist. Die Aufnahmekapazität ist wiederum eng an die Anzahl der praktischen Ausbildungsplätze gekoppelt. Aus inhaltlichen Gründen ist es deshalb sinnvoll, größere Ausbildungszentren zu gründen. Dies lässt sich an Hochschulen leichter realisieren, da diese mit vielen Versorgungseinrichtungen kooperieren; ideal wäre auch eine engere, aber nicht ausschließliche Anbindung an ein Universitätsklinikum. Viele Fachschulen sind dahingegen an eine ggf. kleine Klinik gebunden. Die Hochschule kann eine fachliche Differenzierung in den Berufsgruppen über unterschiedlich spezialisiertes Lehrpersonal bei gleichem Personalschlüssel leichter gewährleisten als die meisten Fachschulen.

In Hessen gibt es derzeit vier Standorte für die Hebammenausbildung. Die kleinste hessische Hebammenschule hatte im Jahr 2015 16 Schülerinnen, die größte 58. An allen hessischen Hebammenschulen zusammen wurden im Jahr 2015 insgesamt 131 Schülerinnen ausgebildet (Hessischer Landtag 2015). Der Hebammenstudiengang in Fulda hat gegenwärtig (Stand Sommer 2016) 101 Studierende und kann mit den gegenwärtigen Kapazitäten bis zu 120 Studierende aufnehmen. Zum Wintersemester 2016/17 werden voraussichtlich 115 Studierende eingeschrieben sein. Die Hochschule Fulda könnte prinzipiell mit einer Steigerung der Kapazitäten von 30 auf 45 Studierende den gesamten Bedarf für Hessen in dieser kleinen Berufsgruppe knapp abdecken. Diese Steigerung ist bei hinreichender Nachfrage und einem Ausbau der Praxiskooperationen möglich; entsprechend müsste ein personeller und räumlicher Ausbau erfolgen. Im Sinne einer hochwertigen Ausbildung und der Umsetzung der EU-Beschlüsse wäre dies grundsätzlich anzustreben, denn in der Hebammenausbildung müssen die Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung ohnehin bis 2020 auf 12 allgemeinbildende Schuljahre angehoben werden, um der Richtlinie 2013/55/EU des europäischen Parlaments, zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, nachzukommen (Europäische Union 2013).

Im Physiotherapiestudiengang in Fulda sind derzeit 93 Studierende eingeschrieben, zum Wintersemester 2016/17 werden dies etwa 130 Studierende sein. Eine Verdopplung der Ausbildungskapazitäten wäre bei entsprechendem personellem und sachlichem Aufwuchs grundsätzlich denkbar; allerdings müssten dafür hinreichend Praxisstellen gewonnen werden können. Der Bedarf an Ausbildungsplätzen in Hessen liegt bei rund 400; im Schuljahr 2014/15 haben in Hessen 366 Schülerinnen und Schüler die Ausbildung zur Physiotherapeutin bzw. zum Physiotherapeut an Schulen des Gesundheitswesens begonnen (Statistisches Bundesamt 2015a: 87). Mit den derzeit zwei Standorten einer grundständigen Hochschulausbildung für Physiotherapie in Hessen (die zweite Einrichtung ist eine private Hochschule) und einem entsprechenden Ausbau der Kapazitäten könnte damit grundsätzlich der Ausbildungsbedarf gedeckt werden.

3.1.2.3 Fragen zur praktischen Ausbildung

Wie und in welcher Form stellen die Hochschulen die Ausbildung an Patientinnen und Patienten sicher?

Die Hochschule schließt Kooperationsverträge mit den Praxiseinrichtungen ab, die die Einsätze in der Praxis und die Betreuung durch Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter sicherstellen. Die Anzahl der zur Verfügung gestellten Studienplätze hängt davon ab, ob für alle vorgeschriebenen Ausbildungsbereiche hinreichend praktische Ausbildungsplätze gewährleistet werden können. Durch die große Zahl beteiligter Praxispartner/innen kann garantiert werden, dass alle Studierenden mehrere Standorte kennenlernen, alle entsprechenden Fachgebiete bzw. das gesamte Tätigkeitsspektrum der patientennahen Versorgung stationär und ambulant erfahren können und die Praxis verschiedener Häuser vergleichen können. Für die Hebammen schließt dies die unterschiedlichen Versorgungslevels und verschiedene Versorgungsphilosophien ein.

Die Praxisreferent/innen der jeweiligen Studiengänge koordinieren, organisieren und verwalten die Praxisphasen gemäß der Ausbildungs- und Prüfungsordnung. Sie erstellen in Absprache mit der Studiengangsleitung und den Modulverantwortlichen Lernzielkataloge und einsatzspezifische Praxisaufgaben, die in einem Praxisbuch dokumentiert werden. Sie übernehmen die Koordination der praktischen

Ausbildung, die kontinuierliche Betreuung der Studierenden vor, während und nach der Praxisphase sowie die Pflege der Kontakte mit den Praxiseinrichtungen im Einvernehmen mit der Studiengangsleitung.

Wie wird die praktische Ausbildung organisiert?

Die praktische Ausbildung erfolgt teils in der vorlesungsfreien Zeit, teils in der Vorlesungszeit. Der Umfang der erforderlichen praktischen Ausbildung und Unterschiede in der Versorgungssituation erfordern eine unterschiedliche Verteilung in den beiden Studiengängen:

Im Studiengang Physiotherapie absolvieren die Studierenden in der vorlesungsfreien Zeit ein bis zweimal jährlich ein Blockpraktikum von 240 Stunden (6 Wochen; insgesamt fünfmal) und ab dem zweiten Semester in der Vorlesungszeit weitere 90 Stunden pro Semester als studienbegleitendes Praktikum. 1200 Praxisstunden werden in der vorlesungsfreien Zeit erbracht, 450 Stunden in der Vorlesungszeit. Die Praktika in der vorlesungsfreien Zeit sind überwiegend nicht mit ECTS belegt (Ausnahme einmal 90 Stunden). Die studienbegleitenden Praktika in der bisherigen Form (Einsatz einmal wöchentlich) haben sich aus Sicht der Hochschule, der Studierenden und der Praxispartner nicht bewährt. Es werden deswegen Alternativen (14 tägige Blockpraktika in der Vorlesungszeit) gesucht.

Im Studiengang Hebammenkunde wechseln sich in den Vorlesungszeiten theoretische und praktische Ausbildungswochen 14tägig (ca. 300 Stunden pro Semester) ab. Dies wird durch ein Praxissemester (750 Stunden) und durch zweimal jährliche Blockpraktika von 4 oder 8 Wochen (160-320 Stunden) in der vorlesungsfreien Zeit ergänzt. In der vorlesungsfreien Zeit werden 800 Stunden absolviert, in der Vorlesungszeit 2.206 Stunden. Insgesamt sind etwa die Hälfte der Praxisstunden mit ECTS belegt.

Wie wird der Stellenwert der praktischen Ausbildung als Bestandteil der Ausbildung und im Vergleich zur fachschulischen Ausbildung grundsätzlich bewertet?

Die interviewten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler erkennen die in der Modellklausel zum Ausdruck kommende Absicht des Gesetzgebers an, eine gute praktische Ausbildung sicherzustellen; sie sind jedoch der Ansicht, dass der Gesamtumfang der Praxis zu hoch angesetzt ist. Angesichts der zur Anwendung kommenden Lehr- und Lernmethoden und dem hohen Anteil des fachpraktischen Unterrichts in modernen Simulationslaboren könnte die praktische Ausbildung aus der Perspektive einiger Expertinnen und Experten bis zur Hälfte der Stundenzahl gekürzt werden. Die Studierenden hätten dann angeleitete Berufspraktika zu absolvieren, sie wären weniger als Arbeitskräfte in Ausbildung einsetzbar. Dies passt zudem besser zu ihrem Status.

Die zeitliche Parallelität von theoretischer und praktischer Ausbildung wird überwiegend begrüßt, da so in der Praxis theoriegestützt gearbeitet und Erfahrungswissen aus der Praxis in der Theorie reflektiert werden kann. Vorgeschlagen wird aber, das erste Praktikum erst nach dem ersten Studienjahr vorzusehen, da die Studierenden dann im Vorfeld bereits fundierte Kenntnisse erworben haben. Dies wird auch von der Praxis begrüßt, da die Studierenden dann besser als Arbeitskräfte einsetzbar seien.

Einige wenige interviewte Praktikerinnen und Praktiker äußerten zu Beginn der Ausbildung an der Hochschule die Befürchtung, akademisch qualifizierte Fachkräfte würden nicht über hinreichende Pra-

xiskompetenzen verfügen, da die Lehre an Hochschulen zu weit von der Praxis entfernt sei und Studierende während der Praxiszeiten weniger gut als Arbeitskräfte nutzbar seien. Diese Befürchtungen haben sich jedoch im Kontakt mit Studierenden deutlich relativiert.

Die unterschiedlichen Standpunkte verdeutlichen, dass die Einschätzungen zur Dauer der praktischen Ausbildung davon abhängen, ob diese eher als Ausbildungs- oder eher als Arbeitsverhältnis betrachtet wird. Zwei Szenarien für die Zukunft stehen sich in den Vorstellungen der Interviewpartner/innen gegenüber:

- Im Szenario 1 befinden sich Studierende in einer angeleiteten praktischen Ausbildung direkt in der Versorgung im Kontakt mit Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten; die Praxisanleiterinnen und -anleiter sind für diese Aufgabe freigestellt. Die Einrichtungen müssen für ihre Leistungen in der praktischen Ausbildung entlohnt werden. Die Dauer der praktischen Ausbildung könnte hier ohne Qualitätsverlust erheblich verkürzt werden.
- Im Szenario 2 handelt es sich um Arbeitskräfte in Ausbildung, die etwa 10 % ihrer Arbeitszeit praktisch angeleitet werden und in der übrigen Zeit das ausbildende Personal entlasten können. Die Dauer der praktischen Ausbildung muss dann beibehalten werden, die auszubildenden Studierenden müssen für ihre Arbeitsleistungen von der Einrichtung finanziell entschädigt werden, wie es auch für Schülerinnen und Schüler in der Hebammen- oder Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung üblich ist.

Szenario 1 ist typisch für Hochschulstrukturen, Szenario 2 typisch für das duale System der Berufsausbildung. Sollte Szenario 2 auch für Hochschulen geltend gemacht werden, wäre ein bezahltes, praktisches Anerkennungsjahr nach Abschluss eines dreijährigen wissenschaftlichen Studiums eine grundsätzlich denkbare Option, mit dem Nachteil einer schlechteren Verzahnung von Theorie und praktischer Ausbildung an Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Schwangeren und Angehörigen).

In der GesinE-Studie (BMBF 2014) konnte für die praktische Ausbildung von Pflegekräften gezeigt werden, dass rund 56 % der befragten Berufsangehörigen in Deutschland (n=1.689) der Aussage voll oder eher zustimmen, dass Lernende nicht als solche, sondern eher als Arbeitskraft wahrgenommen werden. Dies wirkt sich auf die Qualität der praktischen Ausbildung aus; 45 % der Befragten erachten es als voll oder eher zutreffend, dass die praktische Anleitung der Pflegeauszubildenden eher zufällig erfolgt und dass die Auszubildenden in der Praxis zu viel auf sich alleine gestellt sind. Es ist plausibel anzunehmen, dass dies gegenwärtig auch für die Ausbildung von anderen Gesundheitsfachberufen zutrifft.

Von den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern wird weit überwiegend als notwendig betrachtet, dass in der praktischen Ausbildung das spätere Berufsfeld abgebildet wird und keine einseitige Ausbildung in der stationären Versorgung erfolgt. Die Ausbildungs- und Prüfungsordnung sieht dahingegen vor, dass die praktische Ausbildung vorwiegend in stationären Einrichtungen durchgeführt wird; sogenannte Externate, also Einsätze in der ambulanten Versorgung, sind nur in geringem Umfang möglich. Dem steht eine Versorgungspraxis gegenüber, in der das Prinzip ambulant vor stationär gilt. Angesichts der Verkürzung der Verweildauern sind gegenwärtig beispielsweise nur noch 16 % der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in stationären Einrichtungen tätig. Für den ambulanten Bereich, in dem die Mehrheit der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten arbeitet, wird gemäß der Ausbildungs-

und Prüfungsordnung jedoch lediglich 5 % der praktischen Ausbildungszeit aufgewendet. Auch bei den Hebammen kommen die Tätigkeiten in der ambulanten Versorgung – Schwangerenvorsorge, Wochenbettbetreuung, außerklinische Geburtshilfe, Familienplanung und Tätigkeiten als Familienhebammen – in der Ausbildungs- und Prüfungsordnung zu kurz, obwohl hier etwa 61 % der Hebammen tätig sind (Statistisches Bundesamt 2016). Nach einer Gesetzesänderung von 2013 sind hier 480 Stunden praktische Ausbildung im außerklinischen Bereich vorgesehen, dies entspricht 16 % der praktischen Ausbildungsstunden. Demgegenüber wird in der Hebammenausbildung vor allem das Pflegepraktikum mit 320 Stunden als zu lange eingeschätzt. Diese Ansicht wird auch von Seiten der Studierenden geteilt, die in Evaluationsworkshops einstimmig die Länge des Pflegepraktikums bemängelten.

Ferner sollten die Fächervorgaben in diesem Teil der Ausbildungs- und Prüfungsordnung aktualisiert werden, wie am Beispiel der Ausbildung von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten gezeigt werden kann. Beispielsweise wurden mittlerweile die Facharztweiterbildung, die Lehrstühle und daher auch die klinischen Abteilungen für Unfallchirurgie und Orthopädie zusammengelegt. Dem entspricht die Ausbildungsverordnung für Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten nicht. Außerdem spezialisieren sich Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten unmittelbar nach ihrer Ausbildung, sodass es nach Ansicht der interviewten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler ausreichend ist, vorzuschreiben, dass internistisch-geriatrische, unfallchirurgisch-orthopädische sowie neurologische Praktika absolviert werden müssen, und dass konservativ und operativ versorgte Patientinnen in allen Versorgungssektoren behandelt werden sollten.

Regelungsbedarf besteht auch bei den Rahmenbedingungen der Praxisanleitung. Eine angemessene pädagogische und fachliche Qualifikation und die anteilige Freistellung für die Tätigkeit wären künftig unabhängig vom Ausbildungsort zu regeln. Dies könnte allerdings Schwierigkeiten aufwerfen, wenn die Ausbildung im ambulanten Bereich ausgebaut wird und sollte zunächst auf den stationären Bereich beschränkt werden.

In dem von der Hochschule Fulda durchgeführten Validierungsworkshop wurde zudem mit etwa 50 Expertinnen und Experten mit Hilfe der Methode „World Café“ diskutiert, ob ein Teil der fachpraktischen Simulationsübungen auf die praktische Ausbildung angerechnet werden könnte. Die Diskussionsteilnehmer vertraten dabei einheitlich die Meinung, dass Teile des fachpraktischen Unterrichts unbedingt auf die Praxiszeit angerechnet werden sollten, grundsätzlich aber Konsens besteht, dass Simulationsübungen den direkten Kontakt mit zu versorgendem Klientel nicht ersetzen können.

Die genannten Punkte entsprechen auch der Sicht der Studierenden. Grundsätzlich wird der Einsatz in unterschiedlichen Bereichen und Einrichtungen als sehr positiv bewertet, da dies eine breite Erfahrungsbasis schafft, ebenso wie die Verzahnung von Theorie und Praxis. Allerdings bemängeln die Studierenden, dass durch die Ausbildungs- und Prüfungsordnung zu lange Praxisphasen in zum Teil weniger praxisrelevanten Bereichen verbracht werden müssen und dass die Anleitung vor Ort, durch die fehlende Freistellung für Anleitungssituationen oder nicht hinreichende pädagogische Qualifizierung, nicht überall optimal ist. Zudem werden Studierenden in den Praxiseinsätzen zum Teil als günstige Arbeitskräfte und für Hilfsarbeiten eingesetzt und nicht als Lernende behandelt. Explizit wird zudem eine Auslandsmobilität im Praktikum gewünscht, um auch von Erfahrungen in anderen Ländern profitieren zu können.

Sind während der praktischen Ausbildung Unterschiede zwischen Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmern an der Hochschulen und Schülerinnen und Schülern an Fachschulen festgestellt worden? Wenn ja, welche? Welche Ursachen gibt es für die Unterschiede?

Als Unterschiede werden in Reflexionsveranstaltungen beschrieben, dass Studierende selbstständiger in der eigenständigen Organisation ihres Arbeitsprozesses und Recherche relevanter Informationen sowie der Mitgestaltung ihres Lernprozesses sind. Studierende erläutern ihr Handeln und erklären es theoretisch; sie bringen evidenzbasierte Inhalte ein und hinterfragen damit Routinen. Sie werden als klug und schnell in der Auffassung beschrieben und haben nach der Wahrnehmung der Praxis eine gute Beobachtungsgabe. Sie kommunizieren sorgfältig, gehen bedarfs- und bedürfnisorientiert vor und nehmen sich viel Zeit für Patientinnen und Patienten. Sie reflektieren ihre Rolle auch im Team und arbeiten mit anderen gut zusammen. Sie sind motiviert und interessiert und waren nach der Einarbeitungsphase eine gute Unterstützung. Auch die Praxisreflexionsbögen (vorliegend n= 20), mit denen die Praxiseinrichtungen den Studierenden nach ihrem Praxiseinsatz eine Rückmeldung über ihre Fachkompetenz, instrumentelle Kompetenz, systemische Kompetenz und kommunikative Kompetenz geben, sprechen dafür, dass den Studierenden in allen Kompetenzbereichen durchweg gute bis sehr gute Leistungen attestiert werden. Negativ wird bewertet, dass Studierende manchmal übermotiviert sind und alles in der ersten Woche lernen wollen, dass sie sich dadurch unter Umständen weniger gut ins Team einfügen und dass sie, aufgrund des praktischen Einsatzes schon zu einem frühen Zeitpunkt des Studiums, weniger gut direkt als Arbeitskräfte einsetzbar sind.

Letzteres erklärt sich aus der unterschiedlichen Form der Ausbildung. In der Hebammenausbildung erhalten die Schülerinnen beispielsweise einen 6 Wochen Block theoretische Einführung, die sie in die Lage versetzt, als Hilfspersonal auf allen möglichen Stationen zu arbeiten. Im Studium dagegen sind Theorie und Praxis synchronisiert; die Studierenden lernen während des praktischen Einsatzes kontinuierlich dazu. Im Studiengang Physiotherapie wurde aufgrund der Erfahrungen das Curriculum geändert; die Studierenden gehen erst im 2. Semester in die Praxis, nicht bereits während des ersten Semesters.

Die Studierenden selbst erkennen Unterschiede zwischen ihrem eigenen Handeln und dem von Schülerinnen und Schülern im Umgang mit Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten. Dabei empfinden Studierende ihre Arbeitsweise als evidenzbasiert, theoretisch fundiert und flexibler, während sie Schülerinnen und Schüler zum Teil als einseitig und festgefahren in Prinzipien und Techniken erleben. Allerdings bemerken auch die Studierenden einen eigenen Rückstand in der praktischen Einsatzfähigkeit am Anfang der Ausbildung, was auf den frühen Einsatz in der Praxis zurückzuführen ist. So sprechen sie den Schülerinnen und Schülern zu diesem Zeitpunkt mehr praktische Erfahrung und einen größeren Übungsfundus zu.

3.1.2.4 Fragen zur Verknüpfung der Ausbildung an der Hochschule mit der praktischen Ausbildung

Wie stellt die Hochschule eine Praxisbegleitung während der praktischen Ausbildung sicher

Die klinisch-praktische Ausbildung der Studierenden erfolgt in Verantwortung der Hochschule. Vertraglich festgelegt ist, dass bei jedem Praxiseinsatz eine praxisleitende Person zeitgleich anwesend ist und

mindestens 10 % des Praxiseinsatzes in Form von Praxisanleitung erfolgt. Dafür erhalten die Praxispartner/innen eine von der Höhe allerdings eher symbolische Aufwandsentschädigung pro Praxistag. Die Praxisanleiterinnen und -anleiter erhalten von der Hochschule einen Lehrauftrag ohne Vergütung und damit die Rechte von Hochschulangehörigen, incl. Zugang zur Bibliothek, Datenbanken und elektronischen Zeitschriften.

Für den Studiengang Hebammenkunde wurde ein Weiterbildungsangebot „Praxisanleitung für Hebammen sowie Pflegefachkräfte“ in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hebammenverband konzipiert und durchgeführt, das im ersten Durchlauf überwiegend von Hebammen besucht wurde, die anschließend als Praxisanleiterinnen in den Kooperationseinrichtungen tätig wurden. Nach erfolgreichem Abschluss der ersten Weiterbildungsgruppe im Jahr 2014 konnte ein weiterer Durchgang im Jahr 2015 allerdings nicht realisiert werden. Eine mögliche Erklärung dafür ist der akute Personalmangel in den Kliniken – zeitweise mussten Stationen von Kooperationseinrichtungen aufgrund des Hebammenmangels vorübergehend sogar geschlossen werden. Das Weiterbildungsangebot befindet sich derzeit in der Rekrutierungsphase für einen erneuten Beginn im Januar 2017. Die Weiterbildung wurde für den neuen Durchgang überarbeitet und durch E-Learning Module ergänzt, um die Teilnehmenden von der hohen Präsenzpflcht zu entlasten.

Im Studiengang Physiotherapie soll jede Praktikantin bzw. jeder Praktikant von einer Fachkraft der Hochschule – einer Praxisreferentin, der Studiengangsleitung oder einer Lehrkraft für besondere Aufgaben – einmal pro Woche in der Einrichtung betreut werden. Im Studiengang Hebammenkunde finden solche Besuche bei Bedarf und in den zentralen Handlungsfeldern statt, die auch Bestandteil des klinischen Examens sind. Darüber hinaus erfolgt nach jedem praktischen Einsatz ein individuelles Gespräch mit den Studierenden, in denen die Praxisaufgaben, Tätigkeitskataloge und kompetenzorientierte Bewertungsbögen gemeinsam gesichtet, diskutiert und in den Verlauf des Lernprozesses gestellt werden. Auf der Gruppenebene finden an der Hochschule vor und nach jeder Praxisphase sog. Praxisreflexionstage statt.

Die Unterschiede zwischen beiden Studiengängen ergeben sich aus den unterschiedlichen Arbeitsfeldern, der anderen Organisation der Praxiseinsätze und der unterschiedlichen Gesamtdauer der Praxisphasen. In beiden Studiengängen finden regelmäßig sog. ‚Runde Tische‘ mit den Praxisanleiterinnen und -anleitern statt.

Steht während der praktischen Ausbildung eine Praxisanleitung zur Verfügung? Über welche Qualifikation verfügen diese Personen?

Die Kooperationseinrichtungen stellen eine qualifizierte Anleitung durch entsprechend qualifizierte Fachkräfte sicher, dies ist von der Hochschule vertraglich abgesichert.

Als qualifizierte Fachkräfte gelten Personen, die eine einschlägige abgeschlossene Ausbildung oder einen für das Gebiet einschlägigen Studienabschluss vorweisen können und zusätzlich eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Mindestens ein abgeschlossenes einschlägiges Bachelorstudium und

- mindestens ein Jahr Erfahrung in Lehre oder Praktikumsbetreuung von Auszubildenden bzw. Studierenden der jeweiligen Fachrichtung oder
- besondere Fachkenntnisse, die sich durch mindestens zwei Jahre Berufserfahrung und einschlägiger Fortbildungen im Fachgebiet auszeichnen oder
- eine Weiterbildung als Praxisanleiterin bzw. Praxisanleiter

Da eine entsprechende Weiterbildung zur Praxisanleiterin oder zum Praxisanleiter in den Berufsgesetzen allerdings nicht vorgeschrieben ist, erfolgt eine Freistellung für diese Qualifizierung von den kooperierenden Kliniken nicht im hinreichenden Umfang. Auch eine Freistellung für die Tätigkeit der Praxisanleitung erfolgt in den Versorgungseinrichtungen nicht durchgängig, was sich negativ auf die Qualität der praktischen Ausbildung auswirkt.

3.1.3 Staatliche Prüfung

3.1.3.1 Wie wird die Prüfung an der Hochschule organisiert?

Da bei der Durchführung der staatlichen Prüfung die jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen (APrV) eingehalten werden müssen, ist die Prüfung an der Hochschule prinzipiell ähnlich aufgebaut wie an den Fachschulen des Gesundheitswesens. Es gibt grundsätzlich einen schriftlichen, einen mündlichen und einen praktischen Prüfungsteil. Die aufsichtsführende Behörde ist im Falle der Modellstudiengänge an der Hochschule Fulda das Regierungspräsidium Darmstadt.

Aufgrund der unterschiedlichen Vorgaben und Prüfungsinhalte für die Ausbildung in der Physiotherapie und Hebammenkunde gestaltet sich die Prüfungsdurchführung beider Studiengänge verschieden:

Im Studiengang Hebammenkunde erstreckt sich die staatliche Prüfung über ein gesamtes Semester. Dies ist vor allem dem großen organisatorischen Aufwand für die praktischen Prüfungen geschuldet, die in zwölf der Kooperationshäuser stattfinden. Für die erste Hebammenkohorte fand die praktische Examensprüfung im Zeitraum von November 2015 bis Februar 2016 statt. Die Prüfungsanteile Schwangenaufnahme, Pflegedemonstration und Fallbesprechung einer Wöchnerin werden jeweils von einer Fachprüferin der Hochschule und einem Mitglied des Prüfungsausschlusses aus dem jeweiligen Kooperationshaus durchgeführt. Die Examensgeburt wird in der Regel durch eine Prüferin der Hochschule und eine Prüferin bzw. einen Prüfer der Einrichtung abgenommen; grundsätzlich wäre dies auch von zwei Prüfenden der Einrichtung möglich. Eine gänzliche Übernahme der Examensgeburt durch Prüferinnen und Prüfer der Hochschule lässt das vorhandene Stellendeputat nicht zu (vgl. Abschnitt 3.1.3.3). Eine paritätische Begleitung der Examensgeburt durch hochschulinterne Prüferinnen und Prüfer ist aus Sicht der Hochschule wünschenswert, um auch hier eine ausreichende Theorie-Praxis-Verzahnung sowie eine reflektierte, evidenzbasierte Praxis zu gewährleisten. Bei der Durchführung der praktischen Prüfungen werden die zulässige Gesamtprüfungszeit sowie die Arbeitsschutzbestimmungen eingehalten. Der schriftliche Teil der staatlichen Prüfung findet im Anschluss an die praktischen Prüfungen Ende Februar in den Räumlichkeiten der Hochschule statt. An zwei Tagen werden die fünf Fächer Geburtshilfe, Anatomie und Physiologie, Krankheitslehre, Kinderheilkunde und Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde in Form von schriftlichen Aufsichtsarbeiten abgeprüft. Die Vorgaben der APrV, zum Beispiel zu zeitlichen Vorgaben oder Prüferinnen und Prüfern, werden eingehalten. Im März erfolgten die vier mündlichen

Prüfungen, die jeweils von drei Prüferinnen bzw. Prüfern der Hochschule als Tandemprüfung (es werden zwei Studierende zusammen geprüft) durchgeführt werden. Die in der APrV vorgesehene Demonstration der Fähigkeiten am geburtshilflichen Phantom ist Teil der mündlichen Prüfung Geburtshilfe. Die Möglichkeit der Wiederholung für nichtbestandene Prüfungen wird im darauf folgenden Sommersemester geboten.

Im Studiengang Physiotherapie erstreckt sich die staatliche Prüfung über einen Zeitraum von fünf Wochen regulär am Ende des Sommersemesters; Wiederholungsprüfungen werden im Wintersemester angeboten. Alle Prüfungen wurden von jeweils zwei Prüferinnen und Prüfern der Hochschule durchgeführt, die Vorgaben der APrV werden eingehalten. In der ersten Woche fanden an zwei Tagen die Klausuren in den vier Fächergruppen nach APrV statt. In der zweiten Woche folgten die mündlichen Prüfungen in Anatomie, Physiologie und spezieller Krankheitslehre, hier wurden die Studierenden jeweils zu zweit geprüft. Der praktische Teil der Prüfung nach § 14 Absatz 1 Satz 1 und 2 erfolgte in der dritten Prüfungswoche. Die Prüfungsanteile Bewegungserziehung, Krankengymnastische Behandlungstechniken, Massage-, Elektro- und Hydrotherapie wurden an einem Prüfungstag in Form von fünf verschiedenen Prüfungsstationen durchlaufen. Pro Prüfung sind je nach Prüfungsteil 10 bis 20 Minuten vorgesehen. Die ersten drei Prüfungswochen finden in Einrichtungen der Hochschule statt. In der fünften Woche finden abschließend an zwei Tagen die beiden praktischen Prüfungen am Patienten in einer Kooperationseinrichtung statt. Im ersten Durchlauf wurden alle Studierenden in der gleichen Praxiseinrichtung geprüft. Zwischen den Prüfungsabschnitten in der Hochschule und der praktischen Prüfung am Patienten bzw. der Patientin lag eine prüfungsfreie Woche, in der die Studierenden bereits in der Praxiseinrichtung sind und sich auf die Prüfung vorbereiten können. Dies ist auch der Grund, weshalb die Reihenfolge der Prüfungsabschnitte mit Genehmigung des Regierungspräsidiums geändert wurde und die praktische Prüfung als letztes stattfand. Für das kommende Prüfungsjahr wird der Prüfungsablauf leicht modifiziert, indem der Prüfungszeitraum auf sechs Wochen verlängert wird und die mündlichen Prüfungen ans Ende gerückt werden. So kann die Prüfungsbelastung für die Studierenden etwas entzerrt werden.

Für die Organisation der staatlichen Prüfung im laufenden Semester muss ein erheblicher organisatorischer Aufwand betrieben werden, da große Abweichungen zu den Routinen der Prüfungsorganisation an Hochschulen bestehen. Um einen möglichst reibungslosen Prüfungsablauf zu gewährleisten, beginnt die Prüfungsvorbereitung im Studiengang Hebammenkunde beispielsweise bereits im Mai und erstreckt sich damit, da die staatliche Prüfung bis März andauert, nahezu über das gesamte Jahr. Vor allem für den Nachweis aller Fehlstunden zur Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen und für die Einhaltung aller formalen Anforderungen ist in den Studiengängen nach Modellklausel die Stelle der Studiengangskoordinatorin erforderlich. Darüber hinaus waren in jedem Studiengang mehrere Personen in die Planung der staatlichen Prüfung eingebunden, unter anderem die Praxisreferentinnen und die jeweilige Studiengangsleitung sowie die zuständigen Personen im Studienbüro.

3.1.3.2 Welche Auswirkung hat die Ansiedelung der Ausbildung an der Hochschule auf die Zusammensetzung der Prüfungskommission?

Da Abweichungen von den Regelungen der APrV bezüglich der Prüfungskommission rechtlich nicht möglich sind, werden die Vorgaben über die Zusammensetzung des Prüfungsausschusses nach § 3 PhysTh-APrV bzw. HebAPrV eingehalten.

Zusätzlich zu den Vorgaben der APrV ist die jeweilige Berufsgruppe bei der staatlichen Prüfung an der Hochschule professoral vertreten. Die Prüfungskommission an der Hochschule ist durch die Kooperation mit vielen Kliniken sehr umfangreich, da alle fachlich qualifizierten Personen, die im Zweifelsfall als Prüferinnen in der Praxis eingesetzt werden könnten, als Fachprüferinnen gemeldet werden müssen. So umfasste die Prüfungskommission im Studiengang Hebammenkunde 2015/16 161 Personen.

3.1.3.3 Sind bei den Hochschulen besondere Schwierigkeiten mit der Umsetzung der Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zur Staatlichen Prüfung aufgetreten? Wenn ja, welche?

Probleme und Schwierigkeiten ergeben sich vor allem aus den erheblichen Abweichungen zwischen hochschulischen Regelungen und Regelungen im Rahmen der staatlichen Prüfung, zum Beispiel in der Dokumentation und Aufbewahrung relevanter Unterlagen, bei der Notenvergabe und im Modus der Wiederholung von Prüfungen. Prüfungen an der Hochschule können beispielsweise grundsätzlich zweimal wiederholt werden (Ausnahme Abschlussarbeiten und ggf. bei Betrugsversuch), während die Anteile der staatlichen Prüfung nach der APrV nur einmal wiederholt werden können.

Schwierigkeiten entstehen weiterhin dadurch, dass sich der Prüfungszeitraum für die staatliche Prüfung der Hebammen aus organisatorischen Gründen über 6 Monate erstrecken muss, u. a. da die Reihenfolge der Prüfungen festgelegt ist. Zum Zeitpunkt der Anmeldung zur Prüfung können damit die Ausbildungszeiten noch nicht erbracht sein. Durch die vorgegebene Reihenfolge findet ein Teil der Prüfungen zudem außerhalb von Veranstaltungs- und Prüfungszeiten der Hochschule statt, was mit zusätzlichen organisatorischen Schwierigkeiten verbunden ist.

Ein zentrales Problem besteht darin, dass der mit der Abnahme von Prüfungen verbundene zeitliche Aufwand für die Prüferinnen und Prüfer nicht vergütet werden kann: Für den praktischen Teil der staatlichen Hebammenprüfung sind pro Prüfling etwa 8 Stunden reine Prüfungszeit zu veranschlagen, diese können auf zwei Tage verteilt werden. Die Kooperationshäuser sind durchschnittlich in einer Stunde mit dem PKW von der Hochschule aus zu erreichen. Zwei der 4 Prüfungsteile erfolgen zusammen, insgesamt drei Teile sind zeitlich planbar. Mit Vor- und Nachbereitung der Prüfung entsteht pro Prüfling ein Zeitaufwand von 18 Stunden, bei 30 Prüflingen sind dies 540 Stunden, also knapp 30 % der Jahresarbeitszeit einer Vollzeitstelle. Dieser Arbeitsaufwand wird innerhalb von 9-10 Wochen (in einem Zeitraum von 16 Wochen) erbracht. Faktisch sind in diesen Wochen 1,2 Vollzeitstellen ausschließlich mit der Durchführung der Prüfung beschäftigt – ohne deren Organisation. Die Durchführung der Examensgeburt ist zudem zeitlich nicht planbar. Dies erfordert Rufbereitschaft für die Prüferinnen in den Prüfungswochen. Regelungen zur Vergütung bzw. dem Freizeitausgleich der Rufbereitschaft gibt es an Hochschulen bislang allerdings nicht. Ähnliche Anforderungen bestehen im Studiengang Physiothera-

pie, allerdings planbarer, ohne die Notwendigkeit von Rufbereitschaft, in geringerem Umfang pro Prüfung und in einem Haus.

Auf eine Anfrage der Hochschule Fulda beim Hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kunst (HMWK), wie diese Arbeitszeit für die praktische staatliche Prüfung in der Berechnung des Curricular-Normwerts (CNW) berücksichtigt werden kann, lautete die Antwort des Ministeriums, eine Berücksichtigung sei nicht möglich: Entweder seien die vermeintlichen zusätzlichen Prüfungen Teil des Studiums bzw. werden auf dieses (z. B. als Modulprüfungen) anerkannt – dann fände die Berücksichtigung über das Curriculum statt und wäre somit im CNW enthalten, oder es seien wirklich "zusätzliche" Prüfungen unter der Ägide der zuständigen Behörde, konkret des Regierungspräsidiums Darmstadt, dann wären sie nicht Teil des Bachelorstudiums, sondern eine für Dritte erbrachte Auftragsleistung, sodass eine Berücksichtigung allenfalls auf anderem Wege in Frage käme. Das HMWK schlug in einer ersten Stellungnahme dafür eine Deputatsreduktion oder eine Kostenerstattung vor. In einer zweiten Stellungnahme erfolgte jedoch die Konkretisierung, dass eine solche Tätigkeit nicht zu den Dienstaufgaben der Lehrkraft gehören dürfte, da diese erst durch das Regierungspräsidium in den Prüfungsausschuss zu berufen wären und entsprechend davon auszugehen sei, dass diese Tätigkeit zusätzlich vergütet wird und deshalb eine Nebentätigkeit darstellt. Eine Berücksichtigung sei entsprechend weder im CNW noch im Lehrdeputat möglich. Eine Aufwandsentschädigung oder Vergütung der Prüfer/innen durch das Regierungspräsidium ist allerdings nicht vorgesehen, der Tatbestand der Nebentätigkeit ist nicht gegeben. Faktisch wird der zusätzliche Aufwand daher nicht vergütet und führt zu nicht zumutbarer Arbeitsverdichtung.

Auch Regelungen der APrV bei der Zulassung zur staatlichen Prüfung sind mit hochschulischen Abläufen wenig kompatibel. Die Studierenden dürfen die in der APrV vorgegebene Fehlzeit von 12 Wochen für die gesamte Ausbildung nicht überschreiten; die Anwesenheit muss zu diesem Zwecke protokolliert werden. Eine derartige Anwesenheitspflicht und -kontrolle besteht für Veranstaltungen an Hochschulen in der Regel nicht oder es gibt Kompensationsmöglichkeiten für Fehlzeiten, zum Beispiel über Ersatzleistungen.

Wie im Abschnitt 3.1.3.1 beschrieben, ist der organisatorische Aufwand, der zur Umsetzung und Einhaltung der APrV betrieben werden muss, insgesamt groß und bindet sehr viele zeitliche und personelle Ressourcen. Anders als an den Fachschulen des Gesundheitswesens müssen an der Hochschule zusätzlich die hochschulischen Prüfungen organisiert, vor- und nachbereitet werden. Nicht nur die Studierenden müssen somit eine doppelte Prüfungslast bewältigen, sondern auch die organisierenden Strukturen und Mitarbeitenden der Hochschule.

Unter anderem daraus resultiert die deutliche Forderung, zumindest einen Teil der Modulprüfungen auf die staatliche Prüfung anrechnen zu können und dadurch die schriftliche und mündliche sowie Teile der praktischen Prüfung zu ersetzen. Konkret wurde im World Café des Validierungsworkshops folgender Vorschlag unterbreitet: 1) Die Modulprüfungen der Module, die explizit zur Ausbildung gehören, werden auf die staatliche Prüfung angerechnet. Dies kann die Abschlussarbeit des Studiengangs ggf. einbeziehen (was aber nach dem jetzigen Studienmodell nicht möglich wäre). 2) Die Praxisanleiter/innen schreiben Gutachten zu den praktischen Fähigkeiten, die insbesondere auf die Kompetenzbereiche eingehen sollte, die unmittelbar an der Klientel unter Beweis gestellt werden müssen. 3) Der praktische Teil der staatlichen Prüfung wird auf Simulationssituationen reduziert (vgl. 3.1.3.6).

3.1.3.4 Waren im Hinblick auf bestehende Abweichungsmöglichkeiten im theoretischen und praktischen Unterricht Probleme mit der Umsetzung der Prüfungsvorschriften erkennbar? Wenn ja, welche?

Die schriftlichen und mündlichen Prüfungen des staatlichen Examens sind redundant, da die Inhalte bereits in Modulprüfungen abgeprüft wurden. Allerdings ergibt sich die Schwierigkeit, dass im Examen eine Fächerzuordnung vorgenommen werden muss, die im Rahmen der bisherigen Prüfungen und auch in der Lehre nicht vorkommt. Die Studierenden, die adäquat ausgebildet sind, sich Wissen zu klinischen bzw. therapeutischen Fragen anzueignen und Problemlösungsstrategien zu entwickeln, müssen hier überwiegend nach Fachlogik sortiertes Faktenwissen zeigen; die Kompetenzen der Studierenden werden damit nicht adäquat zu den Berufsanforderungen abgeprüft. Auch die Studierenden melden im Rahmen der Evaluation zur staatlichen Prüfung zurück, dass ihnen der Stofftransfer von modular, in Handlungszusammenhängen gelehrt Inhalten zu fachstrukturiertem Faktenwissen schwerfiel, ihnen diese Struktur fremd ist und wenig sinnvoll erscheint. Zu dem ohnehin sehr hohen Workload und der doppelten Prüfungsbelastung ist dies eine zusätzliche Erschwernis für die Studierenden.

Für den Studiengang Physiotherapie kommt hinzu, dass in der staatlichen Prüfung explizit Fächer geprüft werden, die im therapeutischen Alltag eine untergeordnete Rolle spielen. Dies betrifft insbesondere die Physikalische Therapie (Hydro- und Elektrotherapie). Die Studierenden haben kaum Gelegenheit, diese an der Patientin oder am Patienten anzuwenden und zu üben, da es fast keine diesbezüglichen ärztlichen Verordnungen gibt und auch in den Kooperationseinrichtungen wenig Möglichkeit besteht, diese Techniken zu üben. Aus diesen Gründen wurde eine der Relevanz und Evidenz angepasste Reduzierung der Stundenzahl in Physikalischer Therapie vorgenommen. Die Studierenden verfügen in diesem Bereich überwiegend „nur“ über Grundlagenwissen. Es ist schwierig, für die Prüfung entsprechend viele Fragen und Aufgaben zu generieren, die relevante Anwendungsbereiche abbilden. Die geringe Relevanz der Fächergruppe rechtfertigt aus Sicht der Hochschule keinen Prüfungsschwerpunkt.

3.1.3.5 Enthalten die hochschulischen Ausbildungen Inhalte und Kompetenzen, die über die Regelungen der staatlichen Prüfung hinaus geprüft werden sollten oder wurden?

Ja. Die zusätzlichen Inhalte und Kompetenzen der hochschulischen Ausbildung werden im Abschnitt 3.1.2.2; S. 19 f. beschrieben. Alle vermittelten Kompetenzen werden im Rahmen von Modulprüfungen geprüft, auch solche, die über die Ausbildungs- und Prüfungsordnung hinausgehen.

3.1.3.6 Wie werden die Regelungen zur staatlichen Prüfung bei Ausbildungen an Hochschulen und im Vergleich zur fachschulischen Ausbildung grundsätzlich bewertet?

Die staatlichen Prüfungen müssen aufgrund der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung an Hochschulen und an Fachschulen weitestgehend identisch durchgeführt werden. Die Art des Prüfungsverfahrens – fächerbezogen statt kompetenzorientiert und fallbezogen – wird von den Interviewpartnerinnen und -partnern durchgängig als nicht mehr den Anforderungen moderner Berufspädagogik entsprechend

bezeichnet und sollte sowohl an Fachschulen als auch an Hochschulen grundsätzlich geändert werden. Dies schließt die Zulassung moderner alternativer Prüfungsformen, wie zum Beispiel von sog. OSCE-Prüfungen (Objective Structured Clinical Examination) ein, die bereits international und zum Teil auch schon an deutschen Schulen in der Qualifikation von Gesundheitsberufen genutzt werden (Fritz 2010). Teile der praktischen Prüfungen könnten nach Ansicht der befragten Expertinnen und Experten auf diesem Wege kompetenz- und handlungsorientiert durchgeführt werden.

An Hochschulen werden in schriftlichen, mündlichen und praktischen Modulabschlussprüfungen Kompetenzen abgeprüft – nicht ausschließlich Wissen. Kompetenzen enthalten u. a. die Anwendung des Wissens, Entscheidungen zu treffen und an Laien wie Expert/innen zu kommunizieren sowie Schlussfolgerungen für eigene Lernprozesse daraus zu ziehen. Diese Modulprüfungen könnten wesentliche Teile der staatlichen Prüfung ersetzen, um eine doppelte Prüfungsbelastung der Studierenden zu vermeiden. Dieses Vorgehen ist an Hochschulen in Nordrhein-Westfalen von der zuständigen Behörde bereits akzeptiert und erprobt und sollte als Option für alle Studiengänge nach Modellklausel bedacht werden, vor allem, wenn es um die schriftlichen und mündlichen Prüfungsanteile geht.

Weitergehend könnten jedoch auch die klinisch-praktischen Prüfungssituationen an Patientinnen und Patienten bzw. an schwangeren Frauen durch andere Prüfungsformen ersetzt werden. Beispielsweise könnten im Studiengang Hebammenkunde die praktischen Prüfungsteile „Aufnahme einer Schwangeren“, „Durchführung eines Wochenbettbesuchs“ und "Erstversorgung eines Neugeborenen" ebenfalls als OSCE-Prüfungen durchgeführt werden und damit Bestandteile von Modulprüfungen sein. Die Hebammenschule Hannover arbeitet modellhaft mit Simulationsprüfungen in Teilen der praktischen Prüfung. Das hat inhaltliche und auch ethische Vorteile. Gleiches gilt grundsätzlich auch für eine geburtshilfliche Simulationsprüfung alternativ zur "Examensgeburt" in der Klinik. OSCE-Prüfungen ermöglichen eine objektive, standardisierte, handlungsorientierte und gezielte Kompetenzabfrage. Auch die organisatorischen Vorteile dieser Prüfungsformen sind nicht zu vernachlässigen. So wurde in dem von der Hochschule Fulda durchgeführten Expertenworkshop diskutiert, ob eine Durchführung der praktischen Prüfung „am Menschen“ zukünftig personell überhaupt noch leistbar ist (siehe 3.1.3.3; S. 32 f.).

Grundsätzlich wird eine einheitliche, verbindliche Prüfung (staatliches Examen), unter Berücksichtigung bundesweit einheitlicher und verpflichtender Prüfungsstandards, aufgrund der Verantwortungsübernahme in der Versorgungspraxis und der potentiellen Mobilität der Absolventinnen und Absolventen als notwendig erachtet. Allerdings sollten die schriftlichen und mündlichen Prüfungen weitgehend kumulativ über Modulprüfungen in der Autonomie der Hochschule erbracht werden können. In der praktischen Prüfung sollte eine Begutachtung über einen Zeitraum der klinischen Tätigkeit erfolgen. Unter diesen Voraussetzungen könnte sich die abschließende praktische Prüfung auf eine Simulationsprüfung beschränken. Dies würde auch aus ethischen Gründen begrüßt, um nicht z. B. werdende Eltern dem Stress einer Prüfungssituation aussetzen zu müssen.

Für eine stärkere Autonomie der Hochschulen in der Prüfungsdurchführung spricht, dass Hochschulen im Vergleich zu den Fachschulen klaren Qualitätskontrollen und -kriterien unterliegen, die u. a. in Form von Akkreditierungsverfahren wirksam werden. Allerdings hat die staatliche Prüfung einen anderen Charakter als die Hochschulprüfung.

In anderen Studienfächern wie beispielsweise der Medizin gibt es langjährige Erfahrungen, wie Staats-examen und Hochschulausbildung besser kombiniert werden können. Allerdings ist auch hier das Problem ungelöst, dass die staatliche Prüfung unter Bundes- bzw. Landeshoheit steht und damit nicht gleichzeitig ein akademischer Grad (Bachelor oder Master) vergeben werden kann. In der Lehrerausbildung wird in einigen Bundesländern deshalb die gestufte Hochschulausbildung das erste Staatsexamen ersetzen. In den geregelten Berufen des Gesundheitswesens wird es weiterhin beider Abschlüsse bedürfen, allerdings wäre eine „Entschlackung“ der staatlichen Prüfung bei Anrechnung der Hochschulprüfungen deutlich zu bevorzugen.

3.1.4 Ausbildungskosten

3.1.4.1 Welche finanziellen Auswirkungen hat die Hochschulausbildung auf die Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer? Welche Kosten entstehen ihnen?

Die finanziellen Auswirkungen der Hochschulausbildung für die Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer können in Kosten für die Ausbildung und die Finanzierung des Lebensunterhaltes unterteilt werden.

Kosten für den Lebensunterhalt

Studierende finanzieren ihren Lebensunterhalt überwiegend über Zuwendung durch die Eltern oder BAföG und über Nebentätigkeiten während ihres Studiums bzw. in der vorlesungsfreien Zeit. So geben nach einer deutschlandweiten Umfrage an 62 Hochschulen 66,7 % der befragten Studierenden an, während der Vorlesungszeit zu arbeiten. In den Semesterferien liegt der Anteil der arbeitenden Studierenden sogar bei 77,4 %. Fast die Hälfte der Studierenden (47,9 %) arbeiten dabei in der vorlesungsfreien Zeit mehr als 10 Stunden pro Woche. Während des Semesters kommen 25,4 % der Befragten auf eine Wochenarbeitszeit von mehr als 10 Stunden parallel zum Studium (Univativ 2013). Wird die Nebentätigkeit der Studierenden mit dem durchschnittlichen Workload eines Bachelorstudiums von 1.800 Stunden pro Jahr (30 Leistungspunkte pro Semester) verrechnet, so kommen Studierende auf eine Gesamt-arbeitszeit von etwa 2.260 Stunden pro Jahr.

In den ausbildungsintegrierenden Studiengängen Hebammenkunde und Physiotherapie werden aufgrund der Höhe der geforderten Praxiszeiten, die nur teilweise auf das Studium angerechnet werden können, pro Jahr bereits durchschnittlich 2.258 (Hebammenkunde) bzw. 2.100 (Physiotherapie) Stunden Gesamtworkload erwartet, die sich in den Kernphasen der Ausbildung verdichten. Damit ist es den Studierenden nicht mehr möglich, einen finanziellen Beitrag zum Lebensunterhalt durch Nebentätigkeit erwirtschaften ohne ihren studentischen Workload zu vernachlässigen oder ihre Gesundheit zu riskieren. Dies schätzen bereits Studienanfängerinnen und -anfänger halbwegs realistisch ein, wie Ergebnisse der Erstsemesterbefragung an der Hochschule Fulda im Wintersemester 2015/16 bestätigen. Demnach können sich nur rund 25 % der Studierenden der Physiotherapie und der Hebammenkunde vorstellen, neben dem Studium zu arbeiten. Der Anteil derer, die – aus finanziellen Gründen – eigentlich mehr als 10 Stunden pro Woche arbeiten möchten, liegt dennoch immer noch bei etwa 9 %. Auch bei Befragungen zur Nebentätigkeit in höheren Fachsemestern ergibt sich ein ähnliches Bild. Etwa 50 % der Studie-

renden in den Modellstudiengängen arbeitet demnach während der Vorlesungszeit, allerdings leisten 88 % der arbeitenden Studierenden nur wenige wöchentliche Arbeitsstunden (zwischen 1 und 6 Std./Woche) ab. Einige Studierende gaben an, dass sie für ein Semester einer Nebentätigkeit nachgegangen sind, diese aber aufgrund der Unvereinbarkeit mit dem Studium wieder aufgeben mussten.

Für Auszubildende stellt sich die Situation demgegenüber sehr unterschiedlich dar: Während Hebammenschülerinnen in Hessen eine Ausbildungsvergütung von etwa 893,- € bis 1.138,- € (je nach Ausbildungsort und Ausbildungsjahr) erhalten, trifft dies für Auszubildende in der Physiotherapie nicht zu. Die Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer im Bereich Physiotherapie können ggf. Schüler-BAföG beantragen, das derzeit bei einer Höhe von 216,- € bis 538,- € liegt. Die BAföG-Sätze für Studierende liegen zwischen 420,- € und 670,- € je nach individuellen Voraussetzungen der Studierenden (BMBF 2016c).

Kosten für die Ausbildung

An der Hochschule entstehen für die Studierenden die ortsüblichen Semestergebühren incl. Semesterticket, die an der Hochschule Fulda derzeit bei 284,43 € pro Semester liegen (Stand WS 15/16). Für die gesamte Ausbildung fallen daher insgesamt 1.991,01 € bzw. 2.275,44 € an, wenn das Studium in der Regelstudienzeit abgeschlossen wird. Kosten für das Semesterticket, welches in ganz Hessen gilt, sind hier bereits enthalten.

Auszubildenden an Hebammenschulen entstehen keine Kosten für die Ausbildung; Auszubildende in der Physiotherapie müssen dahingegen in der Regel höhere Kosten tragen als Studierende. In Hessen gibt es derzeit 14 Physiotherapieschulen, davon sind lediglich vier Schulen schulgeldfrei. Das Schulgeld liegt in den hessischen Schulen bei durchschnittlich 340,- € pro Monat (zwischen 125,- € und 450,- €) (ZVK 2016). Daraus ergeben sich für eine Physiotherapieausbildung Kosten von durchschnittlich 12.240,- €, die von den Auszubildenden privat getragen werden müssen. Die Chancengleichheit beim Zugang zur Physiotherapieausbildung wird durch diesen hohen Kostenfaktor für finanziell benachteiligte Berufsinteressierte erschwert.

Sowohl im Studium als auch in der Ausbildung können zusätzlich Kosten für Literatur und Arbeitskleidung entstehen. Insbesondere den Studierenden der Hebammenkunde, in geringerem Umfang Studierenden der Physiotherapie, entstehen teilweise Kosten für Übernachtungen bei Praxiseinsätzen. Auch an den Fachschulen des Gesundheitswesens fallen zum Teil weitere Kosten an. So weisen sieben der 14 Physiotherapieschulen in Hessen über ihren Internetauftritt auf Aufnahme-, Bearbeitungs- oder Prüfungsgebühren von bis zu 550,- € hin, die zusätzlich zur monatlichen Schulgebühr über die Ausbildung verteilt anfallen.

Ein weiterer Kostenfaktor, der zugleich Beispiel für die mangelnde Passung der praktischen Ausbildung zu hochschulischen Strukturen ist, ist die Berufshaftpflichtversicherung für Studierende im Studiengang Hebammenkunde. Aufgrund der hohen Summen, die durch Schäden während der Geburt entstehen, ist die Höhe der Berufshaftpflichtversicherung bei Hebammen seit einigen Jahren ein ungelöstes Problem. Vom Berufsverband der Hebammen wird für Versicherungen eine Deckungssumme von 6 Mio. € für notwendig befunden; diese Empfehlung gilt sowohl für examinierte Hebammen als auch für Studierende und Auszubildende. Die allgemeine Haftpflichtversicherung für Studierende der Hochschule Fulda

über das Studentenwerk Gießen liegt deutlich darunter, bei einer Deckungssumme von 512.000,- € für Personen- und 154.000,- € für Sachschäden je Schadensereignis.

Die Haftpflichtversicherung wird normalerweise von den Praxisbetrieben auch für Schülerinnen und Schüler sowie Studierende im Praktikum übernommen, bzw. sie sind über die betriebliche Haftpflichtversicherung mitversichert. Diese Mitversicherung ist allerdings nicht in allen Kooperationseinrichtungen gegeben, da einige Kooperationshäuser grundsätzlich keine Haftpflichtversicherung haben und im Schadensfall direkt für Ihre Angestellten aufkommen. Diese Regelung gilt allerdings nicht für die Studierenden, da diese in keinem Angestelltenverhältnis stehen. Zudem gibt es Praxisbetriebe, in denen die Versicherer eine Mitversicherung der Studierenden ablehnen. Probleme treten außerdem in Häusern auf, die als Beleghäuser geführt werden. In diesen Häusern müssten die Studierenden über die Haftpflichtversicherungen der Beleghebammen mitversorgt werden. Diese Situation, mit den damit verbundenen zusätzlichen Risiken, ist allerdings für die Beleghebammen, die ohnehin stark belastet sind, nicht tragbar. Da die Hochschule ohne die betroffenen Einrichtungen nicht genügend Praktikumsplätze zur Verfügung stellen könnte, sind die Praktikumsplätze in Einrichtungen mit der Haftpflichtproblematik aktuell unverzichtbar.

Der Berufsverband der Hebammen bietet eine Berufshaftpflichtversicherung für Auszubildende an, über die sich die Studierenden für derzeit 217,44 € pro Jahr persönlich versichern können. Voraussetzung dafür ist die Vereinsmitgliedschaft im Berufsverband, die für die Studierenden jährlich 13,- € kostet. Die Hochschule kann diese anfallenden Zusatzkosten nicht decken, da derartige Ausgaben an keiner Stelle der Hochschulfinanzierung vorgesehen sind und somit nicht aus Landesmitteln finanziert werden dürfen. Um eine ungleiche Situation für Studierende zu verhindern und diese nicht zusätzlich zu belasten, werden aktuell für die Abdeckung der zusätzlichen Haftpflichtversicherung Kosten von geschätzt 1.000,- € pro Jahr über Spenden gedeckt. Dies stellt aber keine dauerhaft tragfähige Lösung dar.

3.1.4.2 Welche finanziellen Auswirkungen hat die Hochschulausbildung auf die Hochschulen? Entstehen zusätzliche Kosten? Wenn ja, welche und wie hoch sind diese?

Die Kostenrechnung an der Hochschule Fulda ist nicht darauf ausgerichtet, einzelnen Studiengängen sämtliche Personal- und Sachkosten exakt zuzuweisen. Die folgenden Zahlen beruhen daher teilweise auf Schätzungen und Annahmen.

Kosten, die im üblichen Rahmen der Finanzierung von Studiengängen an Hochschulen abgedeckt sind, sind insbesondere Personalkosten für die Lehre. Der Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda erhält bei einer Vollausslastung der Studiengänge mit 30 Studierenden pro Kohorte im Studiengang Hebammenkunde und 35 Studierenden im Studiengang Physiotherapie gemäß interner Mittelverteilung derzeit rund 900.000 € pro Jahr für die Finanzierung der Personalkosten und die Ausstattung der beiden Studiengänge. Davon sind Personalkosten für 270 Semesterwochenstunden (SWS) Lehre sowie Praxisreferat und Studiengangskoordination abzudecken. Auch die Investitionskosten für die SkillsLabs sind weitgehend aus diesen Mitteln zu finanzieren. Aus Fachbereichssicht ist die Finanzierung der Modell-Studiengänge allerdings defizitär. Differenzbeträge müssen aus dem Gesamt-Etat des Fachbereichs ausgeglichen werden.

Entsprechend der internen Vorgaben wird die Lehre anteilmäßig wie folgt verteilt:

- 143 SWS professorale Lehre, entsprechend 370.000,- €
- 60 SWS Lehrkräfte für besondere Aufgaben, entsprechend 90.000,- €
- 67 SWS Lehraufträge, entsprechend 48.000,- € (Sachmittel)
- Hilfskraftmittel für 636 Stunden tutoriell begleitetes Selbststudium im Studiengang Hebammenkunde und 756 Stunden im Studiengang Physiotherapie, zusammen ca. 50.000,- € jährlich.

Diese Personalkosten in Höhe von 558.000,- € für die reine Lehrleistung entstehen für zusammen 65 Studienplätze in der gesamten Studiendauer oder für alle Kohorten im Jahresschnitt. Ein Studierender nimmt entsprechend in seiner Studienzeit für rund 8.500,- € Lehrleistung in Anspruch. Zu ergänzend ist eine Aufwandsentschädigung von 2,50 € pro Studierenden und Tag, der an die kooperierenden Praxis-einrichtungen ausbezahlt wird. Im Studiengang Hebammenkunde sind dies 970,- € pro Studierender, im Studiengang Physiotherapie 500,- €.

Wie im Abschnitt 3.1.3.3 bereits erwähnt, würden für die Durchführung des staatlichen Examens eigentlich weitere Kosten entstehen, die hier noch zu ergänzen wären, in der Finanzierung der Hochschul-ausbildung aber nicht darstellbar sind.

Außerdem sind jährlich folgende weitere Personalkosten zu veranschlagen:

- 0,5 Stelle Studiengangskoordination, entsprechend 32.000,- €
- 3 Stellen Praxisreferat, entsprechend ca. 210.000,- €
- 2 Stellen Betreuung Skills-Labs, entsprechend ca. 140.000,- €
- anteilig fachbereichsinterne Verwaltungs- und Geschäftskosten (u. a. Sekretariat, Technikbe-treuung, Ausstattung, Dienstreisen), entsprechend ca. 50.000,- €

Diese Kosten von 432.000,- € sind auf alle eingeschriebenen Studierenden für ihre Studiendauer zu ver-teilen. Bei einer Jahrgangsbreite von zusammen 65 Studierenden sind damit pro Ausbildungsplatz wei-tere 6.646,- € zu veranschlagen.

Hinzu kommen im bisher betrachteten Zeitraum einmalige Ausgaben in Form von Investitionsmitteln in Höhe von ca. 200.000,- €, die für den Aufbau der Skills-Labs benutzt wurden und Mittel in Höhe von ca. 140.000,- € aus dem Studienstrukturprogramm, die personalgebunden für die Konzeption und den Auf-bau der Studiengänge benutzt wurden. Weitere 85.000,- € Investitionsmittel für den Umbau eines phy-siotherapeutischen SkillsLabs sind in Planung. Zur Kostenberechnung wird hier angenommen, dass sol-che Investitionen etwa alle 10 Jahre notwendig sind, aber Verbrauchsmaterial kontinuierlich zu ersetzen ist. Es werden damit pro Jahr 45.000,- € Investitionskosten veranschlagt, rund 700,- € pro Studienplatz.

Ergänzend stehen Mittel zur Verbesserung der Qualität von Studium und Lehre zur Verfügung, die nur zweckgebunden unter Mitbestimmung der Studierenden ausgegeben werden können. In den Jahren 2015/16 wurden daraus beispielsweise ca. 10.000,- € für die Erstausrüstung mit spezifischer Literatur und einem Zugang zu spezifischen Datenbanken (MIDIRS) für beide Themenbereiche finanziert, außer-

dem rund 16.000,- € Personalmittel zur Unterstützung der fachpraktischen Ausbildung im SkillsLab Hebammenkunde. Dies wären weitere 400,- € pro Studienplatz.

Pro Studienplatz sind damit bei Vollausslastung Kosten von 17.058,- € zu veranschlagen. Die Unterschiede zwischen den beiden Studiengängen sind dabei weitgehend vernachlässigbar.

Tabelle 1 Kostenkalkulation für die Modellstudiengänge Physiotherapie und Hebammenkunde an der Hochschule Fulda

(ohne Raumkosten und Kosten für die Durchführung des staatlichen Exams)

Kostenart	Jährliche Kosten für beide Studiengänge bei Vollausslastung	Kosten pro Studienplatz über die gesamte Ausbildungsdauer
Personalkosten für die Lehre		
Professorale Lehre	370.000,- €	5.690,- €
Lehre durch Lehrkräfte für besondere Aufgaben	90.000,- €	1.385,- €
Lehraufträge	48.000,- €	738,- €
Tutoruell begleitetes Selbststudium: Tutor/innen	50.000,- €	769,- €
Aufwandsentschädigung Praxiseinrichtungen	47.800,- €	PT: 500,- € HEK: 970,- € Schnitt: 735,- €
Summe Lehrpersonal	605.800,- €	9.320,- €
Weitere Personalkosten		
Studiengangskoordination	32.000,- €	492,- €
Praxisreferat	210.000,- €	3.231,- €
Betreuung Skills-Lab	140.000,- €	2.154,- €
Verwaltungs- und Geschäftskosten	50.000,- €	769,- €
Summe weiteres Personal	432.000,- €	6.646,- €
Lehr- Lernmittel		
Auf- und Umbau, Instandhaltung, Ausstattung der Skills-Labs	45.000,- €	692,- €
Mittel zur Verbesserung der Qualität von Studium und Lehre	26.000,- €	400,- €
Summe Lehr-Lernmittel	71.000,- €	1.092,- €
Zwischensumme	1.108.800,- €	17.058,- €
Ausgleich Studienabbruch*		18.793,- €
Overheadkosten Hochschulverwaltung (35 %)	388.080,- €	6.578,- €
Gesamtkosten (ohne Raumkosten, Durchführung der staatlichen Prüfung)	1.496.880,- €	25.371,- €

* Die Jahrgangsbreite kann nicht real erreicht werden, da es Studienabbrüche gibt. Es wird mit einer Quote unter 10 % gerechnet, die derzeit realistisch erscheint.

Allerdings ist es nicht realistisch, die Ausbildungskapazität von 65 Studierenden über die gesamte Laufzeit der Ausbildung auch zu füllen. Zwar muss zu Beginn der Ausbildung die Infrastruktur bereitgestellt werden, um alle Ansprüche Studierender erfüllen zu können. Real muss aber auch mit Studienabbrüchen kalkuliert werden. Deswegen liegen die realen Kosten pro Studienplatz höher. Bei der derzeit erreichten und auch künftig realistischen Abbruchquote von etwa 9 % sind entsprechend Kosten von 18.793,- € zu veranschlagen. Hinzuzurechnen ist ein Overhead für allgemeine Verwaltungskosten der Hochschule von 6.578,- € (siehe Tabelle 1).

Kosten für die Errichtung der erforderlichen Räume und teils ihrer Ausstattung (soweit nicht spezielle Fachräume) sind hier nicht kalkuliert, ebenso wie die Kosten für die Durchführung der staatlichen Prüfung aus oben erwähnten Gründen.

Pro Jahr und Studierenden belaufen sich die Vollkosten auf einen Beitrag von 6.766,-€. Damit liegen die Kosten für einen Studienplatz nach Modellklausel an der Hochschule Fulda über dem Bundesdurchschnitt an öffentlichen Hochschulen, der bei 6.200,- € liegt, leicht über dem hessischen Durchschnitt (6.500,- €) an Hochschulen und deutlich über dem an Fachhochschulen, der bei 4.900,- € liegt (Statistisches Bundesamt 2015b: 71f.). Eine Einordnung ist ingenieurwissenschaftliche Cluster erscheint finanziell, wenn auch nicht inhaltlich, angemessen, um den Betreuungsaufwand annähernd abzubilden.

Die Kosten für einen Studienplatz in den Studiengängen Physiotherapie oder Hebammenkunde machen dabei lediglich 22 % der bundesdurchschnittlichen Kosten für Studienplätze im Bereich Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften aus (Statistisches Bundesamt 2015b: 71f.). Eine akademische Ausbildung von Gesundheitsfachberufen, die zu einer echten Entlastung des medizinischen Personals in der Versorgung führt, würde die Ausbildungskosten für Personal in der Gesundheitsversorgung langfristig ggf. reduzieren können.

3.1.4.3 Wie stellen sich die Kosten für die Ausbildung an den Hochschulen im Vergleich zu den Fachschulen dar?

Die Hochschulausbildung wird grundsätzlich über die Hochschulfinanzierung der Länder getragen und gehört damit dem öffentlichen Bildungswesen an, dessen Finanzierung regelmäßig in Form der Hochschulstatistik über das Statistische Bundesamt erhoben wird. Dahingegen gibt es derzeit kaum genaue Kenntnisse oder aktuelle Daten zu den Kosten der Ausbildung an Fachschulen des Gesundheitswesens. Spezifische Daten über die Kosten der Ausbildung von Hebammen und Physiotherapeutinnen und -therapeuten fehlen gänzlich. Trotzdem soll anhand der vorhandenen Daten ein grober Überblick über die Kosten an Schulen des Gesundheitswesens versucht werden.

Nach einer älteren Publikation des statistischen Bundesamtes wurden im Jahr 2009 durchschnittlich 6.500,- € pro Schüler oder Schülerin an einer Schule des Gesundheitswesens ausgegeben (ohne Ausbildungsvergütung). Demnach kostet ein Ausbildungsplatz 19.500,- €. Davon entfielen 69 % auf Personalausgaben, was mit einem hohen Anteil der Lehrkräfte auf Honorarbasis begründet wurde; die Höhe ist allerdings nicht genannt (Statistisches Bundesamt 2012: 23 f). In dieser Kostenrechnung wurde nicht zwischen den einzelnen Berufszweigen der Schulen des Gesundheitswesens differenziert. Die Zahlen sind demnach eine Verrechnung verschiedener Berufsausbildungen, die in ihrem Kostenaufwand zum

Teil stark voneinander abweichen können. Ein Rückschluss auf die Kosten in spezifischen Ausbildungsbereichen, wie der Physiotherapie oder Hebammenkunde, ist schwierig.

Eine aktuellere Kostenanalyse aus dem Jahr 2013 zur Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege wurde im Rahmen der Diskussion um das neue Pflegeberufsgesetz durchgeführt. Hier werden Kosten von 18.287,- € pro Auszubildenden und Jahr für die derzeitige Ausbildung genannt. Bei dieser Rechnung wurden Schulkosten, Kosten für die Praxisanleitung und Mehrkosten durch die Ausbildungsvergütung einbezogen. Die reinen Schulkosten (Sachkosten, Personalkosten, Praxisbegleitung) für einen Auszubildenden belaufen sich hiernach pro Jahr auf etwa 5.518,- €, also 16.553,- € für die gesamte Ausbildung (prognos und WIAD 2013: 9 ff.). Die Kosten für einen Ausbildungsplatz werden sich allerdings nach den Schätzungen des Forschungsgutachtens für die Einführung der generalistischen Ausbildungsform auf 20.064,- € erhöhen. Die Kostenerhöhung wird mit einer Qualitätssteigerung in der Ausbildung begründet, die auch ohne die Durchführung einer Ausbildungsreform als zwingend erforderlich angesehen wird (prognos und WIAD 2013: 20). Dies lässt sich auf die Ausbildung in der Physiotherapie und Hebammenkunde eher übertragen. Für eine Steigerung der Ausbildungsqualität, die nötig ist, um den aktuellen Beruhsanforderungen gerecht zu werden, wäre auch an Fachschulen eine Aufstockung der personellen und sachlichen Mittel und damit eine Erhöhung der Kosten notwendig.

Trotzdem ist aus derzeitiger Sicht anzunehmen, dass die Ausbildungskosten an Hochschulen etwas über denen an Fachschulen des Gesundheitswesens liegen könnten. Dem ist allerdings der Mehrwert der hochschulischen Ausbildung entgegenzusetzen, der an andere Stelle wiederum zu Kosteneinsparungen führen kann. Dieses Argument wird in den Abschnitten 3.1.4.4, 3.2.2.3 sowie 3.2.4.1 und 3.2.4.2 weiter ausgeführt.

Die Finanzierung der Schulen des Gesundheitswesens weist einige Besonderheiten auf. Die Träger der Gesundheitsfachschulen und damit auch deren Finanzierungsmodelle sind sehr unterschiedlich und Kosten fallen an verschiedenen Stellen an. Die Fachschulausbildung wird im Wesentlichen über den Ausbildungsfonds nach § 17a KHG finanziert, der durch die Landeskrankenhausgesellschaften verwaltet wird. Über dieses Ausgleichsverfahren werden nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2012) 54 % der Mittel bezogen. Voraussetzung für die Finanzierung über den Ausbildungsfonds ist allerdings der Anschluss der Schule an ein Krankenhaus, was vor allem in der Physiotherapie nur zum Teil gegeben ist. Weitere 20 % der Kosten werden über öffentliche Gelder realisiert; auf diesem Wege können vor allem Investitionen subventioniert werden. Für Schulen in freier Trägerschaft kann außerdem gegebenenfalls eine Finanzierung über das Ersatzschulfinanzierungsgesetz erfolgen. Die verbleibenden Kosten finanzieren sich über private Haushalte (Schulgebühren) und die Träger. Wie genau sich einzelne Schulen finanzieren, wird dabei an keiner Stelle erfasst und kann kaum nachvollzogen werden. In manchen Fällen sind die Schulen finanziell so eng mit dem Träger bzw. dem jeweiligen Krankenhausbudget verknüpft, zum Beispiel durch die Einbeziehung der Auszubildenden in den Personalschlüssel der Einrichtung oder die Beauftragung von Krankenhausangestellten mit Lehraufgaben, dass eine separate Kostenaufstellung nicht möglich ist.

Die Finanzierung über private Haushalte in Form von Schulgeld, die vor allem an den Physiotherapieschulen in freier Trägerschaft die Regel ist, erweist sich als rechtlich problematisch. Bei der Erhebung von Schulgeld muss das grundgesetzlich festgelegte Sonderungsverbot (Art. 7 GG, Abs. 4) berücksich-

tigt werden. Dieses Verbot richtet sich gegen eine sozioökonomische Auswahl aufgrund von Besitzverhältnissen durch Privatschulen im Zugang zu Bildungsangeboten. Nach einer verwaltungsgerichtlichen Rechtsprechung verstößt demnach ein Schulgeld, welches 161,- € übersteigt, gegen das Sonderungsverbot (Stand: Februar 2014) (Landtag von Baden-Württemberg 2014: 4). Da das Schulgeld an hessischen Physiotherapieschulen im Durchschnitt bei 340,- € pro Monat liegt, besteht beim Zugang zum Physiotherapieberuf unter Berücksichtigung des Sonderungsverbots die Gefahr einer sozioökonomischen Auswahl aufgrund von Besitzverhältnissen. Der Druck auf die kostenpflichtigen Physiotherapieschulen in Deutschland, die hohen Schulgebühren einzustellen, wächst in den letzten Jahren mit Konsequenzen für eine qualitativ hochwertige Ausbildung. Nachdem beispielsweise 2014 in Baden-Württemberg endgültig die Erhebung von Schulgeld für Physiotherapieschulen, die zusätzlich über den Ausbildungsfond nach § 17 a KHG finanziert werden, verboten wurde, war die Existenz der Physiotherapieschule am Uniklinikum Heidelberg oder der Schule in Freiburg stark bedroht und die Schülerzahlen sowie die Ausstattung der Schulen wurde drastisch zurückgefahren. Auch auf ein Schreiben des Sozialministeriums in Baden-Württemberg an alle Physiotherapieschulen, mit der Aufforderung einer Absenkung des Schulgeldes auf die nach dem Sonderungsverbot festgelegte Summe von 161,- €, geben die Schulen zu bedenken, dass dies zu Qualitätseinbußen und möglichen Schulschließungen führen kann und wird (ZVK Landesverband Baden-Württemberg 2015). Seit den Jahren 2005/2006 sind an kostenpflichtigen Schulen zurückgehende Schülerzahlen zu verzeichnen (ZVK 2016). An den schulgeldfreien Schulen gehen dahingegen mehr Bewerbungen ein, als Ausbildungsplätze zur Verfügung stehen. Dies zeigt, dass das Interesse am Beruf gegeben ist. Die hohen Kosten stellen allerdings ein großes Hindernis für den Berufseinstieg dar.

3.1.4.4 Ergeben sich aus der akademischen Erstausbildung Folgekosten für das Gesundheitssystem? Wenn ja, welche und in welcher Höhe?

Über mögliche Folgekosten der akademischen Erstausbildung kann zum aktuellen Zeitpunkt nur spekuliert werden, da diese Frage stark davon abhängt, wie sich die weitere Entwicklung der Therapie- und Gesundheitsberufe gestaltet. Die Studiengänge nach Modellklausel sind seit 2009 in der Erprobung, dementsprechend gelangen seit ca. drei Jahren, an der Hochschule Fulda erst seit dem Jahr 2016, Absolventinnen und Absolventen auf den Arbeitsmarkt. In dieser kurzen Zeitspanne sind noch keine verlässlichen Daten vorhanden, die für Sekundäranalysen herangezogen werden können.

Grundsätzlich ist die Tatsache der akademischen Erstausbildung an sich mit keinen Folgekosten für das Gesundheitswesen verbunden. Kurzfristig findet sogar eine Entlastung statt, wenn keine Ausbildungsvergütung erfolgt und der Ausgleichsfonds nach § 17a KHG entlastet wird.

Mittel- bis langfristig sind Kosteneffekte in beide Richtungen denkbar. Entlastungseffekte wären denkbar, wenn die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen durch die Akademisierung von Gesundheitsfachberufen erleichtert wird. In anderen europäischen Ländern konnten in der Physiotherapie bereits positive ökonomische Effekte durch die Einführung des Direct Access verzeichnet werden. Einspar-effekte sind durch einen höheren Behandlungserfolg oder eine reduzierte Anzahl von Behandlungsepisoden denkbar, wie zum Beispiel in einer niederländischen Studie gezeigt werden konnte (Leemrijse et al. 2008: 940 f.). Eine schottische Studie weist auf Kosteneinsparungen beim Medikamentenkonsum,

Röntgendiagnostik oder stationären Aufenthalten hin (Holdsworth et al. 2007: 9). Auch in Schweden kam es durch die Einführung des Direct Access zu Einsparungen, was vor allem durch die geringeren Kosten physiotherapeutischer Behandlungen im Vergleich zu ärztliche Behandlungen begründet wird (Leinich 2007: 12). Auch ohne die Einführung des Direct Access kann es durch eine akademische Ausbildung von Hebammen und Physiotherapeuten zu Kosteneinsparungen aufgrund des wissenschaftlichen Arbeitens im Sinne der evidenzbasierten Medizin kommen.

Belastungen könnten entstehen, wenn die Absolventinnen und Absolventen von Hochschulen bessere Vergütungen aushandeln können als Absolventinnen und Absolventen von Fachschulen. Höhere Verdienste führen auf gesamtgesellschaftlicher Ebene allerdings auch zu einem staatlichen Nutzen, da höhere Steuereinnahmen zu verzeichnen sind.

Durch die akademische Erstausbildung kommt es zwar voraussichtlich zu einer leichten Kostenerhöhung, allerdings vor allem zu einer Umverteilung von Kosten, solange keine rechtliche Anpassung erfolgt. Während der Ausgleichsfonds nach § 17a KHG und private Haushalte entlastet werden, fallen die Kosten für die Ausbildung in den Gesundheitsberufen im Falle der Akademisierung in den Bereich der Hochschulfinanzierung über die Länder. Die Gesundheitsfachberufe beinhalten jedoch gesellschaftlich hoch relevante Aufgabenbereiche, sodass auf politischer Ebene grundsätzlich über die Verantwortlichkeit für die Ausbildungen im Gesundheitssektor nachgedacht werden sollte.

3.2 Bewertungen

3.2.1 Machbarkeit

3.2.1.1 Wie wird die Machbarkeit von akademischen Erstausbildungen in den Berufen eingeschätzt?

Eine primärqualifizierende Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen auf akademischem Niveau ist machbar und sinnvoll. Dies haben die Erfahrungen der Hochschule Fulda gezeigt und die der anderen Hochschulen mit Studiengängen nach Modellklausel (Hochschule für Gesundheit Bochum 2015; Hochschule Fulda 2015; Universität Bremen und Katholische Stiftungsfachhochschule München 2015; Alice Salomon Hochschule Berlin 2016). Dies bestätigt den Blick ins europäische Ausland, in dem die akademische Erstausbildung die Regel ist. Hindernisse bestehen allerdings in der mangelnden Passung der gesetzlichen Regelungen zwischen Ausbildungs- und Hochschulsystem. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

Ist eine vollständige Akademisierung beabsichtigt, wäre eine vollständige Adaption an das Hochschulsystem sinnvoll, die dennoch die Möglichkeit einer Qualitätssicherung auf Bundesebene beinhaltet. Dies wäre - neben dem staatlichen Examen - im Rahmen spezifischer Richtlinien möglich, die bei der Akkreditierung der Studiengänge überprüft werden müssten. In der Hebammenkunde erfordert die EU-Richtlinie 2013/55/EU des europäischen Parlaments ohnehin eine Umstellung der Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung auf zwölf allgemeinbildende Schuljahre bis spätestens 2020 (Europäische Union 2013). Auch in der Physiotherapieausbildung sind europaweit zwölf allgemeinbildende Schuljahre die Regel (BMBF 2014). Außerdem würde eine Voll-Akademisierung des Berufsstandes der Physiothera-

apeutinnen und -therapeuten die Einführung und Umsetzung des Direct Access in Deutschland erleichtern.

Die Herausforderung einer Voll-Akademisierung wäre vor allem ein gelungenes Übergangsmanagement. In der Umstellungsphase könnte es grundsätzlich zu personellen Engpässen kommen, da ggf. nur in begrenztem Ausmaß wissenschaftlich qualifiziertes Personal zur Verfügung steht. Bei der bisher eher geringen Anzahl von Studiengängen nach Modellklausel konnten solche Bedenken bislang allerdings nicht bestätigt werden; die Bewerberlage bei der Besetzung der erforderlichen Stellen war gut. Außerdem muss bei einer vollständigen Akademisierung die Durchlässigkeit des neuen Systems für bereits ausgebildete Hebammen bzw. Therapeutinnen und Therapeuten ohne akademischen Abschluss berücksichtigt werden. In den Interviews wurde zudem angemerkt, dass im Falle einer Voll-Akademisierung Investitionen ins Hochschulsystem getätigt werden müssen, um Studiengänge für die Therapieberufe entsprechend auszubauen. Hier wären Förderprogramme hilfreich.

Ist ein Nebeneinander beider Ausbildungssysteme (Teil-Akademisierung) beabsichtigt, wie es derzeit der Fall zu sein scheint, so wäre zu lösen, wie die gesetzlichen Regelungen für die Ausbildung an Hochschulen passend zu Hochschulstrukturen und zugleich zu den Strukturen der berufsfachschulischen Ausbildung angepasst werden können. Die Mindestforderung wäre eine Regelung der akademischen Ausbildung in einem eigenen Abschnitt der Berufsgesetze. Festgelegt werden sollten dann nur das Ausbildungsziel, die Minstdauer der theoretischen und praktischen Ausbildung und das staatliche Examen. Sollte das klassische Ausbildungssystem bestehen bleiben, so muss allerdings auch dieses überarbeitet und reformiert werden, um den aktuellen Berufsanforderungen gerecht zu werden. Ein dringender Überarbeitungsbedarf der Ausbildungsregelungen unabhängig von dem Bildungsbereich, in dem die Ausbildung angesiedelt ist, wird von den Ergebnissen der GesinE-Studie bestätigt (BMBF 2014). Zu bedenken ist außerdem, dass eine Teil-Akademisierung zwangsläufig auch eine Teilung der Berufsgruppe in akademische und nicht-akademische Therapeutinnen und Therapeuten bzw. Hebammen auslösen wird. In diesem Falle müssen sich neue Arbeits- und Aufgabenbereiche sowie Vergütungsstrukturen herausbilden.

Beide Ansätze sind grundsätzlich machbar; sie beinhalten im Kern jedoch eine Frage: Ist für eine adäquate, evidenzbasierte und qualitativ hochwertige Patientenversorgung eine dreijährige Ausbildung im sekundären Bildungssektor ausreichend und ist der damit verbundene weitgehende Verzicht auf europäische Freizügigkeit in den Gesundheitsfachberufen zeitgemäß? Die Annahme, dass dies eher nicht der Fall ist, ist Ausgangspunkt der Bemühungen um die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe. Der wissenschaftliche Nachweis ist primär nur deshalb nicht möglich, weil entsprechende Studien nicht in Auftrag gegeben wurden. In anderen europäischen Ländern war die Umstellung nicht mit dem Anspruch verbunden, a priori die Überlegenheit einer akademischen Ausbildung empirisch nachzuweisen. Diese Forderung wurde im Übrigen für andere Berufsgruppen auch in Deutschland nicht erhoben.

3.2.1.2 Wären für eine dauerhafte Etablierung akademischer Erstausbildungen Änderungen an den Berufsgesetzen notwendig? Wenn ja, welche?

Die Erfahrungen haben gezeigt, dass eine Ausbildung an Hochschulen unter der Maßgabe der geltenden Berufsgesetze mit ihrer Ausrichtung an der dreijährigen berufsfachschulischen Ausbildung zwar mach-

bar ist, aber zu großen Abstimmungsproblemen führt, die zu Lasten der Studierenden und der bestmöglichen Ausbildungsqualität gehen. Die Passungsprobleme zwischen den beiden Systemen sind zu groß, sodass eine einfache Fortschreibung der Modellklausel über das Jahr 2017 hinaus nicht zielführend ist.

Die Unterschiede beider Bildungssysteme beginnen bereits im Aufsichtsrecht: Während Hochschulen den Wissenschaftsministerien der Länder zugeordnet sind, ist für die Berufszulassung in den Heilberufen, und damit für die Festlegung der Mindestanforderungen an die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen der Bund zuständig. Den Ländern obliegt die Aufsicht über die Durchführung der Berufszulassungsgesetze. Bei den dafür zuständigen Fachministerien handelt es sich in der Regel um Gesundheits-, Sozial- oder Kulturministerien (in Hessen das Ministerium für Soziales und Integration) und nicht um das für die Hochschulen zuständige Wissenschaftsressort. Grundsätzlicher Abstimmungsbedarf existiert insofern bereits bei den derzeit nicht kompatiblen Zuständigkeits- und Genehmigungsstandards.

Weiterhin sind die ausbildungsrechtlichen Anforderungen formal und inhaltlich an berufsfachschulischen Strukturen orientiert und nicht an die organisatorischen, personellen und prüfungsbezogenen Gegebenheiten des tertiären Bildungsbereichs angepasst. Das Berufszulassungsrecht des Bundes, das Mindestanforderungen an die Ausbildung und die Durchführung der staatlichen Prüfung setzt, spricht bei den Gesundheitsfachberufen in der Regel von einer schulischen Ausbildung, die in einer gewissen Analogie zum dualen Berufsbildungssystem aus schulischen bzw. theoretischen und praktischen Ausbildungseinheiten zusammengesetzt sein soll. Anstelle des Betriebes tritt eine stationäre Einrichtung der Gesundheitsversorgung. Die Berufsgesetze sowie Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen enthalten bislang keine über die Modellklausel hinausgehenden Abschnitte zu konkreten Regelungsvorgaben von akademischen Ausbildungsangeboten. Hier besteht dringender Handlungsbedarf. Als Mindestanforderung muss eine Regelung der Ausbildung an Hochschulen in einem eigenen Abschnitt der Berufsgesetze erfolgen. Dabei muss für die Hochschulen die Möglichkeit bestehen, die Grundregeln einer akademischen Ausbildung zu berücksichtigen, ohne die EU-Regelungen zur Anerkennung der Berufsgesetze zu verletzen. Eine staatliche Prüfung zum Führen der Berufsbezeichnung kann dabei grundsätzlich als Qualitätssicherndes Instrument beibehalten werden. Regelungsbedarf besteht dahingegen insbesondere in folgenden Punkten:

- Eine kompetenzorientierte, primärqualifizierende Ausbildung und die Ausgestaltung des um den Erwerb wissenschaftlicher Kompetenzen erweiterten Ausbildungszieles müssen in der **Autonomie der Hochschule** liegen. Diese trägt die Gesamtverantwortung für die theoretische und praktische Ausbildung. Die Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsordnung sollten darüber hinaus dem aktuellen Erkenntnisstand und den Anforderungen der Berufspraxis angepasst werden.
- Es sollte ein **modular ausgestaltetes Curriculum** nach den Vorgaben hochschulischer Ausbildung entwickelt werden. Selbststudium muss in angemessener Form als Bestandteil des Studiums betrachtet werden, da sich die Konzeption von Studiengängen seit der Einführung des Bologna-Prozesses nicht am Lehrinput, sondern an Learning-Outcomes orientiert; gemessen werden nicht Präsenzstunden sondern studentischer Workload, in der Form von Leistungspunkten nach dem European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS). Daran müssen sich die Vorga-

ben für Hochschulen orientieren. In der beruflichen Bildung generell wird derzeit ein europäisches Leistungspunktesystem erprobt (European Credit System for Vocational Education and Training – ECVET), dem vergleichbare Prinzipien zugrunde liegen (BMBF 2016d). Damit besteht die grundsätzliche Möglichkeit, die Durchlässigkeit schulischer und hochschulischer Bildung zu erhöhen bzw. Regelungen zu schaffen, die auf beide Bildungsbereiche anwendbar sein könnten.

- Die **Auslandsmobilität** während des Studiums sollte ausdrücklich ermöglicht und auf entsprechende Studienanteile angerechnet werden. Auch die Anrechnung von in anderen Studiengängen oder in der Berufspraxis erworbenen Kompetenzen muss den Regelungen von Hochschulen entsprechen.
- Für die Hochschulen muss die Möglichkeit bestehen, die **Regelstudienzeit** auf 7 bis 8 Semester festzulegen. Die Limitierung der Ausbildungszeit bis zum Staatsexamen auf drei Jahre kann nicht sachlich begründet werden und führt dazu, dass die Ausbildung nur schwer den aktuellen Berufsanforderungen, dem wissenschaftlichen Anspruch und dem Umfang der erforderlichen Berufspraxis gerecht werden kann, ohne zu einer unangemessenen Belastung der Studierenden zu führen. Bachelor-Studiengänge können entsprechend der Strukturvorgaben grundsätzlich 6, 7 oder 8 Semester umfassen. Angesichts der hohen Bedeutung einer guten praktischen Ausbildung im Studium in Verbindung mit den wissenschaftlichen Anforderungen sind 8-semesterige Studiengänge (mit 240 ECTS) realistisch, die konsekutiv durch 2-semesterige, fachlich weiterqualifizierende Master-Studiengänge ergänzt werden können. Alternativ könnte ein stärker theoretisch ausgerichtetes 6-semesteriges Studium (180 ECTS) durch ein praktisches Anerkennungsjahr ergänzt werden; in diesem Fall wären konsekutiv auch 4-semesterige Master möglich. Das Alternativ-Modell erschwert allerdings die Verzahnung von Theorie und Praxis.
- Die **Qualitätssicherung der Ausbildung** sollte im Rahmen der Akkreditierung der Studiengänge erfolgen. Im Rahmen des sogenannten Bologna-Prozesses haben die Wissenschaftsressorts bundesweit die Aufgaben der Qualitätssicherung von Studiengängen an unabhängige und ihrerseits zertifizierte Akkreditierungsagenturen delegiert; in einigen Bundesländern, so auch in Hessen, muss die Akkreditierung vor Studienbeginn erfolgen. Bei einer Akkreditierung werden die Qualifikationsziele, die Übereinstimmung mit ländergemeinsamen und landesspezifischen Strukturvorgaben und dem Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse, das Studiengangskonzept und die Studierbarkeit, das Prüfungssystem, studiengangsbezogene Kooperationen, die personelle, sachliche und räumliche Ausstattung, Transparenz und Dokumentation sowie Verfahren der Qualitätssicherung überprüft. Ein derartiges Akkreditierungs- oder Genehmigungsverfahren ist mit dem Berufszulassungsrecht derzeit nicht kompatibel. Alle die Berufsausbildung betreffenden Mindestanforderungen zum Lehrumfang, zur Lehrbelastung oder zu Lehrinhalten sind bundeseinheitlich in den allgemeinen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen geregelt und von den zuständigen Landesbehörden zu überprüfen. Ein Vorschlag wäre, die zuständigen Landesbehörden in den Akkreditierungsprozess der Studiengänge einzubeziehen, der dann den Genehmigungsprozess ersetzt. Dies erfolgt beispielsweise vergleichbar bei Lehramtsstudiengängen.
- Die Hochschulen sollten die Möglichkeit bekommen, auch die **praktische Ausbildung** neu zu regeln. Präsenzstunden je nach klinischem Einsatzort werden den Qualifikationszielen einer

Hochschule nicht gerecht. Es sollte jeweils nur ein Mindestumfang nach EU-Regelungen festgelegt werden. Ein Teil der Praxiseinsätze sollte mit landesrechtlicher Genehmigung durch praktische Lerneinheiten an der Hochschule ersetzt werden. Die Nutzung digitaler Medien muss dabei möglich sein (z. B. in Form virtueller Patienten oder Simulationen); diese können die Effektivität des klinischen Lernens erhöhen. Weiterhin wäre als Reaktion auf aktuelle Beschäftigungs- und Versorgungstrends eine Verlagerung von Praxisanteilen zugunsten ambulanter Versorgungseinrichtungen sinnvoll.

- Längere Praxiseinsätze sollen von den Versorgungseinrichtungen **vergütet** werden können. Denkbar ist beispielsweise die Integration eines bezahlten praktischen Jahres oder eines Praxissemesters im letzten Ausbildungsabschnitt. Versorgungseinrichtungen müssen die Möglichkeit haben, die Vergütung der Praktika von Studierenden äquivalent zur Vergütung von der Ausbildung von Schülerinnen und Schülern erstattet zu bekommen.
- Der schriftliche und mündliche Teil der **staatlichen Prüfung** kann durch die Modulprüfungen der Hochschule – die in angemessenem Verhältnis schriftliche, mündliche und praktische Prüfungen vorsehen – sowie die Abschlussarbeit ersetzt werden. Die Prüfungsmodalitäten wie Notenvergabe oder Wiederholungsregelungen müssen nach geltendem Hochschulrecht geregelt werden. Die praktischen Prüfungen sollen wie bisher unter Beteiligung der entsprechenden Landesbehörde erfolgen. Der Umfang der Prüfung, die direkt an Patientinnen und Patienten bzw. schwangeren Frauen erfolgt, soll allerdings auch unter ethischen Erwägungen und aus Gründen der besseren Vergleichbarkeit von Prüfungsleistungen auf ein erforderliches Minimum reduziert werden. Ein Teil der fachpraktischen Prüfung kann deshalb in Simulationslaboren durchgeführt werden.

3.2.1.3 Welche Erkenntnisse ergeben sich bei den fachschulischen Modellen?

Hierzu können von uns keine Angaben gemacht werden.

3.2.2 Kosten

3.2.2.1 Wie werden die Kosten bei der akademischen Erstausbildung im Vergleich zu den Kosten der derzeitigen Ausbildung bewertet?

Bei einer Bewertung der Kosten einer akademischen Ausbildung im Vergleich zu den Kosten der derzeitigen Ausbildung gibt es verschiedene Perspektiven, die berücksichtigt werden müssen.

Für die Studierenden der Physiotherapie ist die akademische Ausbildung gegenüber der klassischen Ausbildung aus finanzieller Sicht von Vorteil, da es keine monatlichen Schulgebühren gibt, die privat getragen werden müssen. Aus Sicht der Studierenden der Hebammenkunde ergeben sich durch das Studium finanzielle Nachteile, da sie im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern der klassischen Ausbildung keine Ausbildungsvergütung beziehen. Allerdings sind Studierende für das BAföG berechtigt und können darüber hinaus über Stipendien eine Förderung erhalten. Die Chancengleichheit beim Zugang zur Ausbildung für finanziell benachteiligte Berufsinteressierte ist aus diesem Grunde durch das Studium besser gewährleistet, vor allem im Bereich der Physiotherapie. Dies könnte dazu führen, dass

Berufsinteressierte, die zuvor durch die hohen Schulgebühren und die nur begrenzten Kapazitäten von schulgeldfreien Schulen von der Berufsausbildung ausgeschlossen waren, nun einen besseren Zugang vorfinden.

Bei Betrachtung der Kosten beider Ausbildungsformen (siehe 3.1.4.2 und 3.1.4.3) ist aufgrund der derzeitigen Datenlage davon auszugehen, dass bei einer Vollkostenrechnung grundsätzlich für die akademische Ausbildung höhere Kosten zu erwarten sind als für die fachschulische Ausbildung. Eine bessere personelle und sachliche Ausstattung der Fachschulen wird allerdings auch dort die Kosten erhöhen. In wie weit dies zu einer Angleichung der Kosten führen wird und wie sich die Kosten der fachschulischen und akademischen Ausbildung tatsächlich und in Zukunft abbilden beruht derzeit allerdings vor allem auf Schätzungen, da nur wenig konkrete Zahlen und Fakten vorliegen. Eine fundierte Bewertung kann daher zum jetzigen Zeitpunkt nicht formuliert werden.

Die Finanzierung der Hochschulen, die auch die akademische Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen einschließt, wird zu etwa 90 % aus öffentlichen Mitteln getragen, wobei 80 % dieser Mittel über die Hochschulfinanzierung der Länder erbracht werden. Die verbleibenden Mittel werden vom Bund bereitgestellt, zum Beispiel für die Finanzierung von Forschungsprojekten oder von privaten Quellen (HRK 2016). Im Gegensatz dazu wird die klassische Ausbildung, wie in Abschnitt 3.1.4.3 beschrieben, zu etwa 20 % aus öffentlichen Mitteln von Bund, Ländern und Gemeinden finanziert. 80 % der Einnahmen stammen aus dem Ausbildungsfond nach § 17a KHG und aus privaten Haushalten (Statistisches Bundesamt 2012: 23 f.). Bei einer Umstellung auf eine akademische Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen findet ceteris paribus demnach eine Umverteilung von Kosten statt. Private Haushalte und der Ausbildungsfond werden entlastet, stattdessen werden vermehrt öffentliche Mittel der Länder in Anspruch genommen.

Diese Umverteilung führt zeitgleich zu einer besseren Transparenz der Kosten und Finanzierungswege und damit zu einer besseren Vergleichbarkeit verschiedener Berufsgänge. Vergleicht man die akademische Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen mit der Ausbildung anderer Bezugswissenschaften mit einem hohen Praxisanteil, insbesondere der Humanmedizin, so sind die Kosten der Modellstudiengänge erwartungsgemäß deutlich geringer.

3.2.2.2 Welche Erkenntnisse ergeben sich bei den fachschulischen Modellen?

Hierzu können von uns keine Angaben gemacht werden.

3.2.2.3 Wie werden die Kosten im Rahmen des Gesundheitssystems im Vergleich zum Nutzen bewertet?

Um die Kosten und den Nutzen einer akademischen Ausbildung gegenüber zu stellen, müsste die Methode des Ertragsratenansatzes zur Erfassung von Bildungsinvestitionen oder eine Nutzwertanalyse durchgeführt werden. Damit könnten sowohl monetäre als auch nicht monetäre Faktoren in die Auswertung einbezogen werden. Leider können derartige Analysen aufgrund fehlender Berechnungsgrundlagen, die im Übrigen zunächst Forschungsförderung voraussetzen würden, derzeit nicht durchgeführt

werden. Deshalb können zum jetzigen Zeitpunkt keine soliden Angaben zu einer Kosten-Nutzen-Relation gemacht werden.

Die mit der Akademisierung verbundenen Kosten im Gesundheitssystem sind u. a. davon abhängig, ob eine entsprechende Anpassung der Vergütung erfolgen wird. Hebammen beispielsweise werden derzeit nach der neuen Entgeltordnung für Gesundheitsberufe im TVÖD ab Januar 2017 der Entgeltgruppe P 8 zugeordnet. Absolventinnen und Absolventen eines Bachelor-Studienganges sind im öffentlichen Dienst den Entgeltgruppen 9 bis 12 zuzuordnen. Hebammen mit abgeschlossener Hochschulausbildung und einer entsprechenden Tätigkeit werden nach der neuen Entgeltordnung der Fallgruppe P 9b zugeordnet. Durch die Übernahme entsprechender Verantwortung ist ein Aufstieg bis Gruppe P 12 möglich. Für Physiotherapie sind in der Entgeltordnung derzeit entsprechende Regelungen nicht vorgesehen. Mit staatlicher Anerkennung und entsprechender Tätigkeit ohne weiteren Schwierigkeitsgrad sind sie der Entgeltgruppe 7 zugeordnet und können bei entsprechender Schwierigkeitsstufe bis in die Entgeltgruppe 9b aufsteigen.

Ob die Akademisierung z. B. Auswirkungen auf die Gebührenordnung für freiberuflich tätige Hebammen haben wird, ist unklar. Auch für die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, deren Vergütung in der ambulanten Versorgung vor allem vom Heilmittelkatalog und damit von den Krankenkassen und der kassenärztlichen Vereinigung abhängt, ist unklar, wie sich eine Akademisierung auf die Gehälter auswirkt. Da hier letztlich eine reine Vergütung nach Leistungen vorgenommen wird, unabhängig von einer ggf. höheren Qualifikation des Leistungserbringers, ist derzeit nicht davon auszugehen, dass eine höhere Qualifikation automatisch mit einem höheren Entgelt verbunden ist. Allerdings könnten besser qualifizierte Fachkräfte ggf. anders verhandeln.

Die reinen Kosten des Gesundheitssystems für die Ausbildung reduzieren sich bei einer hochschulischen Ausbildung durch die Entlastung des Ausbildungsfonds und ggf. durch den Wegfall der Ausbildungsvergütung (siehe Abschnitt 3.1.4), es sei denn, die hochschulische Ausbildung würde hier einbezogen.

Ein monetärer Nutzen für das Gesundheitssystem kann sich aus einer Veränderung der Arbeitsteilung der Berufsgruppen in der Versorgung, der Optimierung von Schnittstellen, der Effizienz der Behandlung und einer Verbesserung der patientenrelevanten Outcomes ergeben. Im europäischen Ausland konnten einige dieser Faktoren bereits durch wissenschaftliche Auswertungen belegt werden (siehe Abschnitt 3.1.4.4; S. 43 f.).

Es wird erwartet, dass eine Effektivitätssteigerung der Maßnahmen die höheren Lohnkosten kompensieren könnte. Es wird vor allem erwartet, dass der volkswirtschaftliche Nutzen durch die Verbesserung patientenrelevanter Outcomes höher sein wird als die gesellschaftlichen Kosten einer verbesserten Ausbildung.

Die Überlegungen zu möglichen Kosten- und Nutzenverhältnissen und vor allem zu zukünftigen Gehältern können allerdings nicht allein auf einer gesundheitssystemischen Ebene stattfinden. Steigen die Löhne gegebenenfalls durch eine Akademisierung, so bringt dies aus gesamtgesellschaftlicher Sicht zum Beispiel höhere Steuereinnahmen mit sich. Nach einem OECD-Bericht übersteigt der gesamtstaatliche Nutzen für eine Ausbildung im Tertiärbereich in Deutschland die gesamtstaatlichen Kosten deutlich. Dies wird vor allem durch die höheren Steuerbeiträge (sowohl Einkommenssteuer, als auch Sozialversi-

cherungsabgaben) als auch durch die geringere Inanspruchnahme sozialstaatlicher Transferleistungen begründet (OECD 2016: 165 ff.).

3.2.2.4 Zusatz für die Hebammenausbildung: Wie wird der Wegfall der Regelungen über den Ausbildungsvertrag und die Zahlung der Ausbildungsvergütung bewertet?

Die Verbindung von sehr umfangreicher praktischer Ausbildungszeit ohne Vergütung und hohen Präsenzzeiten im Studium bringt Hebammenstudierende in finanzielle Engpässe und ist für diese ein Hauptkritikpunkt am Studium. Im Sinne einer Chancengleichheit im Zugang zur Ausbildung für Hebammen und auch um eine Benachteiligung der hochschulischen Ausbildung gegenüber der fachschulischen Ausbildung zu vermeiden, besteht hier dringender Handlungsbedarf. Zugleich ist eine Ausbildungsvergütung im Studierendenstatus systemfremd. Folgende Lösungsstrategien sind denkbar:

- Reduktion des Gesamt-Workloads im Studium durch eine Anerkennung von Selbststudienzeiten auf das Stundenvolumen und
- Reduktion nicht bezahlter Zeiten der praktischen Ausbildung durch
 - eine Verkürzung der praktischen Ausbildungszeiten bei einer gleichzeitigen Verbesserung der praktischen Anleitung während der Ausbildung oder
 - der Einführung eines bezahlten Anerkennungsjahrs (praktisches Jahr) nach einem 6-semesterigen Bachelor-Studium, wobei bei der Höhe der Bezahlung berücksichtigt werden muss, dass dann kein BAföG-Anspruch besteht und Haftpflichtversicherungen notwendig sind oder
 - eine Bezahlung aller oder zumindest der wichtigsten Praxisphasen durch die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung aus dem Ausbildungsfonds.

3.2.3 Bedarf

3.2.3.1 Wie hoch ist der Bedarf für eine akademische Erstausbildung? Für welche Bereiche der jeweiligen Gesundheitsfachberufe ist eine akademische Ausbildung erforderlich?

Hierzu liegen im Kern zwei konträre Positionen bei den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern vor:

Position 1 unterstellt, akademisch qualifizierte Personen würden über weniger Praxiskompetenz verfügen oder seien nicht bereit, die Routineaufgaben in der Versorgung wahrzunehmen. Aus dieser Perspektive ist eine Akademisierung von 10-20 % der jeweiligen Berufsgruppe ausreichend. Diese Position findet sich bei einigen Praxisvertreterinnen und -vertretern, potentiellen Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sowie bei in der Ausbildung Tätigen, die meist selbst über keine akademische Qualifikation verfügen. Sie haben die explizite Unterstützung des Wissenschaftsrates (Wissenschaftsrat 2012: 84 f.). Hier wird für Bereichsleitungs- und Leitungsfunktionen in Kliniken und Praxen, Stabstellen, Lehrende in der Aus- und Weiterbildung sowie in der Forschung tätige ein Hochschulstudium für notwendig erachtet. Auch die

Diagnostik im Rahmen des Direct Access in der Physiotherapie wird als Tätigkeitsbereich für Akademikerinnen und Akademiker angesprochen.

Position 2 sieht eine akademische Qualifikation als Voraussetzung für eine verbesserte Versorgungspraxis gemessen am patientenrelevanten Outcome. Aus dieser Perspektive ist eine Voll-Akademisierung die einzige sinnvolle Entscheidung, da das Studium für die Tätigkeit selbst qualifiziert, nicht primär für Leitungsfunktionen, die zumindest teilweise einen Master voraussetzen würden. Es wird zudem davon ausgegangen, dass der Bedarf an qualifiziertem Personal ohne eine Akademisierung künftig nicht mehr gedeckt werden kann. Angesichts der Akademisierung der Berufsgruppen im europäischen Umfeld ist es künftig weder für Deutsche hinreichend attraktiv einen Beruf zu ergreifen, der weniger Möglichkeiten bietet als im europäischen Ausland, noch ist es für Absolventinnen und Absolventen aus dem europäischen Ausland interessant, in Deutschland tätig zu werden, was angesichts des prognostizierten Fachkräftemangels im Gesundheitswesen jedoch von hoher Bedeutung wäre. Diese Position findet sich bei Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, in Berufsverbänden, bei einigen Vertretungen der Praxis, potentiellen Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sowie bei in der Ausbildung Tätigen.

Offizielle Stellungnahmen finden sich gesammelt beim Hochschulverband der Gesundheitsfachberufe (HVG 2015).

3.2.3.2 Sollte die Vollakademisierung oder Teilakademisierung der Ausbildungen angestrebt werden?

Mit dieser Frage direkt konfrontiert haben sich nahezu alle interviewten Personen spontan oder nach einiger Überlegung für eine Voll-Akademisierung ausgesprochen. In der Expertentagung wurde hierzu diskutiert, dass für die kleine Berufsgruppe der Hebammen und für die Physiotherapie eine Voll-Akademisierung auf Dauer die einzige Perspektive darstellt. Dies begründet sich primär in der bereits faktischen Verantwortungsübernahme (Vorbehaltstätigkeit bei Hebammen), der dort anstehenden Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen für die Ausbildung im Rahmen der EU-Regelungen (2013/55/EU) bis 2020 und der für die Zukunft angestrebten Eigenständigkeit (Direct Access in der Physiotherapie).

Selbst Skeptikerinnen und Skeptiker stellen fest, dass es bei einer Teilakademisierung zu einer klaren Definition unterschiedlicher Aufgabenbereiche kommen muss und dies birgt die Gefahr einer Hierarchie oder Zweiteilung innerhalb der Berufsgruppen, die von keiner Seite gewünscht ist. Die Voll-Akademisierung sollte aus Gründen der Vergleichbarkeit der Ausbildungen in der europäischen Gemeinschaft, aufgrund der Verbesserung der Versorgung und der Notwendigkeit der Evidenzbasierung, der notwendigen Attraktivitätssteigerung der Berufe und aufgrund einer zu verbessernden interdisziplinären Zusammenarbeit „auf Augenhöhe“ erfolgen.

Allerdings sollte die Frage einer Nachqualifizierung der jetzt im Beruf tätigen nicht-akademisierten Personen gelöst werden und für diese Gruppen Übergangsregelungen geschaffen werden; es muss eine Gleichrangigkeit und eine Durchlässigkeit geben. Diese Durchlässigkeit für das Studium ist insoweit geregelt, als hochschulrechtlich eine Berufsausbildung im Umfang von bis zu 50 % auf ein Studium angerechnet werden kann. Auch für beruflich Qualifizierte ohne Abitur gibt es an hessischen Hochschulen Möglichkeiten, in ein Studium einzumünden. Beispielsweise kann eine Hochschulzugangsberechtigung

für beruflich Qualifizierte in Gesundheitsfachberufen über berufliche Fort- und Weiterbildungen sowie über Berufserfahrung in Verbindung mit einer Hochschulzugangsprüfung erlangt werden. Ferner wird in Hessen beruflich Qualifizierten, deren Ausbildung nach dem 1. Januar 2011 mit Note 2,5 oder besser abgeschlossen wurde, mit einem mittleren Bildungsabschluss „im Rahmen eines Modellversuches an den Hochschulen des Landes zur Erprobung neuer Wege des Hochschulzugangs (...)“ unter Abschluss einer Studienvereinbarung die Fachhochschulreife und damit eine Hochschulzugangsberechtigung erteilt (Hessisches Ministerium für Wissenschaft und Kunst 2015). Solche Wege sind insbesondere für jüngere Berufsangehörige hochrelevant.

3.2.4 Vorteile/Nachteile

3.2.4.1 Was ist der Mehrwert einer akademischen Ausbildung, insbesondere im Hinblick auf die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten?

Ein tatsächlicher Mehrwert in der Versorgungsqualität kann zum jetzigen Zeitpunkt in Deutschland noch nicht nachweisbar sein, da die ersten Absolventinnen und Absolventen der Studiengänge nach Modellklausel erst seit etwa 2013 in die Berufspraxis einmünden; Absolventinnen und Absolventen des Modellstudiengangs Hebammenkunde an der Hochschule Fulda gelangten im Jahr 2016 erstmals auf den Arbeitsmarkt, im Studiengang Physiotherapie wird dies erst 2017 der Fall sein. Um den Mehrwert der akademischen Ausbildung zu ermitteln wäre es zukünftig zunächst nötig, entsprechende Forschung zu initiieren und zu finanzieren. Allerdings ist die Forderung eines solchen a priori Nachweises weder bei anderen Berufsgruppen in Deutschland noch bei diesen Berufsgruppen im europäischen Ausland erhoben worden.

Studien aus dem europäischen Kontext oder zu einem Vergleich der deutschen mit europäischen Entwicklungen geben hierzu deswegen kaum Auskunft: Eine Studie aus der Schweiz untersuchte beispielsweise lediglich die Kompetenzen der Absolventinnen und Absolventen von Studiengängen in der Physiotherapie im Vergleich zu denen aus der fachschulischen Ausbildung nach Selbst- und Fremdeinschätzung (Praxisanleitung) bei 87 Schülerinnen bzw. Schülern und 89 Studierenden. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Bachelor-Studierenden über mehrheitlich gut ausgeprägte berufliche Handlungskompetenzen mit Akzentuierung auf das Verständnis von Wissenschaftlichkeit in der Physiotherapie verfügen (Scheidhauer et al. 2013: 111). In einer Studie aus Österreich wurde das Stimmungsbild gegenüber der akademischen Ausbildung in Praktikumsstellen untersucht. Hieraus geht vor allem hervor, dass eine gute Informationsgrundlage der Praxis sowie eine umfassende Aufklärung über Neuerungen in der Ausbildung entscheidend für die Akzeptanz und die Haltung der Praktikumsstellen sind. Diese müssen aktiv in die Entwicklungsprozesse eingebunden werden (Müller-Gartner und Salchinger 2011: 17 f.). In einer schwedischen Studie wurde die Umsetzung der Akademisierung von Hebammen untersucht (Hermansson und Martensson 2013). Eine ältere deutsche Studie, die die Entwicklung der Dentalhygiene und der Physiotherapie in Deutschland im europäischen Vergleich betrachtet, kommt zum Schluss, dass eine Akademisierung alleine noch nicht automatisch gewährleistet, dass die Berufstätigkeit autonom ausgeübt werden kann (Theobald 2004: 16). Aus einer Übersichtsarbeit über potentielle Zugewinne einer akademischen Erstausbildung kann aus Sicht der Autorin der Arbeit auch für den deutschen Kontext geschlossen werden, dass ein positiver Zusammenhang zwischen der akademischen

Erstausbildung der Pflege und dem Patientenoutcome als nachgewiesen und auch als für Deutschland wahrscheinlich angesehen werden kann (Darmann-Finck 2012: 223 ff.). Es ist plausibel anzunehmen, dass dies auch für andere Berufsgruppen gilt, wenn auch ein Beweis aufgrund mangelnder Forschungsfinanzierung bislang nicht erbracht werden konnte. Die unzureichende Literaturlage wird von den Ergebnissen der GesinE-Studie bestätigt, die aber dennoch studienbasiert zum Schluss kommt, dass „eine höhere Dichte an akademisch qualifizierten Gesundheitsfachberufsangehörigen eine sicherere und effektivere Gesundheitsversorgung bewirken kann“ (BMBF 2014: 192).

Einzelne Rückmeldungen aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten bzw. der Klientinnen und Klienten zur Arbeit der Studierenden in ihren Praxisphasen zeigen eine hohe Zufriedenheit der Betroffenen. Auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der kooperierenden Einrichtungen unterstützen diese Einschätzung. Aus Praxisreflexionsgesprächen und den Praxisreflexionsbögen der Praxiseinrichtungen zur Rückmeldung an die Studierenden wird deutlich, dass den Studierenden durchweg gute bis sehr gute Fachkompetenzen sowie instrumentelle, systemische und kommunikative Kompetenz zugesprochen werden. Positive Auswirkungen dieser Kompetenzen auf die praktische Arbeit sind zu vermuten, sollten aber unbedingt in zukünftigen Studien untersucht werden.

Erwartet werden von Expertinnen und Experten positive patientenrelevante Outcomes, gemessen an der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, den Funktionseinschränkungen und damit der Leistungsfähigkeit, der Morbidität und in Einzelfällen auch der Mortalität durch die Orientierung an nachgewiesener Wirksamkeit der Intervention (Evidenz). Auch die bessere Interdisziplinarität durch eine produktive Zusammenarbeit und Kommunikation auf Augenhöhe wird von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Expertenworkshops als indirekter Faktor für eine bessere Versorgungsqualität gesehen, da diese Zusammenarbeit vor allem die Prozessqualität von Versorgungsstrukturen beeinflusst. Ebenso werden kommunikative Kompetenzen als Mehrwert einer akademischen Ausbildung herausgestellt; diese wirken sich vor allem auch auf die Patientenzufriedenheit aus.

Erwartet werden perspektivisch außerdem ein Erkenntnisgewinn und damit eine weitere Verbesserung von Diagnostik und Therapie durch berufsspezifische Forschung. Der Mehrwert eines Studiums ist allerdings nicht voraussetzungslos, sondern von der Qualität des Studienkonzeptes und der Verbindung einer wissenschaftlichen und zugleich praxisnahen Ausbildung abhängig. Voraussetzung ist auch die Institutionalisierung eines anderen Denkstils in der Praxis, der die Anwendung von hochschulisch geprägtem Wissen und Kompetenzen zulässt.

Am Beispiel der Physiotherapie lässt sich zeigen, dass mit akademisch qualifizierten Gesundheitsfachberufen auch Lücken in der gegenwärtigen und künftigen Versorgungsrealität geschlossen werden: Facharztausbildungen fokussieren zunehmend die apparative Diagnostik, eine Ausbildung in klinischer Diagnostik findet nur noch ansatzweise statt. Dies wird bei der Zusammenlegung der Ausbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Unfallchirurgie und Orthopädie besonders deutlich. Die damit entstehende diagnostische Lücke ist für die Indikationsstellung zur Physiotherapie hoch relevant und kann erheblichen Einfluss auf patientenrelevante Outcomes haben. Diese Lücke sollte durch akademisch ausgebildete Physiotherapeutinnen bzw. Physiotherapeuten geschlossen werden. Gerade für die Physiotherapie lässt sich aber sagen, dass ein Teil der erwarteten Effekte nur in Verbindung mit einem primären Zugang in der Versorgung und eigener Diagnostik wirksam werden wird.

3.2.4.2 Welcher Mehrwert ergibt sich für das Gesundheitssystem insgesamt?

Der Mehrwert einer akademischen Ausbildung für das Gesundheitssystem kann zum jetzigen Zeitpunkt nur antizipiert werden. Nach Meinung der befragten Expertinnen und Experten ist von folgendem Gewinn auszugehen:

- Einer Steigerung der Attraktivität der Berufe und damit einer Sicherstellung der Versorgung,
- einer Steigerung der Effektivität der Interventionen der Gesundheitsfachberufe,
- einer Reduktion von Interventionen, deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist,
- einer Entlastung im ärztlichen Bereich und
- einer Kosteneinsparung aufgrund eines direkten Zugangs zu den Gesundheitsfachberufen, sofern dies berufs- und leistungsrechtlich realisiert wird.

Angesichts der mit dem demographischen Wandel verbundenen Veränderungen der Gesellschaft erscheint dieser Mehrwert dringend erforderlich.

3.2.4.3 Rechtfertigt der Mehrwert einer hochschulischen Ausbildung den damit verbundenen Mehraufwand?

Im Vergleich zum Mehrwert wird der Mehraufwand als eher gering eingeschätzt. Angesichts der demographischen Veränderungen und deren Folgen für das Gesundheitssystem erscheint eine hochschulische Ausbildung alternativlos.

3.2.4.4 Wie werden die Auswirkungen einer Akademisierung auf die Fachschulen bewertet?

Bereits jetzt sind an Fachschulen Veränderungen festzustellen: Etliche Schulen suchen sich kooperierende Hochschulen, um über Anrechnungsmodelle ihren Schülerinnen und Schülern die zusätzliche Möglichkeit eines Hochschulabschlusses bieten zu können und damit zukunftsfähig zu bleiben. Bei einer Voll-Akademisierung werden die Fachschulen letztendlich aber ihren jetzigen Aufgabenbereich verlieren. Einige (kostenpflichtige) Schulen in der Physiotherapie schließen bereits, weil die Nachfrage wegbricht.

Dies hat schließlich primär für die fest angestellten Lehrerinnen und Lehrer Konsequenzen und löst dort auch entsprechende Befürchtungen aus. Lehrerinnen und Lehrer an Fachschulen holen zunehmend eine akademische Erstqualifikation nach, um im Zweifelsfall auch die Voraussetzungen für eine Beschäftigung an Hochschulen zu erfüllen. Dafür werden in der Regel Modelle der Anerkennung einer Ausbildung im Umfang von bis zur Hälfte des Studiums genutzt oder auch die Aufnahme primär pädagogisch ausgerichteter Studiengänge. Für eine Lehrtätigkeit an Hochschulen könnten solche Lehrkräfte als Lehrpersonal mit hoher didaktischer Kompetenz und pädagogischer Berufserfahrung für theoretischen und fachpraktischen Unterricht übernommen werden, wenn sie einen Master-Abschluss erreichen oder – in einer Übergangsfrist – zumindest anstreben. Ein Teil der Lehrenden könnte in der Übergangszeit als Praxisanleiterinnen oder Praxisanleiter auch ohne wissenschaftliche Qualifikation oder nur mit Ba-

chelor-Abschluss tätig sein. Perspektivisch sollten jedoch auch Praxisanleiterinnen und -anleiter unbedingt über eine akademische Qualifikation (Bachelor) verfügen.

Unter den Hebammen wird geschätzt, dass es derzeit bundesweit etwa 50 Lehrerinnen an Hebammenschulen ohne eine akademische Erstausbildung gibt. In einer Übergangsfrist von 5 Jahren wäre eine akademische Vollqualifikation (Bachelor-Abschluss) bisheriger Lehrerinnen und Lehrer an Fachschulen damit grundsätzlich realistisch erreichbar, sofern die Bereitschaft dazu besteht. In der Gestaltung des Übergangs können Hochschulen entsprechende Angebote bereitstellen bzw. tun dies schon jetzt.

Sollten Fachschulen bei einer Teil-Akademisierung erhalten bleiben, wäre im Sinne einer Gleichrangigkeit der Ausbildung mit anderen beruflichen Ausbildungen ohnehin eine wissenschaftliche Qualifikation der Lehrenden im jeweiligen Fach und ein pädagogisches oder fachliches wissenschaftliches Zusatzstudium (Master-Abschluss) zu fordern. Ein berufsbegleitendes pädagogisches Weiterbildungsangebot (Lehrerin für das Hebammenwesen) wird zudem seit über zehn Jahren hierzulande nicht mehr vorgehalten. Studienmöglichkeiten bestehen; in Hessen gibt es zum Beispiel das auf ein fachliches Erststudium aufbauende Masterstudium Pädagogik für Pflege und Gesundheitsberufe der Universität Kassel in Kooperation mit der Hochschule Fulda. Eine solche Umstellung der personellen Voraussetzungen an Fachschulen sollte allerdings auch mit einer besseren sachlichen Ausstattung der Fachschulen (insbesondere Zugang zu aktueller wissenschaftlicher Literatur und Datenbanken), ggf. über Kooperationen mit Hochschulen, verbunden sein. Dies relativiert den potentiellen Nutzen der Beibehaltung fachschulischer Strukturen.

Von einigen wenigen Interviewten wird in der Physiotherapie die Idee eingebracht, ergänzende Assistenzberufe unterhalb einer akademischen Qualifikation zu schaffen, die dann von Fachschulen ausgebildet werden könnten. Dies wird in der Berufsgruppe mehrheitlich abgelehnt. Davon abgesehen wären hier Fragen der Tätigkeit und der Ausbildung neu zu diskutieren.

3.2.5 Bewährung

Wie haben sich die akademischen Erstausbildungen und Modelle an Fachschulen insgesamt bewährt aus Sicht...

3.2.5.1 der Hochschulen

Die akademische Erstausbildung hat sich bewährt, eine Anpassung der Ausbildungsrichtlinien an die Hochschulstrukturen muss allerdings zwingend erfolgen (siehe 3.2.1.2).

3.2.5.2 der Fachschulen

Die akademische Erstausbildung ist für Fachschulen mit Ängsten verbunden. Zur Bewährung von Modellen an Fachschulen können keine Aussagen gemacht werden.

3.2.5.3 der Lehrenden an Hochschulen und Fachschulen

Siehe 3.2.5.1 und 3.2.5.2. Unterschiede zwischen der Institution und den Lehrenden der Institution sind nicht erkennbar. Für die Lehrenden an Hochschulen erweisen sich die ungelösten Probleme der Finanzierung des Aufwandes für die staatliche Prüfung allerdings als belastend.

3.2.5.4 der Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmern

Aus Sicht der Studierenden hat sich die akademische Erstausbildung insgesamt bewährt. Sie leiden aber unter den Folgen einer mangelnden Passung zwischen Ausbildungsregelung und Hochschulstrukturen und den Vorbehalten in der Praxis; insbesondere unter

- dem erhöhten Workload (bis zu 50 Stunden pro Woche), der sich aus der Nicht-Anrechnung des Selbststudiums auf die Ausbildung und der teilweisen Nichtanrechnung von Praxisphasen auf das Studium sowie der Beschränkung der Ausbildungsdauer auf 3 Jahre ergibt,
- dem damit verbundenen Verzicht auf die Möglichkeit eines studentischen Nebenjobs zur Verbesserung der finanziellen Situation; bei Hebammen zudem der fehlenden Ausbildungsvergütung (keine finanzielle Anerkennung der Praktikumsphasen) bei einem sehr hohem Anteil der praktischen Ausbildung (doppelter Umfang gegenüber der EU-Richtlinie),
- Vorurteilen gegenüber Studierenden, sie würden nicht ernsthaft arbeiten wollen und mangelnder Akzeptanz von einigen Berufsvertreterinnen auch bei den Kooperationspartnern. Allerdings konnten derartige Vorurteile der Praxis nach dem Kennenlernen der Studierenden in der Regel revidiert werden. Dafür spricht auch, dass die Studierenden keine Schwierigkeiten haben nach dem staatlichen Examen eine berufliche Anstellung zu finden. So geben bei einer Befragung der ersten Hebammenkohorte nach dem staatlichen Examen sechs von sieben befragten Absolventinnen an, direkt nach dem Staatsexamen eine berufliche Tätigkeit aufgenommen zu haben, obwohl sie ihr Studium zunächst noch abschließen müssen.

Grundsätzlich sollte die Zufriedenheit der Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer und deren Verbleib in zukünftigen Alumni-Befragungen weiterverfolgt werden.

3.2.5.5 der Berufspraxis von Praxisanleitern und anderen Berufsangehörigen sowie potentiellen Arbeitgebern

Da es erst seit kurzem erste Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge gibt, kann die Berufspraxis größtenteils nur auf Basis von Erfahrungen mit Studierenden urteilen, die noch nicht alle erforderlichen Kompetenzen erworben haben. Eine abschließende Bewertung wird deshalb auch von einigen Interviewpartnerinnen und -partnern abgelehnt.

Es zeichnet sich jedoch ab, dass Absolventinnen und Absolventen auf die Komplexität des Arbeitsbereiches gut vorbereitet zu sein scheinen und voraussichtlich auch in der Lage sind, schneller bestimmte Aufgaben zu übernehmen. Aus Sicht der Praxisanleiterinnen und -anleiter hat sich das Modell deswegen insgesamt bewährt. Sie geben gute Rückmeldungen, finden Studierende überwiegend sehr interessiert und motiviert, reflektiert, wissenschaftlich theoretisch gut fundiert und fachpraktisch in vielen

Fertigkeiten besser als die Kolleginnen und Kollegen selbst. Studierende sind in der Lage, theoretische Hintergründe anders zu hinterfragen oder aufzubereiten. Sie tragen deshalb Neuerungen aus der Hochschule in die Praxis, was bisweilen sogar schon zu Änderungen in Praxiseinrichtungen geführt hat. Manche Kliniken nutzen die mitgebrachten Kompetenzen der Studierenden und hinterfragen die wissenschaftliche Basis des eigenen Vorgehens nach einem intensiven Prozess der inhaltlichen Diskussion. Für Studierende können allerdings mitunter schwierige Situationen auftreten, wenn Verfahren, die in der Praxis angewandt werden, nicht dem erlernten wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechen.

Es wird vereinzelt kritisch bemerkt, dass sich Studierende eher als Schülerinnen und Schüler von Hilfstätigkeiten abgrenzen würden. Dies könnte in der Praxis zu Konflikten führen. Zudem wird angemerkt, dass die Vorstellungen der Hochschule zur Praxisanleitung nicht immer umsetzbar seien, was daran liegen könnte, dass keine Freistellung für die Tätigkeit der Praxisanleitung in der Patientenversorgung erfolgen kann. Insgesamt wird die Kooperation mit der Hochschule aber als sehr gut bezeichnet; Praxiseinrichtungen, die einen Vergleich haben, sprechen davon, dass diese Zusammenarbeit besser funktioniert als mit Fachschulen.

Auch von ärztlicher Seite werden Studierende als interessiert eingeschätzt. In einigen Häusern wird mit ihnen über Leitlinien und wissenschaftliche Perspektiven diskutiert. Studierende werden z. T. bei einigen Tätigkeiten explizit gegenüber Schülerinnen und Schülern bevorzugt. Ärzte und Ärztinnen sprechen mit ihnen überwiegend in einer Fachsprache, was dafür spricht, dass sie sie als fachlich kompetent einschätzen.

3.2.6 Sonstige Bemerkungen

In den Interviews mit der Berufspraxis wird deutlich, dass es vier Themen gibt, die zwar im Zusammenhang mit einer Akademisierung der Berufsgruppen zugespitzt werden, aber unabhängig davon zu diskutieren sind, weil sie auch für nicht-akademisierte Berufsvertreterinnen und -vertreter Gültigkeit haben:

1. Die Vergütung der Arbeit in den Gesundheitsfachberufen wird gemessen am Grad der Verantwortung, der erbrachten Leistung und dem Durchschnittseinkommen der Bevölkerung als in keiner Form angemessen bezeichnet.
2. Eine stärkere Handlungsautonomie und eine andere Form der Arbeitsteilung werden angesichts der fachlichen Ausdifferenzierung im Gesundheitssystem eingefordert. Es wird beispielsweise in der Physiotherapie bemängelt, dass die eigene Arbeit nur in Abhängigkeit von einer ärztlichen Verordnung möglich sei. Ärztinnen und Ärzte seien jedoch kaum in der Lage eine physiotherapeutische Befundung durchzuführen und zu entscheiden, welche physiotherapeutische Intervention im konkreten Fall sinnvoll ist.
3. Eine stärker an wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweisen (Evidenz) und an von der eigenen Berufsgruppe entwickelten Leitlinien orientierte Berufspraxis wird, auch aus haftungsrechtlichen Gründen, für zwingend notwendig erachtet. Dies ist ein überragendes Argument für die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe.

4. Es besteht Übereinstimmung darin, dass die Ausbildungs- und Prüfungsrichtlinien nicht mehr den Berufsanforderungen der Praxis und zudem nicht den Bildungsstandards entsprechen und dringend überarbeitet werden müssen, unabhängig von den Strukturen der Ausbildung.

3.2.7 Schlussfolgerungen

„Wenn ich die Ausbildung jetzt nochmal machen würde, würde ich die Hochschule sicher vorziehen.“ Diese Aussage eines der interviewten Berufspraktiker spiegelt trotz artikulierter Vorbehalte einiger Interviewpartnerinnen und Interviewpartner die insgesamt positive Stimmung in der Berufspraxis gegenüber der Akademisierung wider. Es stellt sich für keine bzw. keinen der interviewten Praktikerinnen und Praktiker, potentiellen Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler grundsätzlich die Frage, *ob* die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe sinnvoll ist, sondern nur *wie* diese umgesetzt werden soll, d.h. wie schnell, für einen wie großen Anteil der Berufsgruppe und unter welchen Bedingungen.

Zwar wird eingewendet, dass der wirkliche Mehrwert eines Hochschulstudiums erst noch nachgewiesen werden müsse, aber das Potential einer stärker wissenschaftlich orientierten Ausbildung wird deutlich gesehen. Zugleich besteht Konsens, dass eine praxisnahe Ausbildung ebenso wichtig ist und Theorie und Praxis eng miteinander verknüpft werden müssen. Die Gesundheitsfachberufe sind, ebenso wie die Medizin, Disziplinen, in denen das eigenständige und eigenverantwortliche Handeln die zentrale Anforderung ist. Dabei haben Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten das Anrecht auf die bestmögliche Versorgung und damit auch eine Versorgung, die wissenschaftlich fundiert ist.

Es besteht ebenfalls Konsens, dass die bestehenden Regularien der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe unabhängig von Fragen der Akademisierung dringend reformiert werden müssen: Inhalte, Lernziele, Lehr- und Prüfungsformen, Umfang und Dauer der Ausbildung sind neu zu diskutieren. Insoweit liegt es nahe diese grundlegende Reform mit einer Umstellung auf eine akademische Ausbildung, gemäß den Regularien europäischer Nachbarländer, zu verbinden.

Deutlich ist aber auch, dass eine akademische Erstausbildung in den Gesundheitsfachberufen auf die Regularien einer Hochschulausbildung zugeschnitten sein muss. Es bedarf zweifelsfrei einer Qualitätssicherung solcher Studiengänge, die bundesweiten Standards entsprechen muss, aber auch die Formen der Überprüfung der Qualität müssen mit den Formen der Qualitätssicherung an Hochschulen kompatibel sein.

Der Expertenworkshop zur Validierung der Ergebnisse hat gezeigt, dass die Erfahrungen u. a. in Nordrhein-Westfalen und Berlin denen in Fulda entsprechen und keine grundsätzlichen Unterschiede bestehen. Es kann daher von einer weitgehenden Übertragbarkeit der Ergebnisse aus Fulda ausgegangen werden. Andere Positionen, die im Bericht des BMG referiert sind (Deutscher Bundestag 2016), beruhen nicht auf einer wissenschaftlichen Evaluation der Studiengänge, sondern auf Meinungen und Einschätzungen.

Es lässt sich festhalten, dass weder ein Verzicht auf die Möglichkeit hochschulischer Ausbildung noch die Vermischung der Strukturen und Regeln von hochschulischer und fachschulischer Ausbildung den Anforderungen an eine zukunftsfähige Ausbildungsgestaltung entspricht. Damit ist auch eine einfache

Fortsetzung der Regelungen der Modellklausel keine angemessene Lösung. Dies ist ausdrücklich auch die Meinung, die von der zuständigen Landesbehörde in Hessen auf dem Validierungsworkshop artikuliert wurde.

Zwei Optionen zur künftigen Gestaltung sind vorstellbar:

1. Die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe wird insgesamt auf ein akademisches Niveau gehoben. Die Hochschulen, die solche Studiengänge anbieten, sind darauf eingerichtet, wenngleich es in einigen Bundesländern zu Finanzierungsengpässen an Hochschulen kommen könnte. Für die Fachschulen könnten Übergangslösungen gefunden werden, wenn Kooperationsmodelle zwischen Fachschulen und Hochschulen zugelassen werden. Damit könnten auch die beschriebenen finanziellen Engpässe behoben werden. Zugleich zeigt die Evaluierung, dass die Kooperation mit einer Fachschule keine Voraussetzung für eine erfolgreiche praxisnahe Ausbildung ist.
2. Es wird zunächst eine Teil-Akademisierung angestrebt, wie sie u. a. vom Wissenschaftsrat und im vom Kabinett verabschiedeten Bericht vorgeschlagen wird. Unter diesen Voraussetzungen muss die Ausbildung an Hochschulen in einem eigenen Abschnitt der Berufsgesetze geregelt werden, der eine Kompatibilität der Regelungen mit dem Hochschulrecht schafft. In diesem Fall müssen allerdings auch die Regelungen zur Ausbildung an Fachschulen den Anforderungen der Berufspraxis angepasst werden. Dies betrifft insbesondere die Qualifikation der Lehrenden, die curriculare Gestaltung an Lernfeldern, die inhaltliche Gestaltung der Ausbildung und die sächliche Ausstattung der Fachschulen.

Eine Neuregelung der Ausbildung von Gesundheitsfachberufen könnte sich an folgenden Eckpunkten orientieren:

- Entsprechend der Bundesärzteordnung kann der Bund die akademische Ausbildung von Gesundheitsfachberufen an Hochschulen regeln. Dabei sollten die Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Umgestaltung der Medizinerbildung auf ihre Relevanz für die Ausbildung von Gesundheitsfachberufen geprüft werden (vgl. Wissenschaftsrat 2014).
- Die anzustrebenden Kompetenzen bzw. Learning-Outcomes in der Ausbildung können in Expertenkommissionen bestimmt werden, in denen vorwiegend die jeweilige Berufsgruppe vertreten ist. Entsprechende Vorarbeiten und Vorschläge sind bei den einzelnen Berufsgruppen bereits vorhanden. Eine kompetenzorientierte Ausbildung und Prüfung ist anzustreben.
- Insgesamt sollte die kompetenzorientierte Ausbildung in der Autonomie der Hochschulen liegen. Formen interdisziplinären Lernens sollten erprobt werden.
- Eine akademische Ausbildung könnte sich an einem 7- bis 8-semesterigem Bachelor-Studium orientieren, in das insgesamt ein Jahr praktische Ausbildung am Patienten bzw. der Patientin oder den werdenden Eltern integriert werden sollte. Für Hebammenkunde und Physiotherapie wäre dieser Umfang EU-kompatibel. Die praktische Ausbildung wird im Studium durch fachpraktischen Unterricht vorbereitet, der z. B. auch simulierte Situationen einbeziehen kann. Noch zu diskutieren wäre, ob das Jahr praktischer Ausbildung in mehrere Praxiseinsätze während der Studiendauer aufgeteilt werden sollte, wie es in den derzeitigen Modellstudiengängen an der Hochschule Fulda der Fall ist oder ob ein praktisches Jahr am Ende der Ausbildung stehen sollte.

Letztere Alternative könnte folgendermaßen gestaltet sein: Die Studierenden durchlaufen drei Jahre theoretisches und fachpraktisches Studium, welches mit Modulprüfungen und einer Abschlussarbeit abschließt und den schriftlichen und mündlichen Teil des Staatsexamens ersetzt. Diesem ersten Ausbildungs- folgt ein praktisches Jahr, das mit einem mündlich-praktischen Staatsexamen oder einer geeigneten OSCE-Prüfung abgeschlossen wird. Das praktische Jahr am Ende der Ausbildung sollte in jedem Fall mit einer Vergütung für die Studierenden durch die ausbildenden Versorgungseinrichtungen verbunden sein.

- Ein staatliches Examen sollte beibehalten werden. Allerdings sollten die Ergebnisse der Modulprüfungen (schriftlicher und mündlicher Teil) und ein Bewertungsbericht über die Leistungen in der praktischen Ausbildung in das Staatsexamen einfließen.

4 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Kostenkalkulation für die Modellstudiengänge Physiotherapie und Hebammenkunde an der Hochschule Fulda.....	40
-----------	--	----

5 Literatur

- Alice Salomon Hochschule Berlin (2016). Evaluation des primärqualifizierenden Studiengangs Physiotherapie/ Ergotherapie an der Alice Salomon Hochschule Berlin. Online verfügbar unter <https://opus4.kobv.de/opus4-ash/frontdoor/index/index/docId/150> (Zugriffsdatum: 25.05.16).
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2014). Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung. Online verfügbar unter https://www.bmbf.de/pub/berufsbildungsforschung_band_15.pdf (Zugriffsdatum: 18.07.16).
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2016a). Der DQR – Niveau 4. Online verfügbar unter <http://www.dqr.de/content/2334.php> (Zugriffsdatum: 11.07.16).
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2016b). Der DQR – Niveau 6. Online verfügbar unter <http://www.dqr.de/content/2336.php> (Zugriffsdatum: 11.07.16).
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2016c). Welche Bedarfssätze sieht das BAföG vor? Online verfügbar unter <https://www.bafög.de/de/welche-bedarfssaetze-sieht-das-bafogevor--375.php> (Zugriffsdatum: 27.08.2016).
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2016d). ECVET Prinzipien. Online verfügbar unter <http://www.ecvet-info.de/de/249.php#ECVET-Punkte> (Zugriffsdatum 9.8.2016).
- Charité (2016). Entwicklung des Modellstudiengangs. Online verfügbar unter https://dsfz.charite.de/curriculum_formate/curriculumsentwicklung/modellstudiengang_medizin/ (Zugriffsdatum: 27.08.2016).
- Darmann-Finck, I. (2012). Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien. *Pflege und Gesellschaft*, 17 (3): 216-232.
- Deutscher Bundestag (2016). Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten. Online verfügbar unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/094/1809400.pdf> (Zugriffsdatum: 20.09.2016).
- Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. (2014). Bundesländerregelungen zur Qualifikation von Lehrkräften in der Physiotherapieausbildung. Online verfügbar unter https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Fort_und_Weiterbildung/Bundesl%C3%A4nderregelungen_zur_Qualifikation_von_Lehrkr%C3%A4ften_in_der_Physiotherapie_.pdf (Zugriffsdatum: 19.09.2016).
- Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., Landesverband Baden Württemberg (2015). Treffen mit Sozialministerin Altpeter: Konstruktives Gespräch zu den Themen Schulgeld und Fachkräftemangel. Online verfügbar unter <https://bw.physio-deutschland.de/news-regional/einzelansicht/>

- artikel/Treffen-mit-Sozialministerin-Alt-peter-Konstruktives-Gespraech-zu-den-Themen-Schulgeld-und-Fachkraeftemangel/drucken.html (Zugriffsdatum: 27.08.2016).
- Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. (2016a). Schulen für Physiotherapie. Online verfügbar unter https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Ausbildung/Webliste_Schulen_fuer_PT_01_2016.pdf (Zugriffsdatum: 27.08.2016).
- Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. (2016b). Zahlen, Daten, Fakten aus berufsrelevanten Statistiken. Online verfügbar unter https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Zahlen__Daten__Falten/Zahlen_Daten_Fakten.pdf (Zugriffsdatum: 27.08.2016).
- Europäische Union (2013). Richtlinie 2013/55/EU des europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“). Online verfügbar unter <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=celex%3A32013L0055> (Zugriffsdatum: 08.08.2016).
- Fritz, P. (2010). OSCE- Ein neues Prüfungsverfahren. Durch die Prüfung zirkeln. *Physiopraxis*, 8 (11/12): 60-63.
- Gesundheitsministerkonferenz (GMK) (2016). Beschlüsse der 89. GMK (2016). TOP: 6.3 Modellvorhaben zur Erprobung der Übernahme eigenständiger Versorgungsverantwortung durch Gesundheitsfachberufe. Online verfügbar unter <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=422undjahr=> (Zugriffsdatum: 11.7.16).
- Hermansson, E. und Martensson, L.B. (2013). The Evolution of midwifery education at the master's level: A study of Swedish midwifery education programmes after the implementation of the Bologna Process. *Nurse Education today*, 33 (8): 866-872.
- Herrmann-Werner, A., Nikendei, C., Keifenheim, K.; Bosse, H.M.; Wagner, R.; Celebi, N.; Zipfel, S.; Weyrich, P. (2013). „Best practice“ skills lab training vs. a „see one, do one“ approach in undergraduate medical education: an RCT on students' long-term ability to perform procedural clinical skills. *PLoS One*, 8 (9): e76354.
- Hessischer Landtag (2015). Kleine Anfrage des Abg. Rock (FDP) vom 02.09.2015 betreffend Versorgungssituation mit Hebammen in Hessen und Antwort des Ministers für Soziales und Integration. Online verfügbar unter <http://starweb.hessen.de/cache/DRS/19/9/02379.pdf> (Zugriffsdatum: 27.08.2016).
- Hessisches Ministerium für Wissenschaft und Kunst (2015). Verordnung über den Zugang beruflich Qualifizierter zu den Hochschulen im Lande Hessen. Online verfügbar unter https://www.hs-fulda.de/fileadmin/user_upload/Zentrale_Studienberatung/Studieren_ohne_Abitur/Verordnung_Zugang_beruflich_Qualifizierte_neu.pdf (Zugriffsdatum: 08.09.2016).

- Hochschule Fulda (2015). Zwischenbericht: Evaluation der Modellklausel für Hebammenkunde und Physiotherapie in Hessen gemäß BMG Richtlinie vom 16. November 2009. Online verfügbar unter www2005.hs-fulda.de/fileadmin/Fachbereich_PG/Forschung___Praxis/Evaluation_der_Modellklausel_20150713.pdf (Zugriffsdatum: 25.05.16).
- Hochschule für Gesundheit Bochum (2015). Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe. Bericht zu den Ergebnissen und Konsequenzen der Evaluation der Modellstudiengänge an der Hochschule für Gesundheit Bochum. Online verfügbar unter www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Redakteure/pdfs/Vera_Kemper/Medien/SR_Evaluationsbericht_Modellstudiengaenge_Kommentar_RZ.pdf (Zugriffsdatum: 25.05.16).
- Hochschulrektorenkonferenz (HRK) (2016). Hochschulfinanzierung. Online verfügbar unter <https://www.hrk.de/themen/hochschulsystem/hochschulfinanzierung/> (Zugriffsdatum 20.09.2016).
- Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (HVG). Stellungnahme des Hochschulverbunds Gesundheitsfachberufe e.V. (HVG) zu Erfolg und Weiterentwicklung der primärqualifizierenden Studiengänge in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen. Online verfügbar unter http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de//dokumente/Stellungnahme%20HVG_Oktober2015.pdf (Zugriffsdatum: 27.08.2016).
- Holdsworth, L.K.; Webster, V.S.; McFadyen, A.K. (2007). What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy*, 93 (1): 3-11.
- Landtag von Baden-Württemberg (2014). Antrag der Abg. Jochen Haußmann u.a. FDP/DVP und Stellungnahme des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren. Situation und Zukunft der beruflichen Qualifikation von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Baden-Württemberg (2014). Online verfügbar unter https://www.landtag-bw.de/files/live/sites/LTBW/files/dokumente/WP15/Drucksachen/5000/15_5849_D.pdf (Zugriffsdatum: 27.08.2016).
- Leemrijse, C.; Swinkels, I.C.; Veenhof, C. (2008). Direct Access to Physical Therapy in the Netherlands: Results From the First Year in Community-Based Physical Therapy. *Physical Therapy*, 88 (8): 936-946.
- Leinich, T. (2007). Schweden: Behandeln ohne ärztliche Verordnung. *Physiopraxis*, 5 (5): 10-14.
- Merriënboer, J.J.G. (1997). *Training Complex Cognitive Skills: A Four-Component Instructional Design Model for Technical Training*. New Jersey: Educational Technology Publications.
- Müller-Gartner, M.A. und Salchinger, B. (2011). Wie denken die Physiotherapeuten in den Praktikumsstellen über die Ausbildung an der Fachhochschule? *Physioscience*, 9 (7): 14-18.
- Nikendei, C., Schilling, T., Nawroth, P.; Jünger, J. (2005). Integriertes Skills-Lab-Konzept für die studentische Ausbildung in der Inneren Medizin. *Dtsch Med Wochenschr*, 130 (18): 1133-1138.
- Nowak, A.C. (2015). Blanko-Verordnung kommt gut an – Erste Ergebnisse zum Modellvorhaben. *Physiopraxis* 13 (4): 8-9.

- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) (2016). Bildung auf einen Blick 2015. OECD Indikatoren. Online verfügbar unter <https://www.oecd.org/berlin/publikationen/bildung-auf-einen-blick.htm> (Zugriffsdatum: 10.8.2016).
- Prognos und WIAD (2013): Ergebnisbericht. Forschungsgutachten für die Finanzierung eines neuen Pflegeberufsgesetzes. S.9 ff. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/131014_Ergebnisbericht__FinGutachten.pdf (Zugriffsdatum: 27.08.2016).
- Scheidhauer, H.; Düvel, A.; Rabou, A. (2013). Was bringt die Akademisierung in der Physiotherapie? Beobachtungsstudie zu Kompetenzunterschieden in zwei unterschiedlichen physiotherapeutischen Ausbildungsprofilen. *Physioscience*, 9 (3): 105-113.
- Statistisches Bundesamt (2012). Finanzen der Schulen. Schulen in freier Trägerschaft und Schulen des Gesundheitswesens. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/BildungKulturFinanzen/SchulenfreieTraeger5217110099004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriffsdatum: 27.08.2016).
- Statistisches Bundesamt (2015a). Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2014/2015. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Schulen/BeruflicheSchulen2110200157004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriffsdatum: 13.09.2016).
- Statistisches Bundesamt (2015b). Bildungsfinanzbericht 2015. Im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/BildungKulturFinanzen/Bildungsfinanzbericht1023206157004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriffsdatum: 16.09.2016).
- Statistisches Bundesamt (2016). Fachreihe 12 Reihe 7.3.1 - Gesundheit. Personal. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitspersonal/PersonalPDF_2120731.pdf?__blob=publicationFile (Zugriffsdatum: 03.08.2016).
- Theobald, H. (2004). Entwicklung des Qualifikationsbedarfs im Gesundheitssektor: Professionalisierungsprozesse in der Physiotherapie und der Dentalhygiene im europäischen Vergleich. Online verfügbar unter www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/11779/ssoar-2004-theobald-entwicklung_des_qualifikationsbedarfs_im_gesundheitssektor.pdf?sequence=1 (Zugriffsdatum: 29.08.2016).
- Univativ (2013). Unicensus13. Ergebnispräsentation. Online verfügbar unter http://www.univativ.de/site/images/pdf/unicensus2013_Ergebnisse.pdf (Zugriffsdatum: 27.08.2016).

Universität Bremen, Katholische Stiftungsfachhochschule München (2015). Evaluation der gesetzlich geregelten Modellvorhaben in den Berufsfeldern der Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie. Online verfügbar unter www.ksfh.de/files/Forschung/Microsoft%20Word%20-%20Abschlussbericht_Therapiestudienga%CC%88nge_26_09_2015.docx_.pdf (Zugriffsdatum: 25.05.16).

Wasner, M. (2006). Qualitätsmanagement in der Ausbildung Physiotherapie in den EU-Ländern – Eine vergleichende Untersuchung. Dissertation, Universität Heidelberg, Heidelberg.

Wissenschaftsrat (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Online verfügbar unter <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> (Zugriffsdatum: 27.08.2016).

Wissenschaftsrat (2014). Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge. Online verfügbar unter <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/4017-14.pdf> (Zugriffsdatum: 29.08.2016).

ISBN 978-3-940713-17-9

pg-papers 02/2016

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

Leipziger Straße 123

36037 Fulda