



## **Zweiter Zwischenbericht**

**31. Dezember 2013**

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

**Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen**

Abt. 4 Qualifikations- und Curriculumforschung:

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Sabine Muths

Abt. 3 Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung:

Prof. Dr. Stefan Görres

Helen Beckmann

Christin Adrian

Dr. Martina Stöver

Jaqueline Bomball

**Katholische Stiftungsfachhochschule München**

Prof. Dr. Bernd Reuschenbach

gefördert vom:

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



# Einleitung

Der vorliegende Zwischenbericht im Rahmen der „Inhaltlichen und Strukturellen Evaluation der Modellstudiengänge in NRW“ bezieht sich auf die im Zeitraum vom 1. Januar 2013 bis 30. November 2013 erzielten Ergebnisse. Die offizielle Laufzeit des Projekts startete am 1. März 2012, sie endet am 31.12.2014. Am 15.2.2013 wurde ein erster Zwischenbericht vorgelegt. In diesem Zwischenbericht werden nun Zwischenergebnisse der Arbeitspakete B.3 Qualität der Bildungseinrichtungen, B.6 Outcome und B.7 Bewertung dargestellt. Insbesondere die Ergebnisse zu B.3 sind vor dem Hintergrund aktueller politischer Diskurse zu diskutieren. Im Jahr 2012 und 2013 sind vier einflussreiche Veröffentlichungen publiziert worden, die den Diskurs um die Primärqualifizierung in den Gesundheitsberufen stimuliert haben: Die „Empfehlungen zur hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ des Wissenschaftsrats (2012), „Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln – Grundsätze und Perspektiven - Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung“ (2013), die „Empfehlungen zur Entwicklung des dualen Studiums“ des Wissenschaftsrats (2013) und das vom Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) und der Prognos AG im Auftrag des BMG und des BMFSFJ erstellte „Forschungsgutachten zur Finanzierung eines neuen Pflegeberufsgesetzes“ (2013). Die Empfehlungen dieser Papiere wurden im vorliegenden Bericht berücksichtigt und zum Teil ergänzt oder bestätigt.

## **Aufstellung der zentralen Arbeiten vom 1. Januar 2013 bis zum 30. November 2013**

### **Leistungspaket B - 2.Intentionen**

- Analyse eines Modulhandbuchs anhand der zuvor konsentierten Untersuchungskriterien und Abbruch dieser Arbeit
- Erarbeitung der Modularchitektur der Studiengänge in einer mit den Strukturmodellen im Leistungspaket 3 korrespondierenden Darstellung
- Übersetzung der in den Modulhandbüchern enthaltenen Outputparameter in Inputparameter und Erarbeitung von Darstellungen des jeweiligen Studienverlaufs (Rückkoppelung an die Studiengänge zur Überprüfung der erfolgten Deutungen – z.T. noch nicht vollständig erfolgt)

### **Leistungspaket B - 3. Qualität der Bildungseinrichtungen**

- Entwicklung von Analyse Kriterien für die Erfassung der Strukturmodelle der Studiengänge
- Erläuternde Darstellung der Struktur der untersuchten Studiengänge in einer einheitlichen Form (Rückkoppelung an die Studiengänge zur Überprüfung der erfolgten Deutungen – z.T. noch nicht vollständig erfolgt)
- Vergleichende Analyse der Strukturmodelle der Studiengänge
- Ableitung von vorläufigen Empfehlungen

### **Leistungspaket B - 4. Qualität der Lehr-/Lernorte**

- Entwicklung eines Leitfadens für die Experten-Fokusgruppen zum Praxis-Theorie-Praxis-Transfer

- Durchführung von 11 Experten-Fokusgruppen zu 10 Modellstudiengängen (an der FH Münster vor dem Hintergrund der Fragestellung in beiden Fachrichtungen, nicht an der RWTH Aachen)
- Zusammenfassende Transkription der Tonaufnahmen
- Auswertung der Transkripte hinsichtlich der in den Studiengängen realisierten Interventionen auf der Mikro-Ebene der Lehr-Lern-Prozesse und der Meso-Ebene der Lernortkooperationen (teilweise Einbindung der erhobenen Daten in Leistungspaket B.3)
- Ergänzende Erfassung von Beobachtungen zum Output der Studiengänge
- Ordnung der identifizierten Interventionen durch Clusterung / Ableitung von 7 Kategorien für die ermittelten Lehr-Lernformen
- Identifizierung von 6 Beispielinterventionen mit einem hohem Potenzial für praxisorientierte Studienangebote auf EQR-Niveau 6 (Rückkoppelung an die Studiengänge)

#### **Leistungspaket B - 5. Output (KSFH)**

- Sichtung geeigneter Diagnostika zur Kompetenzdiagnostik
- Durchführung von Pretests zur Auswahl geeigneter Diagnostika
- Durchführung von vorbereitenden Einzelinterviews zu wahrgenommenen Kompetenzunterschieden in der Praxis

#### **Leistungspaket B - 6. Outcome**

- Erstellung eines Reviews zu Langfristigen Wirkungen der akademischen Primärqualifikation in der Logopädie
- Erstellung eines Reviews zu Langfristigen Wirkungen der akademischen Primärqualifikation von Hebammen und Entbindungspflegern
- Recherche zu langfristigen Wirkungen der akademischen Primärqualifikation von Physiotherapeut\_innen

#### **Leistungspaket B – 7. Bewertung**

- Durchführung der 1. Online-Erhebung (Nov. 2012-Jan. 2013) (Kohorte 2010/2011)
- Qualitative und quantitative Datenauswertung der Online-Erhebung (Kohorte 2010/2011)
- Planung und Konzeption der 1. Online-Erhebung bei den Studierenden (Kohorte 2011/2012) an den Hochschulstandorten Köln, Rheine, Bochum, Bielefeld und Münster
- Durchführung der Online-Erhebung (Versand des Zugangscodes an die Modellstudiengänge)

#### **Zusammenarbeit und Abstimmung**

- Kontaktierung der Expertinnen per Email zum Literaturreview: Konkretisierung der Suchbegriffe und Datenbanken, Rückmeldung zu den Rechercheergebnissen
- Vorstellung des Evaluationsvorhabens beim Fachbeirat am 10. April in Düsseldorf
- Teilnahme an der Sitzung des Fachbeirats am 28. Juni in Düsseldorf
- Teilnahme an den Sitzungen zur beruferechtlichen Begleitforschung am 6. September und am 17. Oktober in Bochum

## Kurzzusammenfassung

Der vorliegende Zwischenbericht liefert Ergebnisse hinsichtlich der Bewährung der strukturellen Realisierung eines primärqualifizierenden Studiums in der Pflege, den therapeutischen Gesundheitsfachberufen und der Hebammenkunde, hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen einer akademischen Primärqualifizierung in der Logopädie respektive Hebammenkunde und dem Patientencoutcome und hinsichtlich der Zufriedenheit und der Einschätzungen der Studierenden der Studienkohorte 2010/11 ca. zwei Jahre nach Aufnahme des Studiums.

### **Arbeitspaket B.3: Qualität der Bildungseinrichtungen: Analyse der Strukturmodelle**

Als Hauptproblem auf der Strukturebene erweist sich für die Modellstudiengänge momentan die Inkompatibilität zwischen beruferechtlichen und hochschulrechtlichen Vorgaben, die gegenwärtig gleichermaßen zu beachten sind. Sowohl auf der inhaltlichen (z. B. Fächer-, Themen- oder Lernfeldorientierung in der beruflichen Ausbildung versus Kompetenz- und Handlungsorientierung im Studium, unterschiedliche Qualifikationsniveaus) als auch auf der formalen Ebene (z. B. Input- versus Outputorientierung) bestehen divergierende Ansätze, die nicht ohne Abstriche hinsichtlich der Qualität der akademischen Ausbildung integriert werden können. Eine neue berufsgesetzliche Regelung für die akademische Erstausbildung, die neben berechtigten Interessen der Qualitätssicherung der Ausbildung und Prüfung in den Heilberufen hochschulischen Standards Rechnung trägt, ist deshalb dringend erforderlich.

Die untersuchten Studiengänge sind hinsichtlich der strukturellen Kooperationen innerhalb der Hochschulen, mit den Berufsfachschulen und mit Praxiseinrichtungen sehr unterschiedlich aufgestellt. Diese breite Streuung wurde vom MGEPA bewusst im Rahmen des Genehmigungsverfahrens der Modellstudiengänge angelegt, um die Potenziale und Grenzen der jeweiligen Modelle ausloten zu können. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung werden drei Modelltypen voneinander abgehoben. Bei Modell A ist die Hochschule nicht nur formal für Studium und Ausbildung verantwortlich, sondern die Ausbildung wird komplett in ein Hochschulstudium überführt, dort curricular konzipiert und von hochschulischen Mitarbeiter\_innen durchgeführt. Auch die Kooperationen mit den Praxiseinrichtungen werden von den Hochschulen selbst übernommen. Bei den in Modell B zusammengefassten Studiengängen kooperieren die Hochschulen in unterschiedlicher Intensität mit Berufsfachschulen bei der Konzeption und Durchführung der theoretischen Studienanteile sowie auch bei der Organisation und Koordination der praktischen Studienanteile und der Praxisbegleitung. Durch eine begrenzte Auswahl an beteiligten Schulen und – sofern Unterricht in den Berufsfachschulen stattfindet – homogene Klassen mit Studierenden wird bei diesem Modell ein akademisches Niveau der Lehrangebote sichergestellt. In Modell C kooperiert der Studiengang dagegen mit einer größeren Anzahl von Berufsfachschulen ( $\geq 20$ ), bindet deren Lehrangebot eher formal in das Studium ein und überlässt den Schulen weitgehend die Kooperation mit den Praxiseinrichtungen sowie die Praxisbegleitung, so dass nicht sicher gewährleistet werden kann, dass die auf das Studium angerechneten Anteile tatsächlich durchgängig Bachelorniveau erreichen. Mit Blick auf die Professionalisierung der Gesundheitsberufe lässt die Analyse der Strukturmodelle den Schluss zu, dass das Modell A bei entsprechender personeller und materieller Ausstattung am besten geeignet ist, um die mit einer akademischen Primärqualifikation verbundenen Kompetenzen aufzubauen. Den B-Modellen kommt vor allem in der gegenwärtigen

tigen Phase des Übergangs durch die Einführung eines neuen Ausbildungs- und Qualifikationsniveaus in der Bildung der hier untersuchten Berufe eine gewichtige Rolle zu, indem sie die berufliche Ausbildung einbinden, sich ihre Unterstützung sichern und sie „mitnehmen“, was vor dem Hintergrund von Akzeptanzproblemen akademisch Qualifizierter in der beruflichen Praxis nicht zu vernachlässigen ist. Bei Modell C handelt es sich von der Struktur her eher um ein additives Studienmodell. Additive Modelle haben eine wichtige Funktion in der Studienlandschaft der Gesundheitsfachberufe, da sie die Akademisierung in die Breite tragen und Durchlässigkeit ermöglichen.

Ein Studiengang ist an einer Universität angesiedelt und mit einer medizinischen Fakultät assoziiert. Die anderen Studiengänge befinden sich an Fachhochschulen. Zwei Studiengänge sind räumlich in der Nähe einer kooperierenden Berufsfachschule bzw. Klinik gelegen, in einem Studiengang sind die assoziierten Schulen Bestandteil einer Universitätsklinik. Diese Nähe zum Praxisfeld kann möglicherweise die Kooperation erleichtern und befördern, wobei in Rechnung zu stellen ist, dass die Klinik ja nur ein Setting unter anderen, möglicherweise zukünftig relevanteren darstellt.

Die vorliegende Untersuchung kommt des Weiteren zu dem Schluss, dass bei den für die Studiengänge gewählten Begrifflichkeiten gegenwärtig zu wenig zwischen einer Dualität von Studienprogrammen und einer lediglich additiven Konzeption unterschieden wird. Nicht nur in NRW, in der gesamten Bundesrepublik wird der Begriff „dual“, der in Deutschland ein Qualitätsmerkmal darstellt, für alle Studienprogramme verwendet, die – häufig lediglich formal und vertraglich abgesichert – mit Lernorten der beruflichen Ausbildung kooperieren.

### **Arbeitspaket B.3: Qualität der Bildungseinrichtungen: Analyse der Prüfungsmodalitäten**

Für die Analyse der Evaluationsberichte hinsichtlich ihrer Aussagen zur Umsetzung der staatlichen Prüfungen im Rahmen der Modellstudiengänge wird der Befund bestätigt, dass die gegenwärtig notwendige Berücksichtigung der rechtlichen Vorgaben für die berufliche Ausbildung und die beruflichen Abschlussprüfungen einerseits und das Hochschulstudium und die akademischen Prüfungen andererseits nicht nur einen erheblichen Aufwand für die Studiengänge bedeutet, sondern auch dazu führt, dass die Prüfungen nicht durchgängig hochschulischen Standards entsprechend gestaltet werden können.

### **Arbeitspaket B.6: Langfristige Wirkungen (Outcome)**

Da in Deutschland die Forschung in den Gesundheitsfachberufen noch wenig ausgebaut ist und eine Wirksamkeitsforschung erst in Ansätzen besteht, wurde anhand einer systematischen internationalen Literaturrecherche nach Anhaltspunkten dafür gesucht, dass eine Ausbildung auf akademischem Niveau mit einer Verbesserung des Patientenoutcomes oder einer Vermeidung von unerwünschten Patientenergebnissen assoziiert ist. Diese Literaturrecherche wurde zunächst für die Berufe der Logopädin/des Logopäden und der Hebamme/des Entbindungspfleger durchgeführt. Im Ergebnis konnten keine Studien zu dieser Fragestellung identifiziert werden, was möglicherweise darauf zurückgeführt werden kann, dass die Akademisierung in diesen Berufen international bereits so weit fortgeschritten ist, dass sich diese Frage nicht mehr stellt. Aber auch zu den Lernergebnissen bzw. den erreichten Kompetenzen der Studiengangabsolvent\_innen finden sich kaum Studien.

### **Arbeitspaket B.7: Bewertung: Erste Zwischenergebnisse Online-Befragung der Studierenden (Kohorte WS 2010/11)**

Die erste Onlinebefragung der Studierenden fokussierte die Themen Erwartungen an das Studium bzw. Studiengangwahlmotive, Theorie-Praxis- bzw. Praxis-Theorie-Transfer und berufliche Sozialisation und Rollenwahrnehmung. Methodisch handelt es sich derzeit um eine deskriptive Querschnittstudie bzw. den ersten Erhebungszeitpunkt einer Längsschnittstudie mit zwei Erhebungszeitpunkten. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die Studiengangwahlmotive der Studierenden sich vornehmlich auf allgemeiner Ebene bewegen (z. B. „persönliche Weiterentwicklung“), für eine akademische Ausbildung spezifische Aspekte wurden seltener angegeben. Mit dem Theorie-Praxis- bzw. Praxis-Theorie-Transfer zeigen sich die Studierenden größtenteils zufrieden, Defizite wurden in der Häufigkeit und der Qualifikation der Praxisanleitung und in der Kommunikation zwischen Hochschule und Praxislernort gesehen. Die Befragung zum Thema Berufssozialisation ergab, dass die Studierenden bei sich selbst größtenteils erweiterte Kompetenzen im Unterschied zur beruflichen Ausbildung wahrnehmen und ihnen auch solche Kompetenzen von den Kolleg\_innen in der Praxis zugeschrieben werden (z. B. in Bezug auf evidenzbasiertes Denken und Handeln). Etwa die Hälfte der Befragten nimmt Vorurteile von Seiten der Praxis wahr, wonach die Studierenden eine weniger praxisorientierte Ausbildung durchlaufen, - was allerdings faktisch nicht korrekt ist.

## **Gliederung des Gesamtberichts**

- I. Arbeitspaket B.3: Qualität der Bildungseinrichtungen: Analyse der Strukturmodelle
- II. Arbeitspaket B.3: Qualität der Bildungseinrichtungen: Analyse der Prüfungsmodalitäten
- III. Arbeitspaket B.6: Langfristige Wirkungen (Outcome)
  1. Literaturreview Logopäd\_innen
  2. Literaturreview Hebammen/Entbindungspfleger
- IV. Arbeitspaket B.7: Bewertung: Erste Zwischenergebnisse Online-Befragung der Studierenden (Kohorte WS 2010/11)

# Inhaltverzeichnis

<b>I. Qualität der Bildungseinrichtungen: Analyse der Strukturmodelle</b> .....	<b>1</b>
1	Strukturmodelle von Studiengängen ..... 2
1.1	Methodisches Vorgehen ..... 2
1.2	Entwicklung von Untersuchungskriterien..... 3
1.2.1	Rahmenbedingungen für die Konzeption von Studiengängen nach Bologna..... 3
1.2.2	Rahmenbedingungen der Berufsgesetze in den Pflege- und Gesundheitsberufen..... 5
1.3	Besonderheiten und Formate dualer Studiengänge ..... 7
1.4	Exkurs: Dual – integriert – ersetzend – verschränkend? –Duale Studienformate und die Begriffsdiskussion am Beispiel der Pflegebildung ..... 8
1.5	Untersuchungskriterien und Form der Ergebnisdarstellung ..... 12
2	Die Strukturmodelle der Modellstudiengänge..... 15
2.1	Studiengänge der Hochschule für Gesundheit (hsg) Bochum ..... 15
2.1.1	Ergotherapie..... 18
2.1.2	Logopädie ..... 21
2.1.3	Physiotherapie..... 24
2.1.4	Hebammenkunde ..... 26
2.1.5	Pflege..... 28
2.2	Dualer Studiengang Pflege und Gesundheit (B.A.) an der Fliedner Fachhochschule Düsseldorf..... 32
2.3	Studiengang Pflege (B. Sc.) an der Fachhochschule Bielefeld..... 37
2.4	Studiengang Pflege (B.Sc.) an der Mathias Hochschule Rheine (MHR)..... 41
2.5	Ausbildungsintegrierender Studiengang Logopädie (B.Sc.), dual, an der RWTH Aachen..... 46
2.6	Studiengang Therapie- und Gesundheitsmanagement – Fach-richtung Logopädie u. Fachrichtung Physiotherapie (B.Sc.) an der Fachhochschule Münster..... 50
2.7	Studiengang Pflege an der Katholischen Hochschule NRW (KatHO NRW) mit den Standorten Köln, Münster, Paderborn und Aachen..... 56
2.8	Exemplarische Untersuchung eines Studiengangs außerhalb des Modellprojekts – Studiengang Hebammenkunde (Mid-wifery) an der KatHO NRW ..... 63
3	Studiengangübergreifende Analysen ..... 65
3.1	Inkompatibilität der Strukturen hochschulischer und beruflicher Ausbildung..... 65

3.2	Begrifflichkeiten .....	66
3.3	Kooperationsstrukturen .....	67
3.3.1	Interne Kooperationsstrukturen .....	67
3.3.2	Zusammenarbeit mit Berufsfachschulen im Rahmen der theoretischen und fachpraktischen Studienanteile.....	68
3.3.3	Zusammenarbeit mit Praxiseinrichtungen und strukturelle Einbindung praktischer/klinischer Studienanteile in die Kooperation .....	72
3.3.3.1	Therapeutische Berufe .....	74
3.3.3.2	Pflege.....	77
3.3.3.3	Hebammenkunde.....	79
3.4	Abbildung studentischen Workloads in den Studienprogrammen vs. Erfüllung berufsgesetzlicher Vorgaben .....	80
3.4.1	Workload .....	80
3.4.2	Einbindung von Praxiszeiten in den Studienworkload.....	81
3.4.3	Relation von Präsenz- und Selbstlernzeiten im gesamten Studium .....	85
4	Empfehlungen.....	87
5	Quellen- und Literaturverzeichnis.....	91
5.2.1	Evaluationsberichte und Arbeitsdokumente der Hochschulen .....	95
5.2.2	Modulhandbücher der Studiengänge (MHB):.....	96
5.2.3	Paraphrasierende Transkripte der durchgeführten Expert_innen-Fokus- Gruppen zum Praxis-Theorie-Praxis-Transfer mit den Modellstudiengängen: .....	96
<b>II. Analyse der Prüfungsmodalitäten .....</b>		<b>98</b>
1	Methode.....	99
2	Ergebnisse.....	99
3	Empfehlungen.....	101
4	Literaturverzeichnis .....	101
<b>III. Langfristige Wirkungen (Outcome) der akademischen Primärqualifikation .....</b>		<b>102</b>
1	Literaturreview Logopäd_innen.....	103
1.1	Methode.....	103
1.2	Ergebnisse.....	107
1.3	Zusammenfassung .....	109
1.4	Literaturverzeichnis .....	110
1.4.1	Gesichtete Quellen, die eingeschlossen wurden .....	110

1.4.2	Gesichtete Quellen, die ausgeschlossen wurden .....	111
2	Literaturreview Hebammen / Entbindungspfleger .....	114
2.1	Methode.....	114
2.2	Ergebnisse.....	119
2.3	Zusammenfassung .....	120
2.4	Literaturverzeichnis .....	120
2.4.1	Gesichtete Quellen, die eingeschlossen wurden .....	120
2.4.2	Gesichtete Quellen, die ausgeschlossen wurden .....	120

#### **IV. Erste Zwischenergebnisse: Online-Befragung der Studierenden (Kohorte WS 2010/11) 122**

1	Einleitung.....	123
2	Ziele.....	123
3	Methodisches Vorgehen .....	124
3.1	Rücklaufquote.....	126
3.2	Beschreibung des Samples .....	127
3.3	Berufsausbildung vor dem Studium .....	128
3.4	Studiengang/Semester .....	129
4	Zwischenergebnisse .....	130
4.1	Erwartungen der Studierenden an das Studium/ Studiengangs-Motivation	130
4.2	Theorie-Praxis-/ Praxis-Theorie-Transfer .....	133
4.3	Berufliche Sozialisation und Rollenwahrnehmung.....	136
5	Zusammenfassung .....	143
6	Literaturverzeichnis.....	146

#### **V. Anhang 147**

1	Anlagen zu I. Qualität der Bildungseinrichtungen.....	148
2	Synopse Analyse der Prüfungsmodalitäten.....	154

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Legende für die Visualisierung der Strukturmodelle .....	14
Abbildung 2: Studiengang Ergotherapie (B.Sc.),hsg Bochum .....	18
Abbildung 3: Studiengang Logopädie (B.Sc.), hsg Bochum.....	21
Abbildung 4: Studiengang Physiotherapie (B.Sc.), hsg Bochum.....	24
Abbildung 5: Studiengang Hebammenkunde (B.Sc.), hsg Bochum .....	26
Abbildung 6: Studiengang Pflege (B.Sc.), hsg Bochum .....	28
Abbildung 7: Dualer Studiengang Pflege und Gesundheit (B.A.), Flidner FH Düsseldorf .....	32
Abbildung 8: Dualer Studiengang Gesundheits- und Krankenpflege (B.Sc.),FH Bielefeld .....	37
Abbildung 9: Studiengang Pflege (B.Sc.), Mathias Hochschule Rheine.....	41
Abbildung 10: Ausbildungsintegrierender Studiengang Logopädie (B.Sc.) dual, RWTH Aachen.....	46
Abbildung 11: Studiengang Therapie- und Gesundheitsmanagement (B.Sc.) – Fachrichtung Logopädie, FH Münster.....	50
Abbildung 12: Studiengang Therapie- und Gesundheitsmanagement (B.Sc.) – Fachrichtung Physiotherapie, FH Münster.....	51
Abbildung 13: Dualer Studiengang Pflege (B.Sc.), KatHO NRW .....	56
Abbildung 14: Studiengang Hebammenkunde (B.Sc.), KatHO NRW .....	63
Abbildung 15: Grundmuster additiver und praxisintegrierender Studiengangstrukturen ...	67
Abbildung 16: Zeitpunkte der Datenerhebungen im Arbeitspaket B.....	125
Abbildung 17: Geschlechterverteilung in der Stichprobe.....	127
Abbildung 18: Altersverteilung in der Stichprobe .....	127
Abbildung 19: Abschluss einer Berufsausbildung .....	128
Abbildung 20: Anteil der Studierenden nach Modellstudiengängen .....	129
Abbildung 21: Anteil der Studierenden nach Semestern.....	129
Abbildung 22: Bewertung der Faktoren bei der Auswahl des Studiengangs .....	132
Abbildung 23: Wichtigkeit der Kriterien bei der Entscheidung für das Studium .....	132
Abbildung 24: Beurteilung des Theorie-Praxis-Transfers.....	133
Abbildung 25: Einschätzung der Rahmenbedingungen im Studiengang.....	134
Abbildung 26: Einschätzung der Bedingungen innerhalb des Studiums .....	134
Abbildung 27: Einschätzung der Rahmenbedingungen in den Praxiseinsätzen .....	135
Abbildung 28: Einschätzung der seitens der Praxis zugeschriebenen Kompetenzen ....	137
Abbildung 29: Selbsteinschätzung der Fähigkeiten/Kompetenzen.....	138
Abbildung 30: Rollenwahrnehmung der Studierenden .....	139
Abbildung 31: Erfahrung mit Vorurteilen in der Praxis.....	140
Abbildung 32: Erleben eines Rollenkonfliktes bzgl. der Doppelrolle in der Praxis .....	141
Abbildung 33: Hilfestellung/Ansprechpartner_innen in Konfliktsituationen .....	142

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Synopse der in der Literatur zur Struktur von grundständigen/ primärqualifizierenden Pflegestudiengängen verwendeten Begrifflichkeiten .....	11
Tabelle 2: Übersicht über die Lern-/Arbeitslast in den untersuchten Studiengängen .....	81
Tabelle 3: Stundenvolumina in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen .....	82
Tabelle 4: Übersicht über die Volumina der akkreditierten praktischen Ausbildung .....	83
Tabelle 5: Recherche in Pubmed, Datenbestand vom 27. - 28.08.2013 .....	103
Tabelle 6: Recherche in CINAHL, Datenbestand vom 29.08.2013.....	105
Tabelle 7: Recherche in Cochrane Library, Datenbestand vom 29.08.2013 .....	106
Tabelle 8: Recherche in SpeechBITE, Datenbestand vom 29.08.2013.....	107
Tabelle 9: Recherche in Pubmed, Datenbestand vom 25. - 30.09.2013 .....	114
Tabelle 10: Recherche in CINAHL, Datenbestand vom 26. - 30.09.2013.....	116
Tabelle 11: Recherche in Cochrane Library, Datenbestand vom 30.09.2013 .....	118
Tabelle 12: Rücklaufquote nach (Fach-)Hochschulen.....	126
Tabelle 13: Vorherige Berufsausbildung der Studierenden.....	128
Tabelle 14: Erwartungen der Studierenden an das Studium.....	130
Tabelle 15: Begründung zur Studiengangwahl .....	131
Tabelle 16: Optimierungsvorschläge der Studierenden für die Praxiseinsätze.....	135
Tabelle 17: Positive Reaktionen auf die Studierenden in der Praxis .....	136
Tabelle 18: Negative Reaktionen auf die Studierenden in der Praxis.....	137
Tabelle 19: Fähigkeiten/Kompetenzen der Studierenden .....	138
Tabelle 20: Selbsteinschätzung der Studierenden.....	139
Tabelle 21: Unterschiede zwischen den Studierenden und „klassischen Auszubildenden“ .....	140
Tabelle 22: Beispiele für die Vorurteile .....	141
Tabelle 23: Erlebte Konfliktsituationen.....	142
Tabelle 24: Ansprechpartner_innen in Konfliktsituationen .....	143

# Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
APrV	Ausbildungs- und Prüfungs-Verordnung
ASTA	Allgemeiner Studierendenausschuss
AWL	After-Work-Lecture
B.A.	Bachelor of Arts
BAFöG	Bundesausbildungsförderungsgesetz
BFS	Berufsfachschule
BIBB	Bundesinstitut für Berufliche Bildung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMFSFJ	Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend
BLK	Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung
B.Sc.	Bachelor of Science
CP	Credit Points
DBfK	Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe
DBR	Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
EBP	Evidenzbasierte Praxis
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen
EU	Europäische Union
FH	Fachhochschule
HebG	Hebammengesetz
HS	Hochschule
hsg	Hochschule für Gesundheit, Bochum
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
IPE	Interprofessionel Education
KatHO NRW	Katholische Hochschule Nordrhein Westfalen
KMK	Kultusministerkonferenz
MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
MHR	Mathias Hochschule Rheine
NC	Numerus Clausus
NRW	Nordrhein-Westfalen
PDL	Pflegedienstleitung
RWTH	Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule
SS	Sommersemester
SVR wesen	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheits-
SWS	Semesterwochenstunden

TGM	Therapie- und Gesundheitsmanagement
WIAD	Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands
WR	Wissenschaftsrat
WS	Wintersemester

# **I. Qualität der Bildungseinrichtungen: Analyse der Strukturmodelle**

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck  
Sabine Muths

Wir danken  
für den konstruktiven Austausch und die wertvollen  
inhaltlichen Anregungen.

**Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)**  
**Abteilung 4: Qualifikations- und Curriculumforschung**

Bremen, Dezember 2013

# 1 Strukturmodelle von Studiengängen

Mit der Analyse der Strukturmodelle sind im Modell zur Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (Ditton 2009) diejenigen Aspekte des implementierten Curriculums angesprochen, die sich auf der Institutionsebene bewegen. Dem implementierten Curriculum voraus geht das intendierte Curriculum, d. h. die Festlegung der mit einem Bildungsangebot, hier einer Ausbildung in den Heilberufen auf akademischem Niveau, angestrebten Ziele und Inhalte. Im Rahmen des Status quo Berichts wurden folgende Grundintentionen von Modellstudiengängen der Pflege- und Gesundheitsfachberufe herausgearbeitet: 1. Befähigung zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand, 2. Vermittlung klinischer Kompetenzen auf Bachelorniveau, 3. Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses, 4. Förderung von Kooperation und Interprofessionalität (Darmann-Finck 129 ff.). Während mit dem implementierten Curriculum üblicherweise in erster Linie der eigentliche Prozess des Lehrens und Lernens in der Interaktion zwischen Lehr-/Lernangebot und dessen Nutzung verstanden wird, bezieht sich der Aspekt der Strukturmodelle darauf, wie die Studiengänge formal aufgebaut sind und wie die Hochschulen im Rahmen der Studiengänge mit anderen Lernorten (z. B. Berufsfachschulen oder betriebliche Praxis) kooperieren. Nicht nur die Studieninhalte und die konkreten Interaktionsprozesse, auch die formalen Strukturen haben eine direkte Wirkung auf die Kompetenzentwicklungs- und Bildungsprozesse bzw. stehen mit den anderen Input- und Prozessfaktoren in einer Wechselbeziehung. Auf dieser Ebene identifizierte Muster oder Probleme bieten eine Interpretationsfolie für die Ergebnisse der Outputmessung einerseits und geben auch bereits an dieser Stelle Hinweise auf erforderliche Verbesserungen.

## 1.1 Methodisches Vorgehen

Die Untersuchung erfolgt in drei Schritten:

- Zunächst werden Untersuchungskriterien auf der Grundlage der aktuellen Diskussion um die Konstruktion von primärqualifizierenden Studiengängen im Pflege- und Gesundheitswesen und im Rückgriff auf die jeweils hinterlegten Berufsgesetze und die Rahmenvorgaben des Bologna-Prozesses abgeleitet (Kapitel 2).
- In einem nächsten Schritt wird zunächst separat für jeden zu untersuchenden Studiengang anhand der erarbeiteten Untersuchungskriterien eine inhaltsanalytische Dokumentenanalyse durchgeführt. Grundlage der Analyse bildet jeweils das seitens der Hochschulen zur Verfügung gestellte Informations- und Schriftenmaterial. Es umfasst neben Informationsbroschüren bzw. Internetauftritten die von Seiten der Untersucherinnen ergänzend protokollierte Präsentation des ersten Besuchs am jeweiligen Standort, das Modulhandbuch, die Evaluationsberichte (soweit zum Zeitpunkt der Analyse erstellt), evtl. den Akkreditierungsantrag, eventuelle Publikationen zum Studiengang und, sofern für diesen Teil bereits aussagekräftig, die paraphrasierenden Transkripte der durchgeführten Experten-Fokusgruppen in verschiedenen Studien-

gängen<sup>1</sup>. Eine konkrete, studiengangbezogene Auflistung der vielfach nicht publizierten Arbeitspapiere erfolgt in einem separaten Abschnitt des Literaturverzeichnisses.

Im Ergebnis entsteht aus diesem Untersuchungsschritt eine deskriptive Analyse der Studiengänge anhand der Kriterien. Die Beschreibungen werden anhand von Grafiken, die auf einheitlichen bildsprachlichen Elementen beruhen, visualisiert (Kapitel 3).

- Abschließend werden die identifizierten Strukturmodelle anhand der Untersuchungskriterien vergleichend analysiert, um Modelltypen und deren Potenziale für eine Professionalisierung der hier im Mittelpunkt stehenden Berufsgruppen zu identifizieren. Zudem sollen ggf. alle Studiengänge mehr oder weniger betreffende Schwierigkeiten bei der Umsetzung der gesetzlichen oder administrativen Vorgaben ermittelt werden (Kapitel 4).
- Daraus werden schließlich vorläufige Empfehlungen für die Konzeption von primärqualifizierenden Studiengängen und für die berufe-/hochschulrechtliche Begleitforschung abgeleitet (Kapitel 5).

## 1.2 Entwicklung von Untersuchungskriterien

Um Ansatzpunkte für Untersuchungskriterien zur vergleichenden Analyse der Studiengangstrukturen gewinnen zu können, werden zunächst die Voraussetzungen für die Konzeption von Studiengangstrukturmodellen bei den bundesgesetzlich geregelten Heilberufen dargestellt. Bei den Voraussetzungen wird unterschieden zwischen den strukturellen Vorgaben, die sich aus der Umstellung der Studiengänge in das Bachelor-/Mastersystem ergeben (2.1), den Rahmenbedingungen, die durch die Berufsgesetze vorgegeben sind (2.2) und den Besonderheiten, die aus der Dualität der Studiengänge resultieren (2.3). In 2.4 werden in einem Exkurs die verschiedenen Begrifflichkeiten für die Kennzeichnung dualer erstausbildender Studiengänge in der Pflege diskutiert

### 1.2.1 Rahmenbedingungen für die Konzeption von Studiengängen nach Bologna

Mit den Strukturvorgaben des Hochschulrahmengesetzes (HRG 1998) sowie den Beschlüssen der Kultusministerkonferenz (KMK 1997, 1998, 1999) im Anschluss an den Bologna-Prozess soll u.a. eine größere Transparenz des Hochschulsystems für seine Nutzer\_innen, insbesondere die Studierenden, erreicht werden. Sie sollen eine klare Orientierungshilfe erhalten und ihren Weg durch das Studium, etwa mittels einer verständlichen Vermittlung von Studien- und Prüfungsordnungen mit strukturierten Studienplänen und einer zeitlich gut abgestimmten Organisation des Lehrangebots, stringent organisieren können (Kühler 2005, 184).

Als europaweit gültige Orientierungsbasis wurde das European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS) etabliert, das durch ein Kreditpunktesystem (CP = Credit Points) die zeitlichen Anforderungen des Studiums und der das Studium gliedernden Einheiten (Semester und Module) transparent macht. Gleichzeitig sollen so die in einem Ausbildungsabschnitt erreichten Ausbildungsleistungen definiert und damit eine erhöhte Mobilität und Durchlässigkeit zwischen Ausbildungsorten im In- und Ausland ermöglicht

---

<sup>1</sup> Experten-Fokusgruppen wurden im Rahmen dieser Evaluation im Leistungspaket B - 4. „Qualität der Lehr-/Lernorte“ mit 11 der zu untersuchenden Studiengänge durchgeführt. Eine ausführliche Erläuterung des methodischen Vorgehens erfolgt mit der Darstellung der Ergebnisse dieses Leistungspakets in einem folgenden Zwischenbericht. Einige Daten, die im Zuge dieses Untersuchungsschrittes erhoben wurden, insbesondere zu den entwickelten strukturellen Angeboten der Lernortkooperation, konnten als Ergänzung zu den untersuchten Dokumenten sinnvoll in diesen Zwischenbericht einfließen.

werden. Durch Umstellung der Rechengröße ‚Semesterwochenstunde‘ (SWS) für die Lehrlast auf die Ermittlung der Lernlast soll der mit der Bologna-Reform intendierte Wandel vom Lehren zum Lernen bzw. von der Inputorientierung zu einer stärkeren Outputorientierung auch formal vollzogen werden.

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

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

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

Für das System der Bachelor- und Masterstudiengänge wurde vereinbart, dass die Regelstudienzeit von fünf Jahren bzw. 10 Semestern nicht überschritten werden darf. In jedem Studiensemester werden in der Regel 30 ECTS erreicht, d.h. insgesamt ist ein Studium nach 300 ECTS mit dem Mastergrad abzuschließen. Die Hochschulen haben für die Entwicklung der beiden Phasen bei aufeinander aufbauenden (konsekutiven) Studiengängen Gestaltungsspielräume. Für einen Bachelorstudiengang müssen mindestens 180 CP, d.h. eine Gesamtarbeitsbelastung von 5400 Stunden (= drei Jahre Vollzeitstudium), und höchstens 240 CP, d.h. 7200 Stunden (= vier Jahre Vollzeitstudium), eingeplant werden; für einen konsekutiven Masterstudiengang stehen dann entsprechend maximal 120 CP (zwei Jahre) und mindestens 60 CP (ein Jahr) zur Verfügung.

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

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

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

### **1.2.2 Rahmenbedingungen der Berufsgesetze in den Pflege- und Gesundheitsberufen**

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

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

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

geltes Ausbildungsverhältnis für die praktische Ausbildung bestehen, auch dann, wenn eine Hochschule als Ausbildungsträger fungiert.

Das Volumen der praktischen Ausbildung ist mit 2500 Stunden (KrPflAPrV 2003) bzw. 3000 Stunden (HebAPrV) bei 2100 bzw. 1600 Stunden theoretischem und fachpraktischen Unterricht gegenüber den therapeutischen Berufen relativ hoch, wenn auch deutlich geringer als in den dualen Ausbildungsberufen. In der Gesundheits- und Krankenpflege orientieren sich diese Zahlen an der EU-Anerkennungsrichtlinie (Richtlinie 2005/36/EG, Art. 31), während für die Hebammenausbildung in dieser Richtlinie kein Stundenvolumen sondern die Art und Häufigkeit der in der Berufspraxis unter Anleitung zu versorgender prä-, peri- und postnataler Situationen aufgeführt sind (ebd., Art. 40+Anlage V.5). Für die Altenpflege bzw. die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege ist weiterhin für die Ausbildung während der betrieblichen Praxis geregelt, dass diese von Fachkräften „an die eigenständige Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben“ herangeführt werden sollen ((AltPflAPrV bzw. KrPflAPrV jeweils § 2 (2)). Die hierfür geforderte Qualifikation der Anleitung ist der Ausbildereignung im dualen System formal vergleichbar. Auch wird in den Berufsgesetzen der Pflegeausbildungen die Praxisbegleitung der Auszubildenden durch Lehrkräfte der Berufsfachschule gefordert, um die Lernenden in den Einrichtungen zu betreuen, ihren aktuellen Lernstand zu beurteilen sowie ggf. die vor Ort zuständigen Fachkräfte in Fragen der Ausbildung zu beraten (AltPflAPrV bzw. KrPflAPrV jeweils § 2 (3) Absatz 3). Eine vergleichbare Nähe zur beruflichen Ausbildung des Berufsbildungssystems fehlt für die therapeutischen Berufe. In keinem der Berufsgesetze wird der Abschluss eines Ausbildungsvertrags gefordert und die Lernenden haben auf dieser gesetzlichen Grundlage auch keine Ausbildungsvergütung zu erwarten. Auch gibt es keine gesetzlichen Regelungen bzgl. einer zusätzlichen Qualifikation der Praxisanleitung bzw. der Praxisbegleitung durch die Bildungseinrichtungen während betrieblicher Ausbildungsphasen fehlen. In den zugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen werden jeweils in § 1, Abs. 1, mindesten 1700 (ErgThAPrV), 1600 (PhysTh-APrV) bzw. 2100 Stunden (LogAPrV) „praktische Ausbildung“ gefordert. Die Praxisausbildung hat damit den Charakter von betrieblichen Praktika in unterschiedlichen Einsatzfeldern.

Für die *Ergotherapie* werden für die praktische Ausbildung therapeutische Einsatzbereiche (psychosozial / motorisch-funktionell, neurophysiologisch oder neuropsychologisch / arbeitstherapeutisch) aufgeführt, in denen die angegebenen Stundenvolumina abzuleisten sind. Hierzu wird in der ErgThAPrV (§1, Abs. 2) geregelt, dass diese in „Krankenhäusern oder anderen geeigneten Einrichtungen sicherzustellen“ und zur Anleitung Fachkräfte der Berufsgruppe befähigt sind.

Auch für die *Physiotherapie* werden für die praktische Ausbildung medizinische Fachgebiete (Chirurgie / Innere Medizin / Orthopädie / Neurologie / Pädiatrie / Psychiatrie / Gynäkologie / sonstigen Einrichtungen) mit unterschiedlicher Gewichtung aufgeführt, in denen die angegebenen Stunden in Krankenhäusern oder anderen geeigneten medizinischen Einrichtungen abzuleisten sind (PhysTh-APrV, Anl. z. § 1, Abs. 1). Zur Form der praktischen Ausbildung wird im Berufsgesetz zwischen solchen staatlich anerkannten Schulen unterschieden, die an Krankenhäuser angegliedert sind, und solchen, für die das nicht gilt. (MPhG, § 9 Satz 1). Für die erste Gruppe trifft das Gesetz zur Form der praktischen Ausbildung und der Qualifikation der Anleitung keine näheren Bestimmungen – der Gesetzgeber scheint hier die Qualität der Ausbildung durch die Kliniknähe als gesichert anzusehen. Für Schulen, „die nicht an einem Krankenhaus eingerichtet“ sind, kann abweichend die praktische Ausbildung bis zur Dauer von zwölf Monaten auch als praktische Tätigkeit

außerhalb des Lehrgangs an einem zur Annahme von Praktikant\_innen ermächtigten Krankenhaus unter Aufsicht eines Krankengymnasten oder einer/eines Physiotherapeutin/-therapeuten und unter ärztlicher Verantwortung“ oder „bis zur Dauer von vier Monaten auch an einer zur Annahme von Praktikanten ermächtigten Einrichtung, in der Patienten physiotherapeutisch behandelt oder rehabilitiert werden [...] unter Aufsicht eines Krankengymnasten oder eines Physiotherapeuten“ durchgeführt werden (a.a.O. § 17, Abs. 1). Nach dieser Regelung kann die praktische Ausbildung in der Physiotherapie unter Berücksichtigung der aufgeführten Einsatzbereiche also entweder in der Form von klinischem Unterricht mit Patient\_innenkontakt oder in der Form von betrieblichen Praktika in Kliniken und therapeutischen Praxen umgesetzt werden.

In der *Logopädie* werden in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (LogAPrV, §1, Abs 1, Anl. 2) für die angegebene praktische Ausbildung neben 340 Stunden Hospitationen bzw. Exkursionen und 240 Stunden Erfahrung in der Praxis der interprofessionellen Zusammenarbeit vor allem praxisbezogene Aufgabenstellungen, die mit insgesamt 1520 Stunden zu erarbeiten sind (Übungen zur Befunderhebung bzw. zur Therapieplanung und Durchführung von Therapien unter fachlicher Aufsicht und Anleitung), aufgeführt. Hier hat die praktische Ausbildung in ihrer gesetzlich vorgegebenen Regelung einen eher lehrgangsähnlichen Charakter, der mit klinischen Unterrichten und supervidierter Praxis, womit erhebliche Anforderungen an die betriebliche Anleitung und/oder Begleitung durch die Ausbildungseinrichtung gestellt werden.

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

### **1.3 Besonderheiten und Formate dualer Studiengänge**

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

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

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

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

#### **1.4 Exkurs: Dual – integriert – ersetzend – verschränkend? – Duale Studienformate und die Begriffsdiskussion am Beispiel der Pflegebildung**

Wie bereits aus dem Bericht zu Leistungspaket A „Status Quo in den Gesundheitsfachberufen“ hervorgeht, ist die Studienlandschaft im Feld der Pflege- und Gesundheitsberufe seit Beginn ihrer Akademisierung durch eine Vielfalt sehr unterschiedlicher Studienangebote und -strukturen gekennzeichnet (Görres et al. 2013, 27). Ebenso unterschiedlich und damit uneinheitlich ist die Wahl der für die Beschreibung der gefundenen Strukturen verwendeten Begrifflichkeiten. Eine zentrale Ursache hierfür bildet die oben umrissene Sonderstellung der Heilberufe im deutschen Berufsbildungssystem. Damit müssen auch Studiengänge mit gleichzeitigem Abschluss von Berufsausbildung und Studium einer anderen Strukturlogik folgen, als es z.B. im gewerblich-technischen oder kaufmännischen Bereich der Fall ist. Um der besonderen Rolle, die neben der beruflichen Praxis die Berufsfachschulen bzw. Schulen des Gesundheitswesens in der Konzeption einiger Studiengänge spielen, gerecht zu werden, hat der Wissenschaftsrat in seinen Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen (Wissenschaftsrat 2012) für diese Studiengänge in der Pflege- und Gesundheitsbildung den Begriff einer ‚trialen<sup>2</sup> Struktur‘ eingeführt (Wissenschaftsrat 2012, 58).

Stöcker und Reinhardt (2012) kommen in einer Analyse der Strukturen der zum damaligen Zeitpunkt bestehenden 37 ‚grundständigen Pflegestudiengänge‘ für den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) zu den folgenden Begrifflichkeiten: Sie unterscheiden ‚dual/verzahnte‘ Studiengänge, in denen parallel zur beruflichen Ausbildung Studien-

---

<sup>2</sup> Dieser Begriff ist jedoch im Kontext von Studiengängen ebenfalls mehrfach besetzt: die FH Westküste verwendet ihn im vorgestellten Sinne für eine Kooperation zwischen Hochschule, Betrieb und Berufsbildender Schule (<http://www.fh-westkueste.de/startseite/fachbereich-wirtschaft/studiengaenge/ba-bwl-tm/> - Zugriff: Mai 2013), während er auch für einen Studiengang im gewerblich-technischen Bereich eingesetzt wird, in dem nach einer inkludierten Berufsausbildung auch noch die Meisterprüfung abgelegt werden kann (Handwerkskammer Köln in Kooperation mit der Fachhochschule des Mittelstands, Bielefeld, für das Projekt „Handwerksmanagement@“ (B.A.) [http://www.hwk-koeln.de/Aus\\_und>Weiterbildung/10\\_Triales\\_Studium](http://www.hwk-koeln.de/Aus_und>Weiterbildung/10_Triales_Studium) - Zugriff zeitgleich)

angebote im Bachelor-Studiengang absolviert werden und das Studium nach Abschluss der Berufsausbildung bis zum Bachelor-Abschluss fortgesetzt wird, von „dual/integrierten Studiengängen“, in denen die Berufsausbildung in das Hochschulstudium integriert ist. Daneben führen sie Studiengänge „ohne Berufszulassung“ und „dual/spezifische“ Studiengänge mit zusätzlich zur Pflegekompetenz inkludierten Kompetenzen bzw. Qualifikationen auf. 4 der 5 hier zu untersuchenden Pflegestudiengänge in NRW werden in dieser Publikation der Kategorie ‚dual/integriert‘ zugeordnet.

Der Wissenschaftsrat (2012) unterscheidet für die Pflege- und Gesundheitsbildung des weiteren duale bzw. triale Studiengänge, die auch als ‚ausbildungsintegrierend‘ bezeichnet werden von den ‚primärqualifizierenden‘, in denen die Berufsqualifizierung über das erfolgreiche Absolvieren eines Hochschulstudiums erreicht wird und eine Zusammenarbeit mit einer berufsbildenden Schule nicht erforderlich ist.

Lehmeyer und Schleinschok (2011) untersuchen ebenfalls die zum Erhebungszeitpunkt bestehenden 20 ‚primärqualifizierenden Studiengänge‘, wobei sie diesen Begriff als Oberbegriff einsetzen und im Weiteren zwischen ‚grundständigen Pflegestudiengangkonzeptionen‘ (= Studiengängen ohne Verbindung von Berufsausbildung und akademischer Ausbildung) und ‚dualen Studienmodellen‘ unterscheiden. Letztere werden weiter ausdifferenziert, wobei hier eher die Frage nach der curricular-inhaltlichen Schwerpunktsetzung als die systemische bzw. rechtliche Frage der Ausbildungsverantwortung in den Vordergrund gestellt wird. Danach heben die Autorinnen ‚zweiphasig-duale Pflegestudiengangkonzeptionen‘ mit einem eher ausbildungsbegleitendem Teilzeitstudium in der ersten Phase („mehr ausbildungsrelevante als studienimmanente Inhalte“) und einem reinen Vollzeitstudium in der zweiten Phase („eindeutiger Schwerpunkt auf den theoretisch-wissenschaftlichen Inhalten“) von solchen ‚dual-ausbildungsintegrierenden Pflegestudiengangkonzeptionen‘ ab, in denen die Studieninhalte derart „verwoben“ sind, „dass es zu einem ausbildungsintegrierenden Gesamtkonzept kommt, in welchem nicht mehr feststellbar ist, wie die beiden Inhaltskomplexe zeitlich und curricular getrennt werden“ (ebd.). Daneben werden noch „dual-begleitende Pflegestudiengangkonzeptionen“ angeführt, in denen theoretisch-wissenschaftliche Studieninhalte zunächst parallel zur Ausbildung, danach parallel zu einer bestehenden Berufstätigkeit vermittelt werden. Mit ihrer grundsätzlichen Differenzierung nehmen die Autorinnen wiederum die Unterscheidung des BIBB für duale Studiengänge zwischen ausbildungs-/praxisintegrierend und (ausbildungs-)/berufsbegleitend auf, wobei allerdings angemerkt werden muss, dass das BIBB die Begrifflichkeit „ausbildungsbegleitend“ nicht verwendet und alle Studiengänge, für die die Möglichkeit besteht, während des Studiums auch einen Berufsabschlusses abzulegen, als ausbildungsintegrierend bezeichnet und die Beschreibung „teilseparierend“ hinzufügt, wenn Teile der Ausbildung vorab absolviert werden.

Der Unterscheidung des BIBB bzw. auch der Bund Länder Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK 2003) und der damit verbundenen Wortwahl in Anlehnung an Mucke/Schwiedrzik (2000) folgt auch Muths (2010) im Rahmen ihrer Untersuchung von damals 11 primärqualifizierenden Pflegestudiengängen, für die 7 verschiedene Strukturmodelle identifiziert und in drei Modellgruppen zusammengefasst wurden, nämlich in „praxisintegrierende“, „ausbildungsintegrierende“ und „ausbildungsbegleitende“ Studiengänge.

Moers et al. (2012, 235) schlagen aufgrund der Begriffsunschärfe die Bildung völlig neuer Begrifflichkeiten vor. Sie nehmen ihre Differenzierung hierfür nicht inhaltlich aufgrund der Qualität der curricularen Integration und nicht systemisch-juristisch aufgrund der über-

nommenen Ausbildungsverantwortung sondern anhand der implementierten Anerkennungs- bzw. Kooperationsstrukturen gegenüber den theoretischen Anteilen der fachschulischen Ausbildung vor. Daraufhin unterscheiden sie ein „Anerkennungsmodell“, in dem eine vorangegangene Ausbildung formal anerkannt und mit bis zu 50% als erbrachte Studienleistung angerechnet wird, ein „Ergänzungsmodell“, in dem ergänzend zur Ausbildung – und diese als Studienleistung anerkennend – parallel ein Studium aufgenommen und mit Ausbildungsabschluss in Voll- oder Teilzeit fortgeführt wird, ein „Ersetzungsmodell“, in dem die gesamte Ausbildung durch die Hochschule übernommen wird und die Kooperationspartner nur die praktischen Ausbildungsanteile tragen und ein Verschränkungsmodell, in dem die theoretische und praktische Ausbildung und das Studium „gleichberechtigt, parallel, koordiniert und kooperativ gestaltet“ werden (a.a.O., 235ff).

Soweit eine Zuordnung bestehender Studiengänge aus dem Bereich der Pflegebildung vorgenommen wurde, kommen alle aufgeführten Autor\_innen bei unterschiedlicher Wortwahl in nahezu allen Fällen zu gleichen Gruppierungen, so dass eine Synopse der Begrifflichkeiten fast besser umgekehrt über die Zuordnung der Studiengänge vorgenommen werden kann. Dies soll mit der Übersicht in Tabelle 1 verdeutlicht werden.

Aufgrund dieser Zusammenstellung lässt sich vermuten, dass bei der Begriffsbildung für die Strukturmodelle Werturteile durchaus bedeutsam sind und die Interessen der jeweils vertretenen Perspektiven mit einfließen, so dass z.B. der Begriff ‚duales Studium‘ aus der Sicht der Hochschulen, der Berufsverbände bzw. der beruflichen Bildung jeweils unterschiedlich bewertet und demzufolge verwendet wird. Angesichts der zu konstatierenden Begriffsunschärfen bzw. -überschneidungen ist es aber unbedingt notwendig, die Beschreibung von Studiengangstrukturen anhand von definierten Kriterien vorzunehmen.

**Tabelle 1: Synopse der in der Literatur zur Struktur von grundständigen/ primärqualifizierenden Pflegestudiengängen verwendeten Begrifflichkeiten**

	Umschreibung	Begriffswahl der Autor_innen					Beispiele bestehender Pflegestudiengänge		
		Wissenschaftsrat (2012)	Stöcker/ Reinhardt (2012)	Lehmeyer/ Schleinschok (2011)	Muths (2010)	Moers et al. (2012)			
<b>Modellgruppe</b>	Oberbegriff für alle Studiengänge, die grundlegend im Bereich der Pflege qualifizieren (= abgeschlossene Ausbildung wird nicht vorausgesetzt)	grundständig	grundständig	primärqualifizierend	primärqualifizierend				
I	Studiengänge an denen die Hochschule auch die Ausbildung schwerpunktmäßig verantwortet – Ausbildungsinhalte ineinander verwoben	primärqualifizierend	duale Studiengänge	dual-integriert	dual-ausbildungs-integriert	duale Studiengänge	ausbildungs-integrierend	Ersetzungsmodell	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evang. FH Berlin</li> </ul>
II	Studiengänge, in denen der Berufsabschluss an der berufsbildenden Schule u. der Studienabschluss a. d. Hochschule erworben wird - Ausbildungsinhalte weitgehend separat	ausbildungs-integrierend (dual bzw. trial)		dual-verzahnt	zwei-phasig-dual		ausbildungsbegleitend	Verschänkungsmodell	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hochschule f. angewandte Wissenschaft München</li> </ul>
	dto. – Studium erfolgt in Teilzeitform				dual-begleitend			Ergänzungsmodell	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Martin-Luther-Universität Halle</li> <li>• Kath. Stiftungs.FH München</li> <li>• Kath. FH Mainz</li> </ul>
III	Studiengänge, die wohl Praxisanteile aber keinen Berufsabschluss beinhalten (muss im Anschluss bzw. im europäischen Ausland erworben werden)	-	ohne Berufszulassung	grundständig			praxis-integrierend	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kath. FH Freiburg</li> <li>• Hochschule Fulda,</li> <li>• FH Frankfurt</li> <li>• Evang. FH Darmstadt</li> </ul>	

## 1.5 Untersuchungskriterien und Form der Ergebnisdarstellung

Folgende Untersuchungskomplexe lassen sich aus den Voraussetzungen für die Konstruktion von Studiengängen ableiten:

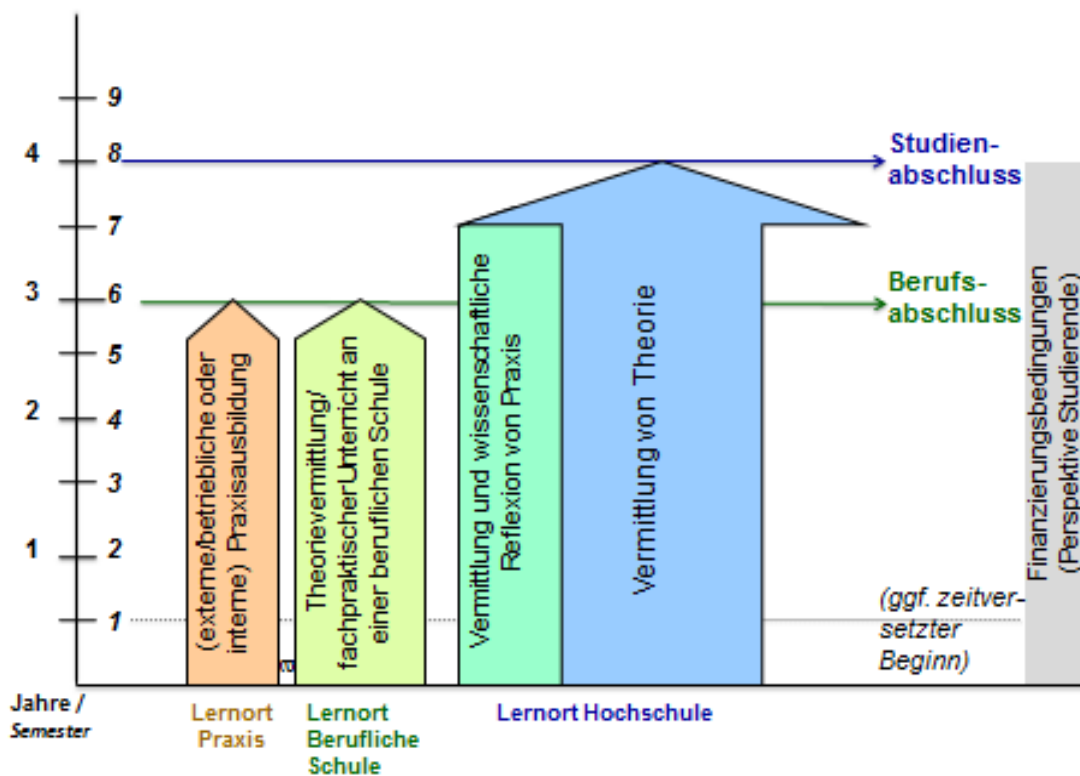
- Rahmenbedingungen und Selbstverständnis des Studiengangs
  - Studienabschluss (Bachelor of Science, Bachelor of arts / Berufsabschluss (insbesondere für die Pflegeberufe)
  - Zahl der Studienplätze je Studienjahr (als angenäherter Durchschnittswert)
  - von Seiten des Studiengangs vorgenommene Bezeichnung des entwickelten Studienmodells
  - die zentralen Intentionen des Studiengangs<sup>3</sup> und erkennbare Schwerpunktbildungen
- Kooperationsstrukturen
  - die Verankerung des Studiengangs im Kontext der Hochschule
  - Art und Zahl der Kooperationspartner
  - Vertragliche Absicherung von Kooperationen
  - Räumliche Strukturen der Kooperationsbeziehungen bzw. Lernorte
  - Interventionen, die auf der Mesoebene zur Strukturierung und Sicherstellung der Kooperation beitragen
- Studienstrukturen
  - Studienverlauf / Studienphasen
  - akkreditierter Workload in Relation zur gesamten Lernlast / Zeitaufwand
  - Workload und Verteilung des Workloads auf die verschiedenen Elemente des Studiums (Lernen von theoretischen und/oder fachpraktischen Zusammenhängen an der Hochschule, - an der Berufsfachschule, Lernen im Kontakt mit interner/externer Praxis, Lernen Unterricht an der Berufsfachschule)
  - Relation von Präsenz-/Kontaktlernzeiten und Selbstlernzeiten – dabei werden, sofern sich daraus ein erkennbarer Unterschied ergibt, auch Angaben zu SWS als Lehrkontaktzeiten mit einbezogen
  - Relation von Theorie und Praxis und die Abbildung von Praxislernen im ECTS System
- Situation der Studierenden
  - Zugangsvoraussetzungen und Aufnahmekriterien
  - Systemeinbindungen, Status und Rollenstrukturen
  - Kosten bzw. finanzielle Rahmenbedingungen für die Studierenden

In der hier vorgelegten Untersuchung der Studiengänge in NRW werden zentrale Merkmale der Studienstrukturmodelle zunächst in einer grafischen Darstellung in einer einheitlichen und damit vergleichbaren Form visualisiert, die folgendermaßen aufgebaut ist (vgl. Abb. 1):

---

<sup>3</sup> Im Zusammenhang mit der Darstellung der Strukturmodelle wird nur eine sehr grobe Darstellung der Kernintention vorgenommen, die genauere Vorstellung der Intentionen und Zielsetzungen bzw. der angestrebten Outcomes folgt im nächsten Bericht der Evaluation der Modellstudiengänge im Rahmen der curricularen Analyse.

- der Zeitrahmen für die Dauer des Studiums in Semestern und die Dauer der Ausbildung in Jahren wird auf einer vertikalen Zeitleiste angegeben;
- die definierten Zeitpunkte für den Studien- und Ausbildungsabschluss (werden durch horizontale blaue bzw. grüne Pfeile markiert – bei zeitversetztem Beginn eines Ausbildungs-/Studienteils wird ggf. eine gepunktete Linie eingetragen für den entsprechenden Zeitpunkt oberhalb der Grundlinie eingetragen);
- die Art der am Studium beteiligten Institutionen wird farblich gekennzeichnet:
  - orangefarbene Pfeile stehen für die Ausbildungs-/Studienanteile in der Praxis; damit können sowohl externe betriebliche Ausbildungspartner gemeint sein als auch betriebliche Einrichtungen (Kliniken), an denen die ausbildende Schule angesiedelt ist, oder auch zur Bildungsstätte gehörige (Be-)Handlungsräume, in denen Praxislernen in realen berufspraktischen Handlungssituationen erfolgen kann (z.B. in der Form von Lehrambulanzen oder Schulstationen);
  - gelbgrüne einfache Pfeile stehen für den Ausbildungsanteil, der seitens einer beruflichen Schule vorgenommen wird;
  - blaue/blaugrüne Pfeile stehen für den hochschulischen Anteil des Studiums; dabei werden rein wissenschaftliche/theoretische Vermittlungsanteile blau gekennzeichnet während die durch die Hochschule vorgenommenen Praxisunterweisungen, -übungen und -reflexionen blaugrün dargestellt werden;
- durch Farbmischungen und –übergänge kann (im Rahmen der Möglichkeiten des Grafikprogramms) dargestellt werden, wenn Ausbildungs- und Studienanteile bzw. Praxis- und Studienanteile miteinander verwoben sind;
- der Workload für das gesamte Studium wird am rechten Rand der Grafik in Credit-Points (= CP) aufgeführt, das Volumen einzelner Studienphasen bzw. Ausbildungsanteile wird ebenfalls in CP und ergänzend angegeben, ggf. unterschieden in Präsenz-/Kontakt- und Selbstlernzeiten;
- die ungefähre Anzahl der Kooperationspartner wird unterhalb der jeweiligen Pfeile aufgeführt;
- die für die Finanzierung des Studiums aus studentischer Perspektive wichtigen Informationen (Ausbildungsvergütung bzw. Möglichkeiten der Selbst-Finanzierung durch BAFöG und evtl. Studiengebühren) werden am äußersten rechten Rand der Grafik entsprechend der Zeitleiste angegeben.



**Abbildung 1: Legende für die Visualisierung der Strukturmodelle**

Die Anordnung der Studiengänge erfolgt mit Rückgriff auf die angeführten Untersuchungen von Muths (2010, 59ff) bzw. Lehmeier/Schleinschok (2011, v.a. 146-150). Dabei sind formal alle Studiengänge der Modellgruppe I zuzuordnen (vgl. Tabelle 1), da, entsprechend den Vorgaben des MGEPA in allen Studiengängen die Hochschule die Gesamtverantwortung für die Ausbildung trägt. Dessen ungeachtet lässt sich eine erhebliche Diversität in den Modellstrukturen beobachten, so dass die Evaluation in der Modellphase auf ein breites Spektrum an Gestaltungsmöglichkeiten rekurrieren kann.

## 2 Die Strukturmodelle der Modellstudiengänge

### 2.1 Studiengänge der Hochschule für Gesundheit (hsg) Bochum

Die Studiengänge an der hsg sind dadurch gekennzeichnet, dass die theoretische Ausbildung und der fachpraktische Unterricht vollständig in das Studium integriert sind und die Hochschule ohne eine ‚dazwischengeschaltete‘ Berufsfachschule direkt mit den Einrichtungen der fachpraktischen Ausbildung kooperiert. In den ersten 4 Jahren seit Bestehen der Hochschule wurden jährlich zusammengenommen ca. 200 Studienplätze<sup>4</sup> vergeben. Alle fünf Studiengänge schließen mit dem Grad „Bachelor of Science“ ab (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 45f).

Für alle Studiengänge wird der Anspruch vertreten, die angestrebten Bildungsziele gegenüber den Berufsgesetzen und den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen über die Ziele der Primärqualifikation und Arbeitsmarktfähigkeit hinaus zu erweitern, um die formalen Bildungsziele der Kritisch-konstruktiven Didaktik (Klafki, 1993) und „Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs-, Solidaritäts- und Beschäftigungsfähigkeit, sowie Bildungsziele in Bezug auf Persönlichkeitsentwicklung und zivilgesellschaftliches Engagement“ als grundlegende Zielkategorien zu verankern (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 40f). Als wesentliche Grundintentionen und inhaltliche Erweiterungen der Studiengänge gegenüber den Berufsausbildungen werden „Interprofessionalität“, „Evidenzbasierung und Forschungsbezug“ sowie „Internationalität“ identifiziert (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 42ff).

*Interprofessionalität in Forschung und Lehre* wird als zentrales Merkmal des Hochschulprofils und der didaktischen Konzeption der Studiengänge an der hsg betont. Ziel der Studiengänge ist es, „eine umfassende interprofessionelle Kompetenz auszubilden, die vom ersten Tag des Studiums an“ gefördert wird, und die sich parallel dazu in interdisziplinär angelegten Forschungsprojekten widerspiegeln soll. Verschiedene didaktische Elemente sollen die Entwicklung der interprofessionellen Kompetenz fördern, in erster Linie Module zur „Interprofessionell Education“ (IPE-Module), die vom ersten bis zum dritten Semester studiengangübergreifend für alle Studierenden eines Jahrgangs angeboten werden. Als grundlegend hierfür wird der gemeinsame Dialog auf Ebene der Studierenden und der Lehrenden angesehen, der seit Hochschulgründung strukturell etabliert wurde und der zukünftig hochschulübergreifend auch auf medizinische Studiengänge ausgeweitet werden soll (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 51). Mit diesem Ansatz soll den Forderungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR, 2007) und der WHO (2010) entsprochen werden, wonach die professionellen Akteure im Gesundheitswesen in die Lage versetzt werden sollen, solche komplexen praktischen Problemstellungen gemeinsam zu lösen, „die mit den Möglichkeiten der einzelnen beteiligten Professionen nicht zufriedenstellend bearbeitet werden können“ (World Health Organization, 2010, zit. n. Walkenhorst/Kopczynski 2013, 42f ). Der Anspruch der Interdisziplinarität und interprofessionellen Kooperation durchzieht alle Studiengänge in vergleichbarer Form.

*Forschung, wissenschaftliches und evidenzbasiertes Lernen und Arbeiten* sollen ebenfalls in allen Studiengängen von Beginn des Studiums an als unverzichtbare Bestandteile der späteren Berufspraxis sowohl in den IPE-Modulen als auch in den Modulen der Studiengänge verankert und abschließend im Rahmen der Bachelorarbeit unter Beweis gestellt

---

<sup>4</sup> Informationen zur Kapazität der Studiengänge und zur Studienplatzvergabe: [http://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Redakteure/pdfs/Studierendenservice/Zulassung/nc-werte.pdf](http://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Redakteure/pdfs/Studierendenservice/Zulassung/nc-werte.pdf)

werden. Die Studierenden sollen durch das Studienangebot mit den darin integrierten Studienprojekten und durch die Integration in die Forschungsaktivitäten und -projekte der hsg sukzessive Forschungskompetenz aufbauen (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 43).

Die *internationale Ausrichtung* der Studiengänge soll zunächst durch Einbezug von internationaler Fachliteratur insbesondere aus dem angloamerikanischen und skandinavischen Raum in die Theoriemodule gesichert werden („in hohem Maße“). Ergänzend sollen einige Module „anteilsweise in englischer Sprache angeboten“ und Gastvorträge von Wissenschaftler\_innen aus anderen Ländern in das Studienangebot integriert werden. Weiterhin sollen die Studierenden externe Angebote zur Erweiterung ihrer Sprachkompetenz (z.B. in Kooperation mit der Ruhr-Universität Bochum) nutzen können und werden hierfür durch die zeitliche Strukturierung des Lehrangebots unterstützt. Auch besteht die Möglichkeit, praktische Studienphasen im Ausland zu absolvieren, allerdings begrenzt durch die engen Vorgaben der APrV'en (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 43).

### **Kooperationsstrukturen**

Zur Realisierung der in den Berufsgesetzen enthaltenen Vorgaben zur praktischen Ausbildung wurden insgesamt mehr als 360 Kooperationsverträge mit verschiedensten Gesundheitseinrichtungen, die jeweils die gesetzmäßig vorgegebenen Voraussetzungen für Ausbildungseinrichtungen im entsprechenden Berufsbild erfüllen und in der Regel in NRW angesiedelt sind, geschlossen. Grundsätzlich wird von den Einrichtungen erwartet, dass sie „sich im Rahmen der Kooperation durch eine qualifizierte Anleitung bzw. Supervision der Studierenden aktiv am Modellversuch [...] beteiligen“, und nach Möglichkeit über ein Qualitätsmanagementsystem zur Sicherung des Standards und der Evaluation der Ausbildungsqualität verfügen. Die Zusammenarbeit wird – mit Ausnahme der Studiengänge Pflege und Logopädie (siehe jeweils dort) - in gemeinsamen Rahmenkooperationsverträgen mit studiengangspezifischen Nebenabreden abgesichert (Walkenhorst/ Kopczynski 2013, 30f). Die hsg bietet den Mitarbeiter\_innen der kooperierenden Praxiseinrichtungen im Sinne einer Aufwandsentschädigung fachliche Angebote wie Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, den Zugriff auf Publikationen, die Einbindung in Netzwerke oder kooperationsbedingte Wettbewerbsvorteile im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit an (Walkenhorst/Kopczynski 2012, Anlage B). Diese sind ebenso wie die konkreten Formen der Zusammenarbeit studiengangspezifisch strukturiert und werden, trotz teilweise vorhandener Ähnlichkeiten, für jeden Studiengang gesondert dargestellt, um die jeweils entwickelten Kooperationsstrukturen zu verdeutlichen.

Die Studiengänge organisieren in Abstimmung mit den Betrieben und den Studierenden die Praxiseinsätze. Die Daten zu den Kooperationsverträgen und den durchgeführten bzw. durchzuführenden Praktika (incl. der Fehlzeitenerfassung und ggf. der Dokumentation von Urlaubstagen) werden für alle Studiengänge (mit Ausnahme der Physiotherapie) zentral vom Praktikantenamt der hsg erfasst und verwaltet und können von dort für die Zulassung zu den staatlichen Prüfungen nachgewiesen werden (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 73).

Neben den Einrichtungen der Berufspraxis kooperiert die hsg mit anderen Hochschulen, mit Berufsverbänden sowie mit anderen Forschungseinrichtungen (Walkenhorst/ Kopczynski 2013, 30). Im weiteren Verlauf der Hochschulentwicklung sollen Kooperationen, beispielsweise mit medizinischen Studiengängen, weiter ausgebaut werden (ebd., 51).

## **Studienablauf, Workload und Verteilung des Workloads auf die verschiedenen Strukturelemente**

Studienaufbau insgesamt: Alle Studiengänge umfassen 210 CP, die, abhängig von den Vorgaben der APrV'en für das Volumen der berufspraktischen Ausbildungsanteile, auf 7 (Ergo-, Physiotherapie, Logopädie) bzw. 8 Semester (Hebammenkunde, Pflege) und 26 bis 31 ein- bis zweisemestrige theoretische und/oder praxisbezogene Module mit 5 bis 16 CP verteilt sind. In den ersten 4 Semestern sind alle Studiengänge mit 6 bzw. 5 Modulen (Studiengänge Logopädie u. Physiotherapie) über das Interprofessionelle Studium verbunden.

Praxisorientierte Studienphasen: Die Strukturierung und die Verknüpfung zwischen theoretischen und praktischen Studieninhalten bzw. mit der Berufspraxis variieren studiengangspezifisch. Sie werden bei der Darstellung der einzelnen Studiengänge erläutert. Für die Strukturierung der praktischen Studienanteile musste wie bei allen anderen Modellstudiengängen auch in Rechnung gestellt werden, dass die Hochschulen grundsätzlich gefordert sind, die Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen zur praktischen Ausbildung vollständig umzusetzen, z.B. in Hinblick auf den Stundenumfang, die Einsatzfelder bzw. die medizinischen Fachgebiete oder die Aufgabenstellungen in der therapeutischen Praxis. Lediglich für den Studiengang Pflege wurde eine Sonderregelung getroffen, um die Realisierung einer generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung zu ermöglichen (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 45f). Die jeweilige fachpraktische Ausbildung wird in Form von sogenannten „praktischen Studienphasen“ modulbezogen in Verbindung mit vorbereitenden fachpraktischen Lerneinheiten und begleitenden Lern- und Praxisaufgaben und Reflexionsseminaren durchgeführt. Praktische Tätigkeiten in den Kooperationseinrichtungen werden an der hsg als Präsenzstunden gewertet, die selbständige Erarbeitung und Reflexion der Praxisphasen als zugehörige Selbstlernzeiten. Die Kontaktzeiten an der Hochschule im Rahmen von Lehrveranstaltungen können für die einzelnen Module über die Angaben der Semesterwochenstunden ermittelt werden. Diese SWS-Werte werden im Rahmen dieser Untersuchung mit 15<sup>5</sup> Wochen multipliziert als Kontaktstunden den Präsenzstundenangaben (bzw. als %Kontaktzeit vom Gesamtworkload) vergleichend gegenüber gestellt.

Die staatlichen Prüfungen zur Berufsqualifizierung werden zum Abschluss des sechsten bzw. siebten Semesters durchgeführt. Hierfür werden die Modulprüfungen des 6. bzw. 7. Studiensemesters so organisiert, dass sie gleichzeitig die Anforderungen der APrV'en für die jeweiligen Abschlussprüfungen in der Berufsausbildung abdecken (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 45f). Im anschließenden letzten Semester wird das Studium durch Bestehen der Bachelor-Arbeit und des Bachelor-Kolloquiums mit dem akademischen Grad „Bachelor of Science“ abgeschlossen (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 45f).

### **Situation der Studierenden**

Die Vergabe der Studienplätze ist an der hsg für die therapeutischen Studiengänge und den hebammenkundlichen Studiengang über einen örtlichen Numerus Clausus geregelt, der im Folgenden jeweils bei den einzelnen Studiengängen aufgeführt ist. Im Studiengang Pflege wird ein Bewerberauswahlverfahren durchgeführt, das ebenfalls bei der Darstellung des Studiengangs zusammenfassend erläutert wird (Walkenhorst/Kopczynski 2013,

---

<sup>5</sup> Die Annahme von rechnerisch 15 Wochen/Semester für die hsg erweist sich als sinnvoll, da der auf diesem Weg ermittelte Wert für sehr viele theoretisch ausgerichtete Module (z.B. für die meisten IPE-Modulen) mit dem angegebenen Umfang der Präsenzstunden identisch ist.

5, 73). Eine grundsätzliche Quereinstiegsregelung in den jeweiligen Studiengang (z.B. für Bewerber\_innen mit abgeschlossener Berufsausbildung) ist nicht vorgesehen.

Andererseits besteht mit den gegenwärtigen Regelungen im Spannungsfeld zwischen der Prüfungsordnung der Hochschule und den APRV'n die theoretische Möglichkeit, dass Studierende die Berufsabschlussprüfung mit der Wiederholung endgültig nicht bestehen, die entsprechenden Modulprüfungen beim dritten (hochschulrechtlich möglichen) Versuch aber bestehen und das Studium mit dem Bachelorexamen abschließen. Diese Schiefelage besteht lediglich im Studiengang Logopädie nicht, da die LogAPrO ebenfalls die Möglichkeit der zweimaligen Wiederholungsprüfung vorsieht.

Die Studierenden müssen pro Semester einen Sozialbeitrag für die Bereitstellung eines Semestertickets, für die Leistungen des Akademischen Förderungswerks (AKAFÖ / Studentenwerk Bochum), den ASTA leisten. In den therapeutischen Studiengängen und im Studiengang Hebammenkunde erhalten sie keine Ausbildungsvergütung und können ggf. Studierenden-BAFöG beantragen. Die Bedingungen des Pflegestudiengangs sind an entsprechender Stelle gesondert dargestellt.

### 2.1.1 Ergotherapie

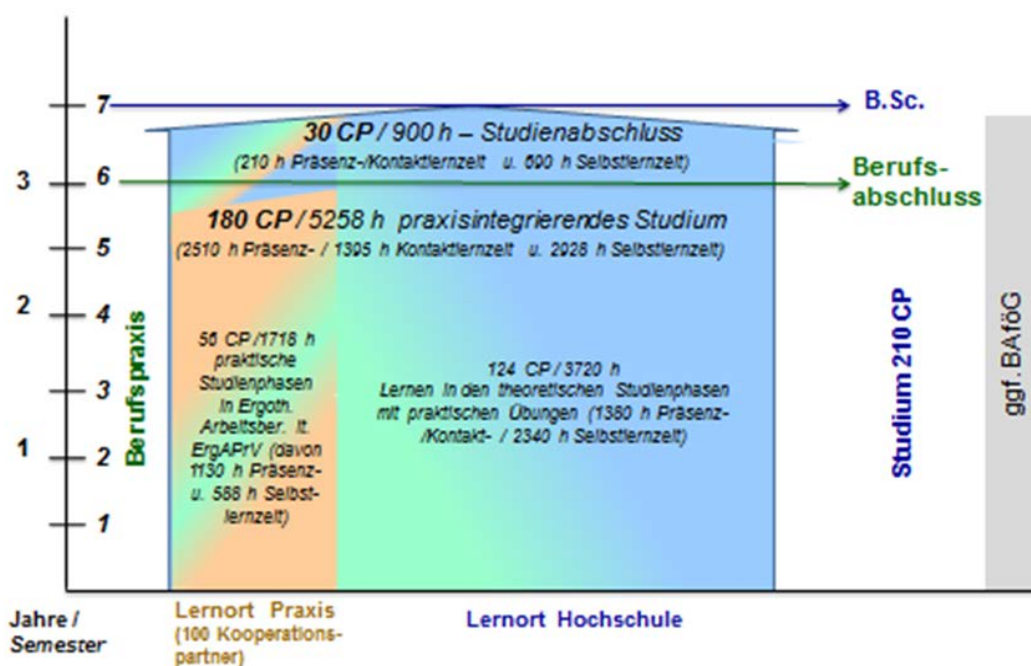


Abbildung 2: Studiengang Ergotherapie (B.Sc.),hsg Bochum

Im Studiengang Ergotherapie (vgl. Abb. 2) werden 35 Studienplätze jährlich angeboten.

#### Kooperationsstrukturen

Der Studiengang Ergotherapie kooperiert mit insgesamt 100 Einrichtungen, die unterschiedliche Settings (bspw. Klinik, Praxis, Wohnheim, Tagesstätte, Rehabilitationseinrichtung, Werkstatt für Menschen mit Behinderungen, Schule) und unterschiedliche Fachbereiche abdecken (motorisch-funktioneller, neurophysiologischer und neuropsychologi-

scher Fachbereich, psychosozialer Fachbereich, arbeitstherapeutischer Fachbereich). Für die Auswahl der Kooperationspartner spielen die Ermöglichung interdisziplinärer Arbeitsstrukturen und Lernmöglichkeiten, eine ausreichende Betriebsgröße im ergotherapeutischen Bereich (mindesten drei Beschäftigte), möglichst „facettenreiche Behandlungsverfahren und –methoden“ und der Nachweis von „mindestens fünf bis sechs ergotherapeutische(n) Behandlungen bzw. Therapien pro Tag“ eine zentrale Rolle (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 32).

Auf der Mesoebene der Kooperationsgestaltung wurden im Studiengang Ergotherapie folgende Angebote installiert:

- Zu *Anleiter\_innenkonferenzen*, die für jede praktische Studienphase durchgeführt werden, sind die Vertreter\_innen der kooperierenden Einrichtungen in die Hochschule eingeladen (ggf. auch Studierende, wenn sie in diesem Kreis ein Anliegen oder auch Arbeitsergebnisse vortragen möchten). Hier soll es einerseits zu einem Austausch über die Anleitung der Studierenden kommen, andererseits werden häufig auch fachliche Informationen im Zusammenhang mit den Intentionen der Studienphasen gegeben. Eine Verpflichtung zur Teilnahme besteht nicht, weshalb sich hauptsächlich die Vertreter\_innen der Einrichtungen beteiligen, für die die Zusammenarbeit z.B. auch aus der Sicht der Studierenden eher erfolgreich eingeschätzt wird (Exp-FK-Gruppe hsg-ErgTh, 1-58f, 2-30f; Walkenhorst/Kopczynski 2013, 74).
- Der *Fachbeirat „Praktische Studienphase“*, in dem akademisch ausgebildete Vertreter\_innen der Praxis, die sich bei der Installation des Studiengangs hierzu bereit erklärt haben, und fünf Vertreter\_innen der Kooperationspartner mit unterschiedlichen Schwerpunkten in den ergotherapeutischen Fachbereichen (psychosozial, motorisch-funktionell, Arbeitstherapie, Pädiatrie und Geriatrie) mitwirken, tagt zweimal jährlich mit der Zielsetzung, Konzepte und geplante Maßnahmen im Studiengang zu diskutieren, um eine fortlaufende konzeptionelle Revision zu ermöglichen (Exp-FK-Gruppe hsg-ErgTh, 55f).
- Der *Expert\_innenaustausch* zu ausgewählten Themen, die in den Praxiskontakten ermittelt und in der Fachöffentlichkeit national oder international bedeutungsvoll sind, findet einmal jährlich ganztägig statt. Es werden sowohl Vertreter\_innen der Kooperationspartner als auch andere Interessierte aus der Fachöffentlichkeit und Studierende, die hier auch als angehende Expert\_innen angesehen werden, eingeladen. Diese Tagungen sollen einen Beitrag zur Akademisierung und Professionalisierung der Ergotherapie leisten und einen Austausch zwischen Theorie und Praxis ermöglichen, z.B. mit Blick auf ergotherapeutische Theoriemodelle und Interventionskonzepte in ihrer Bedeutung für die Praxis. Auch soll den Praktiker\_innen die Möglichkeit gegeben werden, Forschungsthemen und Fragestellungen an die Hochschule heranzutragen. Andererseits bringen die Vertreter\_innen der Praxis ihre klinische Expertise ein, so dass die Themen aus beiden Perspektiven bearbeitet werden können (Exp-FK-Gruppe hsg-ErgTh, 1-59, 2-17f, 2-48ff; Walkenhorst/Kopczynski 2013, 74, 81).
- *After-Work-Lectures (AWL)*, zu denen die Fachöffentlichkeit, Studierende und Vertreter\_innen der Kooperationspartner eingeladen sind, werden im Studiengang Ergotherapie regelmäßig alle ein bis zwei Monate als zweistündige Veranstaltungen angeboten. Bei diesen Treffen werden Good-Practice-Beispiele, die sich um die ergotherapeutische Praxis ranken, an der Hochschule vorgestellt und diskutiert (Exp-FK-Gruppe hsg-ErgTh, 1-60; Walkenhorst/Kopczynski 2013, 81).

- Eine *Anleiter\_innenschulung* für die Kooperationspartner, mit der Zielsetzung, die Anleitung so zu optimieren, dass die Entwicklung von reflektierten Praktiker\_innen unterstützt wird, ist geplant aber noch nicht realisiert (Exp-FK-Gruppe hsg-ErgTh, 1-61f).
- Weiter wurde ein *Handbuch für Lernprozessanleiter\_innen* erstellt, in dem die Informationen zu den unterschiedlichen Studienphasen mit den jeweiligen Anforderungen, die durch die Hochschule gestellt werden, nachzulesen sind (Exp-FK-Gruppe hsg-ErgTh, 58).

### **Studienablauf, Workload und Verteilung des Workloads auf die verschiedenen Strukturelemente**

Die berufspraktischen Studienanteile werden hier mit Beginn des ersten Semesters mit dem theoretischen Studium parallel geführt, beide Bereiche sind inhaltlich aufeinander bezogen. Das Studium der ersten 6 Semester umfasst 124 CP (= 3720 h Präsenz-/Selbstlernzeit) im Bereich der theoretischen Studienanteile (mit integrierten fachpraktischen Übungen) und 56 CP (= 1718 h Präsenz-/Selbstlernzeit) im Bereich der fachpraktischen Studienanteile in Betrieben und Einrichtungen mit einem ergotherapeutischen Angebot. Im ersten Semester werden zunächst orientierende wöchentliche Hospitationen in drei unterschiedlichen ergotherapeutischen Handlungsfeldern durchgeführt. Vom 2. bis zum 6. Semester werden fünf Module mit praktischen Studienphasen sowohl semesterbegleitend tageweise als auch in der vorlesungsfreien Zeit in ein- bis mehrwöchigen Blöcken angeboten. Die konkreten Einsatzzeiten werden von der Hochschule in Absprachen mit den jeweiligen Praxiseinrichtungen geplant und decken die in der ErgThAPrV (§1 Abs. 1) geforderten Einsatzbereiche und das Volumen von 1700 Stunden für die Praktische Ausbildung ab. Die Ausbildung in der Berufspraxis wird, abgesehen vom ersten Semester, in Blockform durchgeführt.

Eine Besonderheit der Ausbildung bzw. des Studiums in der Ergotherapie bilden die seitens der zukünftigen Ergotherapeut\_innen zu erarbeitenden Inhalte im Bereich „Handwerkliche und gestalterische Techniken mit verschiedenen Materialien“ mit einem hohen Stundenumfang von 500h nach ErgThAPrV. Für die hsg wurde das Stundenvolumen in Abstimmung mit den Aufsichtsbehörden auf 415 Stunden reduziert (Auswirkung nur auf „die Anzahl der zu erstellenden (Hand-)Werkstücke [...] ohne Auswirkungen auf die vermittelten Inhalte“), die die Studierenden in 5 Theoriemodulen in den ersten fünf Semestern, überwiegend im Rahmen der Selbstlernzeiten erarbeiten (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 46 u. 59).

Am Ende des 6. Semesters finden im Rahmen der Modulprüfungen die staatlichen Prüfungen statt. Im 7. Semester führen die Studierenden ein weiteres praxisorientiertes Projekt mit 6 CP im Handlungsfeld der Ergotherapie durch. Sie schließen in diesem Semester mit der Erarbeitung der Bachelorthesis ab.

Für das Studium der Ergotherapie an der hsg ist ein Gesamtworkload von 6338 Stunden geplant, 43% als Präsenzstunden und 57% Selbstlernzeit. Legt man die angegebene Zahl der Semesterwochenstunden zugrunde, ergeben sich 25% des Gesamtworkloads bzw. 1605 Stunden als reine Lehrkontaktstunden. Für die ersten 6 Semester bzw. bis zur Examenprüfung nach ErgThAPrV lassen sich auf der rechnerisch bei Nutzung der Semesterwochenstunden als Kalkulationsbasis 1305 Stunden reine Lehrkontaktzeit ermitteln.

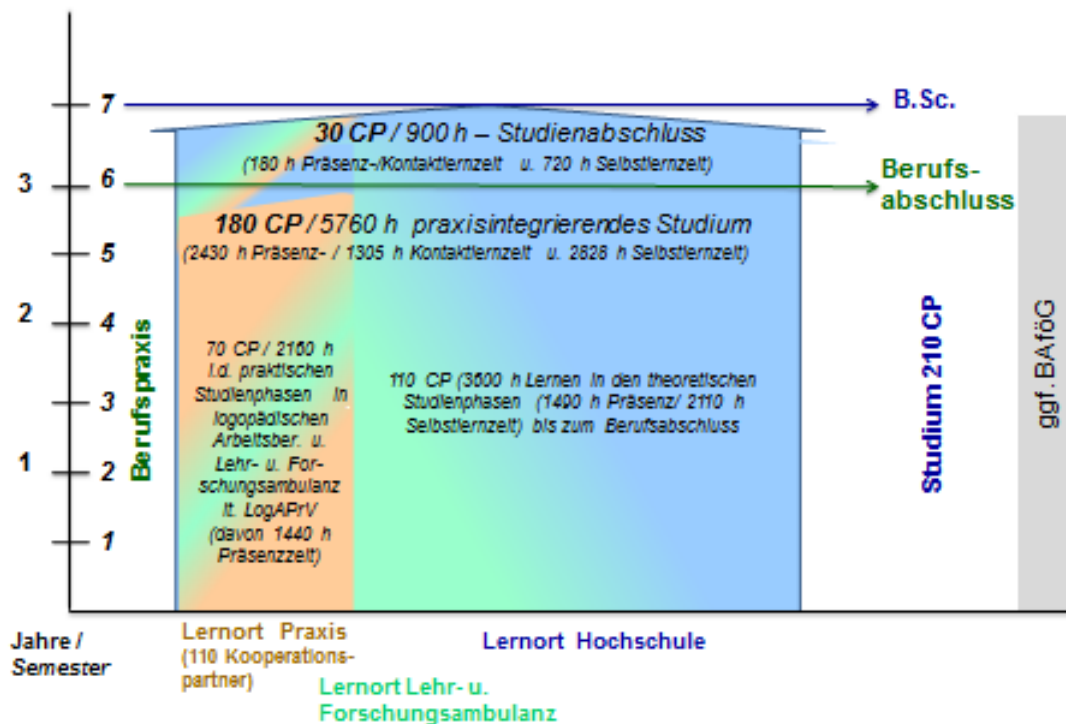
102 CP bzw. 3260 Stunden sind ausschließlich auf ergotherapeutische Inhalte bezogen, 46 CP bzw. 1380 Stunden werden in interprofessionell ausgerichteten Lehrveranstaltungen vermittelt.

62 CP bzw. 1898 Stunden<sup>6</sup> werden im Rahmen von praktischen Studienphasen vermittelt. Bis auf das Modul im letzten Semester sind diese Module nicht mit SWS (Kontaktstunden) belegt, womit sich die Differenz zwischen den angegebenen Präsenzstunden und den errechneten Lehrkontaktstunden begründet.

### **Situation der Studierenden**

Im Studiengang Ergotherapie wurde seitens der hsg als Auswahlgrenze für die Kohorten aus den Wintersemestern 2011/12, 2012/13 u. 2013/14 ein Numerus Clausus von 1,7 im Hauptverfahren und zwischen 1,9 und 2,4 nach Abschluss aller Nachrückverfahren im Internet publiziert<sup>7</sup>.

#### **2.1.2 Logopädie**



**Abbildung 3: Studiengang Logopädie (B.Sc.), hsg Bochum**

Im Studienbereich Logopädie (vgl. Abb. 3) wurden in den ersten 4 Jahren jährlich 30 bis 34 Studienplätze angeboten.

### **Kooperationsstrukturen**

Für die Einsätze im beruflichen Handlungsfeld der Logopädie kooperiert die hsg zum Erhebungszeitpunkt mit 100 Kooperationspartnern insgesamt, womit in fachspezifischen Einrichtungen 66 und in Bildungseinrichtungen 46 Praktikumsplätze zur Verfügung stehen (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 33). Als Mindestvoraussetzung für die Kooperation wird

<sup>6</sup> ermittelt anhand des Modulhandbuchs für den Studiengang Ergotherapie an der hsg

<sup>7</sup> [http://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Redakteure/pdfs/Studierendenservice/Zulassung/nc-werte.pdf](http://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Redakteure/pdfs/Studierendenservice/Zulassung/nc-werte.pdf)

für die Erbringung der berufsgesetzlich relevanten Praxisstunden die Sicherstellung einer fachspezifischen Praxisanleitung (Praxissupervision) gesehen.

Auf der Mesoebene der Kooperationsgestaltung wurden im Fachbereich Logopädie folgende Angebote installiert:

- *Fachbezogene Arbeitskreise* – „Qualitätszirkel Praxis-Supervision“ (Bereich Kindersprache und Bereich Neurologie) treffen sich zweimal jährlich mit dem Ziel, das Lernen der Studierenden zu reflektieren und gemeinsam zu gestalten sowie die Lernimpulse der Hochschule praxisgerecht aufzubereiten und damit zur Sicherung der Qualität der Praxisausbildung beizutragen. (Exp-FK-Gruppe hsg-Logp, 1-65). „Logopädische Kooperationspartner der hsg, bei denen die Studierenden ihre praktische Studienphase absolvieren, können sich (...) im Arbeitskreis „Kindersprache“ sowie im Arbeitskreis „Neurorehabilitation“ an kollegialem Austausch, Falldarstellungen und -diskussionen, Journal-Clubs sowie themenspezifischen Online-Angeboten beteiligen“ (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 81).
- In *Forschungssymposien* werden relevante Keynote Speaker aus der Praxis, die ein wissenschaftliches Renomé haben, eingeladen, um praxisbezogene Inhalte vorzustellen und darüber in die Diskussion zu kommen. Zu diesen Symposien sind die Kooperationspartner eingeladen und vom Tagungsbeitrag befreit. Die Symposien sollen auch dazu dienen, über sich etablierende Strukturen den Austausch zwischen den Praxispartnern, den Studierenden und den Lehrenden zu befördern (Exp-FK-Gruppe hsg-Logp, 1-64; Walkenhorst/Kopczynski 2013, 81)
- Ermöglichung *freier Zugänge zu den Hochschuleinrichtungen*, wobei der Studiengang den Praxispartnern auch hervorragende Studienarbeiten als graue Literatur zur Verfügung stellt (Exp-FK-Gruppe hsg-Logp, 1-65).

Daneben bestehen im Studiengang Logopädie „Kooperationen zum Zweck des Lehraustausches sowie der gemeinsamen Forschung mit anderen Hochschulen“, z.B. mit dem Sprachtherapeutischen Ambulatorium der Technischen Universität Dortmund (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 33).

### ***Studienablauf, Workload und Verteilung des Workloads auf die verschiedenen Strukturelemente***

Die berufspraktischen Studienanteile werden im Studiengang Logopädie vom 1. bis zum 6. Semester mit den theoretischen Studienanteilen parallel geführt. Das Studium in diesem Zeitraum umfasst 110 CP (3600 h Präsenz-/Selbstlernzeit) im theoretischen und 70 CP (= 2160 h Präsenz- und Selbstlernzeit) im Bereich des fachpraktischen Studiums (Praxiseinsätze + fachpraktischer Unterricht). Für das Studium der Logopädie ist an der hsg ein Gesamtworkload von 6300 Stunden geplant, die sich in 46% Präsenz-/Kontaktlernzeit (2910 h) und 54% Selbstlernzeit (3390 h) aufteilen. Auf der Grundlage der angegebenen Semesterwochenstunden ergeben sich als reine Lehrkontaktzeit 39% des Gesamtworkloads (= 2445 h), davon 2355 Stunden bis zur Examensprüfung.

98 CP bzw. 2940 Stunden sind auf die Vermittlung von unmittelbaren Theorieinhalten der Logopädie gerichtet und 40 CP (1200 h) werden in interprofessionellen Lehrveranstaltungen erarbeitet.

Vom ersten bis zum sechsten Semester werden sechs zum Teil semesterübergreifende Praxismodule mit einem Volumen zwischen 6 und 12 CP angeboten. Die Erarbeitung der fachpraktischen Kenntnisse und Kompetenzen erfordert 72 CP bzw. 2160 Stunden. Dabei

beträgt die Lehrkontaktzeit 38% (810 h), die Präsenzzeit als unmittelbare Praxiszeit in den Praxiseinrichtungen 29% (2160 h) und die Selbstlernzeit zur Vorbereitung und Reflexion der Praktika 33% (720 h). Die Fachpraxis wird dabei sowohl in praktischen Übungseinheiten an der Hochschule, zu einem großen Teil in einer hierfür etablierten Lehr- und Forschungsambulanz, als auch in Bildungseinrichtungen im Elementar- und Primarbereich und in fachspezifischen Einrichtungen (Klinik, Logopädiepraxis o.ä.) durchgeführt.

Die Studierenden hospitieren zunächst im ersten Semester an einem Tag in der Woche an drei verschiedenen fachspezifischen Praxisorten und führen Exkursionen zur Erkundung verschiedener Praxisbereiche durch. Vier weitere Praxiseinsätze mit insgesamt 45 Wochen mit unterschiedlichen Wochenstundenzahlen zwischen 11 und 27 Stunden werden vom Ende des 2. bis zum 6. Semester in den Semesterferien durchgeführt, darunter im zweiten Semester 3 Wochen in einer Bildungseinrichtung zur Beobachtung des kindlichen Spracherwerbs. Die Einsatzzeiten werden von der Hochschule in Absprache mit den jeweiligen Praxiseinrichtungen geplant. Die Studierenden sind dabei gehalten, selbst darauf zu achten, dass sie im Verlauf der Praxisausbildung die in der LogAPrO vorgegebene Zahl der Hospitationsstunden bzw. der Übungen zur Befunderhebung und Therapieplanung umsetzen und die geforderten Therapien unter fachlicher Aufsicht und Anleitung durchführen.

Am Ende des 6. Semesters werden im Rahmen der Modulprüfungen die staatlichen Prüfungen durchgeführt. Im 7. Semester realisieren die Studierenden u.a. ein Wahlmodul als studiumübergreifendes Angebot und schließen ihr Studium mit der Erarbeitung der Bachelorthesis ab.

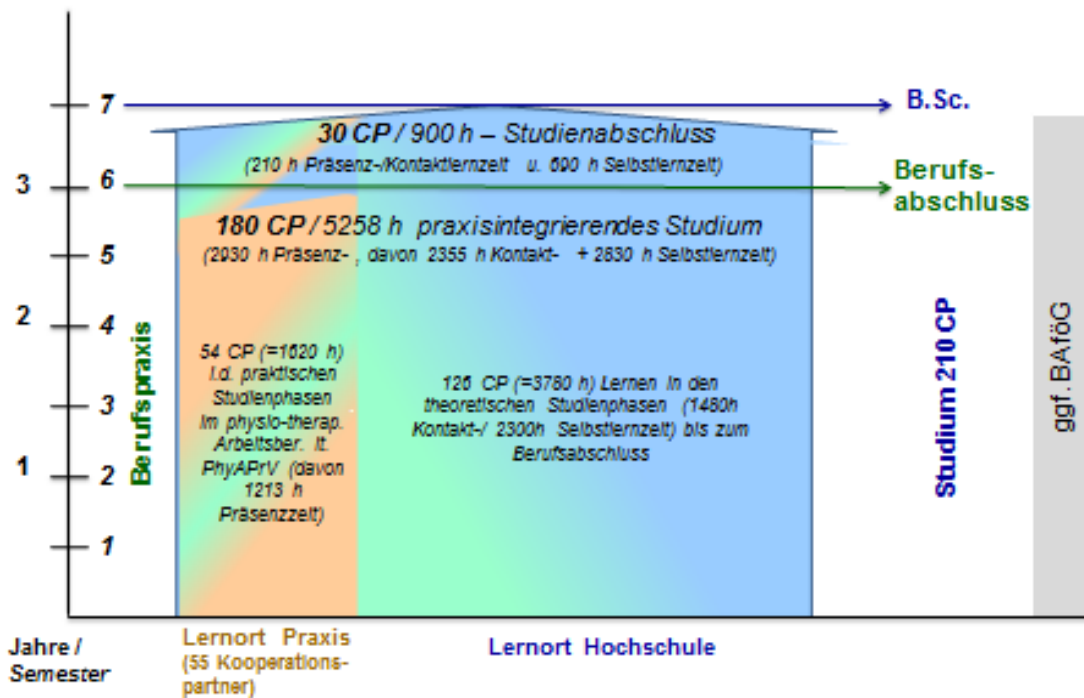
### ***Situation der Studierenden***

Im Studiengang Logopädie wurde seitens der hsg als Auswahlgrenze für die Kohorten aus den Wintersemestern 2011/12, 2012/13 u. 2013/14 ein Numerus Clausus von 1,6/1,7 im Hauptverfahren und zwischen 1,7 und 2,4 nach Abschluss aller Nachrückverfahren veröffentlicht<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> [http://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Redakteure/pdfs/Studierendenservice/Zulassung/nc-werte.pdf](http://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Redakteure/pdfs/Studierendenservice/Zulassung/nc-werte.pdf)

### 2.1.3 Physiotherapie



**Abbildung 4: Studiengang Physiotherapie (B.Sc.), hsg Bochum**

Im Studiengang Physiotherapie (vgl. Abb. 4) wurden im Zeitraum seit Hochschulgründung in jedem Jahr 50 bis 52 Studienplätze angeboten.

#### **Kooperationsstrukturen**

Der Studiengang Physiotherapie kooperiert mit insgesamt 39 Einrichtungen (24 Fachkliniken, 9 ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, 6 physiotherapeutischen Praxen) in denen insgesamt 100 Praktikumsplätze parallel zur Verfügung stehen. Als Mindestvoraussetzung für eine Kooperation besteht im Studiengang Physiotherapie die Erwartung, dass die in der Einrichtung tätigen Lernprozessanleiter\_innen über eine mindestens zweijährige Berufserfahrung sowie Erfahrungen in der Ausbildung von Schüler\_innen bzw. Studierenden verfügen und zur Reflexion von Lernsituationen bereit sind. Die Kooperation im Studiengang Physiotherapie erstreckt sich bei einigen Praxiseinrichtungen neben den Lehranteilen auch auf Forschungsk Kooperationen (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 34).

Für die Gestaltung der Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern wurden im Fachbereich Physiotherapie auf der Mesoebene im Sinne einer Community Practice die folgenden Angebote installiert:

- Die zweimal jährlich stattfindenden *Treffen der Lernprozessanleiter\_innen und die mehrmals jährlich angebotenen Anleiter\_innenfortbildungen* für die als Praxisanleiter\_innen benannten Vertreter\_innen der Kooperationseinrichtungen haben ihren Schwerpunkt in Fragen der Fachdidaktik und Methodik und in der Kommunikation der Lehr-Lernziele und –inhalte der Hochschule (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 74).

- Die *After-Work-Lectures (AWL)*, zu denen die Fachöffentlichkeit, Studierende und Vertreter\_innen der Kooperationspartner eingeladen sind werden auch im Studiengang Physiotherapie regelmäßig alle ein bis zwei Monate als zweistündige Veranstaltungen angeboten. Sie dienen vor allem dem fachlichen Austausch zwischen den Praktiker\_innen und den Wissenschaftler\_innen z.B. über Diagnoseverfahren oder Interventionsmöglichkeiten, wobei künftig verstärkt nach Möglichkeiten gesucht werden soll, auch ärztliche Kolleg\_innen in diesen Austausch einzubinden (Exp-FK-Gruppe hsg-PhysTh, 2-27 / 2-126ff; Walkenhorst/Kopczynski 2013, 81).

### **Studienablauf, Workload und Verteilung des Workloads auf die verschiedenen Strukturelemente**

Auch im Studiengang Physiotherapie werden die berufspraktischen Studienanteile mit Beginn des ersten Semesters mit den theoretischen Studienanteilen parallel geführt, wobei die Theoriemodule und die Module der praktischen Studienphasen inhaltlich aufeinander bezogen sind. Das Studium der ersten 6 Semester umfasst 126 CP (= 3780 h Präsenz-/Selbstlernzeit) im Bereich des theoretischen Studiums (mit integrierten fachpraktischen Übungen), davon werden 34 CP (1020h) im Rahmen des Interprofessionellen Studiums vermittelt werden, und 54 CP (= 1620 h Präsenz-/Selbstlernzeit) im Bereich der fachpraktischen Studienanteile in Betrieben und Einrichtungen mit einem physiotherapeutischen Angebot. Diese fachpraktischen Studienphasen werden in den ersten beiden Semestern an einem Tag in der Woche absolviert und ab dem dritten Semester in Blockform durchgeführt. Sie decken die in der PhysTh-APrV geforderten Einsatzbereiche und das vorgeschriebene Volumen von 1600 Stunden für die praktische Ausbildung ab.

Der Gesamtworkload von 6300 Stunden im Studiengang Physiotherapie verteilt sich auf 2907 Stunden Präsenzlernzeit (= 46%) und 3393 Stunden Selbststudium (= 54%). Die über die angegebenen Semesterwochenstunden ermittelte Kontaktlernzeit im Rahmen der Präsenzzeit umfasst 1725 Stunden bzw. 27% des Gesamtworkloads. Davon werden 1515 Stunden in den ersten sechs Semestern bis zur staatlichen Prüfung erteilt. Zusammen mit den Selbstlernzeiten und den Präsenzzeiten der fachpraktischen Studienphasen wird das nach §1 (1) PhysTh-APrV vorgegebene Stundenvolumen von 4500 h bis zu diesem Zeitpunkt um 900 h überschritten.

### **Situation der Studierenden**

Im Studiengang Physiotherapie wurde seitens der hsg als Auswahlgrenze für die Kohorten aus den Wintersemestern 2011/12, 2012/13 u. 2013/14 ein Numerus Clausus von 1,6/1,7 im Hauptverfahren und zwischen 1,8 und 2,0 nach Abschluss aller Nachrückverfahren im Internet publiziert<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> [http://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Redakteure/pdfs/Studierendenservice/Zulassung/nc-werte.pdf](http://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Redakteure/pdfs/Studierendenservice/Zulassung/nc-werte.pdf)

## 2.1.4 Hebammenkunde

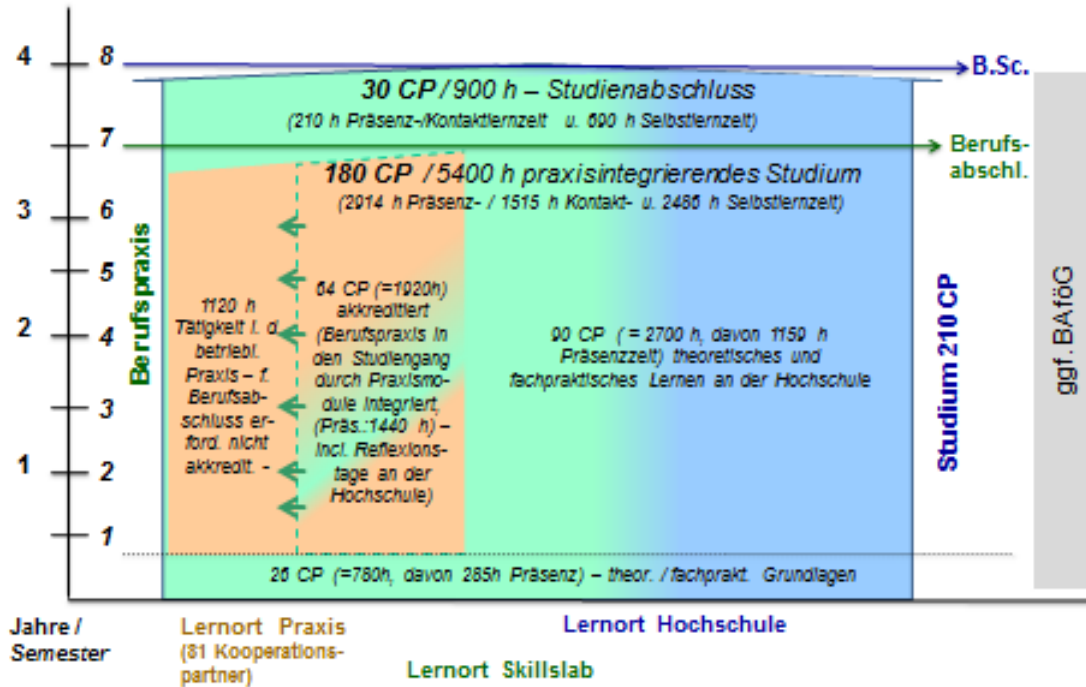


Abbildung 5: Studiengang Hebammenkunde (B.Sc.), hsg Bochum

Der Studiengang Hebammenkunde (vgl. Abb. 5) hat in den vergangenen vier Jahren 33 bis 35 Studienplätze angeboten.

### Kooperationsstrukturen

Der Studiengang Hebammenkunde kooperiert mit 35 geburtshilflichen Kliniken im Einzugsbereich der Hochschule (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 32), in denen die Studierenden die nach § 1 Absatz 1 47 HebAPrV vorgeschriebenen Praxisstunden in den verschiedenen klinischen Handlungsfeldern ableisten können, wobei sie für die Kreißsaaleinsätze zwei unterschiedliche Klinikbetriebe kennenlernen, von denen einer das Perinatallevel 1 oder 2 aufweisen muss. An den Kliniken sind jeweils bereits ausgebildete bzw. in Ausbildung begriffene Praxisanleiterinnen in der Geburtshilfe tätig. Darüber hinaus ist in das 4. Semester eine 8 wöchige praktische Studienphase in der außerklinischen Geburtshilfe in das Studium integriert. Hierfür hat die hsg Kooperationsverträge mit 46 Hebammenpraxen und Geburtshäusern geschlossen (ebd.), die sich auch außerhalb von NRW befinden können.

Mit dem Ziel der Gestaltung der Kooperation wurden auf der Mesoebene im Studiengang Hebammenkunde die folgenden Angebote installiert:

- Mit bislang zwei Pilotkursen wurde für Mitarbeiterinnen der Kooperationseinrichtungen eine 210-stündige *Weiterbildung für Praxisanleiter\_innen* in der Hebammenkunde, ausgerichtet an den studiengangspezifischen Qualifikationskriterien konzipiert, um so die Voraussetzungen für eine kompetente Gestaltung der Praxisanleitung zu schaffen und die Ausbildungsqualität mit Blick auf die strukturierte und transparente Unterstüt-

zung beim fachpraktischen Kompetenzerwerb und insbesondere im Bereich der Reflexionskompetenz zu steigern (Exp-FK-Gruppe hsg-Hebk, 1-34, 59 / 2-124; Walkenhorst/Kopczynski 2013, 79f; vgl. auch Schwarz 2011).

- Auch im Studiengang Hebammenkunde werden zweimal jährlich *Treffen der Lernprozessanleiter\_innen* als Praxiskooperationstreffen und mehrmals jährlich *Fortbildungen für die Anleiter\_innen* angeboten, die den Kontakt zwischen Hochschule und Praxiseinrichtungen sichern sollen. In diesen Veranstaltungen stehen Fragen der Kompetenzvermittlung im Zentrum (Exp-FK-Gruppe hsg-Hebk, 1-34; Walkenhorst/Kopczynski 2013, 74).
- Daneben werden im Studiengang Hebammenkunde ebenfalls alle ein bis zwei Monate After-Work-Lectures (AWL) im Umfang von ca. 2 Stunden für die Fachöffentlichkeit, für Studierende und Vertreter\_innen der Kooperationspartner angeboten, in denen eher fachliche Fragen der Hebammenkunde – auch fachbereichsübergreifend z.B. in Kooperation mit dem Studiengang Physiotherapie - im Mittelpunkt stehen (Exp-FK-Gruppe hsg-Hebk., 1-59; Walkenhorst/Kopczynski 2013, 81).

### **Studienablauf, Workload und Verteilung des Workloads auf die verschiedenen Strukturelemente**

Im Studiengang Hebammenkunde wird die Berufsausbildung vom ersten Semester bis zum Ende des 7. Semesters in das Studium integriert. Die 3040 Stunden umfassenden berufspraktischen Anteile der Ausbildung sind ab dem Ende des ersten Semesters in das Studium eingebunden, jedoch nur zu knapp 2/3 (1920 Stunden) durch das Akkreditierungsverfahren für das Stundenvolumen des Studiums anerkannt und mit Creditpoints belegt. Die verbleibenden 1120 Stunden klinische Praxis, die nach § 1 Absatz 1 der HebAPrV im Rahmen der Ausbildung erforderlich sind, leisten die Studierenden gekoppelt mit den Praxisphasen der jeweiligen Studienmodule ab, so dass eine Unterscheidung zwischen akkreditierten und nicht akkreditierten praktischen Studienphasen zwar formal besteht, in der konkreten Umsetzung für keine der Beteiligten (Studentin, Praxisanleiterin, Hochschullehrende) erkennbar ist. Um die umfangreichen, in Blockform geplanten praktischen Studienphasen, die nicht im vollen Umfang als akademisch anerkannt werden, realisieren zu können, umfasst das Studium nur während des 1. und 8. Semesters 30 CP, während die Studierenden vom 2. bis zum 7. Semester nur jeweils 25 akkreditierte CP erzielen können. Das 8. Semester, das u.a. die Bachelorarbeit umfasst, ist mit 30 CP hinterlegt, sodass im Bachelorprogramm Hebammenkunde insgesamt 210 CP erzielt werden. Somit umfasst auch das Studium der Hebammenkunde insgesamt einen studienwirksamen Workload von 6300 Stunden mit 3094 Stunden Präsenz-/Kontaktlernzeit (=49%) und 3206 Stunden Selbstlernzeit (=51%). 1695 Stunden (= 27% des Gesamtworkloads) werden über die Semesterwochenstunden als Lehrkontaktzeit ausgewiesen. Die gesamte Arbeitslast für das Studium mit integriertem Berufsabschluss beträgt aufgrund der im Akkreditierungsverfahren nicht anerkannten Praxisanteile 7420 Stunden.

Für die ersten sieben Semester bis zum Berufsabschluss nach HebAPrV sind 180 CP bzw. ein studienwirksamer Workload von 5400 Stunden geplant, davon 116 CP (= 3660 h - Präsenz-/Kontaktzeit u. Selbstlernzeit) im Bereich des theoretischen Studiums (mit integrierten fachpraktischen Übungen bzw. Lernphasen im Skillslab und den Inhalten des Interprofessionellen Studiums) und 64 CP (= 1920 h, davon 1440 h Präsenzzeiten in der Praxis und 480h Selbstlernzeiten bzw. Praxisreflexion) im Rahmen des Studiums in einer durch die Hochschule begleiteten klinischen und außerklinischen Hebammentätigkeit ( -

wobei für diese fachpraktischen Studienphasen keine Semesterwochenstunden ausgewiesen werden).

### Situation der Studierenden

Im Studiengang Hebammenkunde wurde seitens der hsg als Auswahlgrenze für die Kohorten aus den Wintersemestern 2011/12, 2012/13 u. 2013/14 ein Numerus Clausus von 1,7/1,9 im Hauptverfahren und zwischen 2,0 und 2,8 nach Abschluss aller Nachrückverfahren im Internet publiziert<sup>10</sup>

#### 2.1.5 Pflege

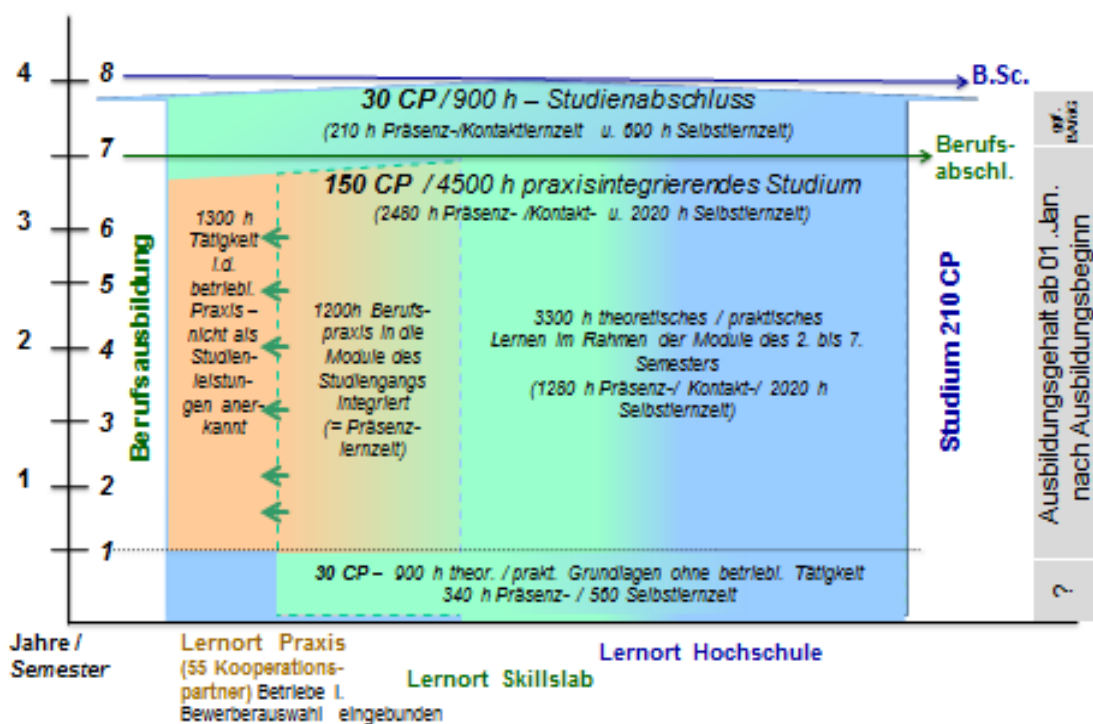


Abbildung 6: Studiengang Pflege (B.Sc.), hsg Bochum

Der Studiengang Pflege (vgl. Abb. 6) verfolgt einen generalistischen Ansatz, der auf die Pflege von Menschen aller Altersgruppen gerichtet ist, weshalb die Studiengangentwickler\_innen zusätzlich gefordert waren, die Vorgaben der APrV'n aller drei Pflegeberufe, von behördlich genehmigten Ausnahmen abgesehen, einzuhalten und formal und inhaltlich miteinander zu verbinden. Damit sollte die Konzeption mit Blick auf eine innovative Ausrichtung der Pflegeausbildung in Deutschland erfolgen, wie sie auch seitens der Gesetzgeber geplant und umgesetzt werden soll (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 50f, vgl. auch DBR 2010; BMFSJ, 2008; Oelke & Menke, 2002).

Weiterhin sehen die gesetzlichen Vorgaben in den APrV'n aller Pflegeausbildungen vor, dass für das erfolgreiche Absolvieren der Ausbildung ein Ausbildungsvertrag abgeschlossen werden muss, der auch eine Ausbildungsvergütung über drei Jahre umfasst.

<sup>10</sup> [http://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Redakteure/pdfs/Studierendenservice/Zulassung/nc-werte.pdf](http://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Redakteure/pdfs/Studierendenservice/Zulassung/nc-werte.pdf)

Der Studiengang Pflege bietet jährlich 50 Studienplätze in Kooperation mit entsprechenden Ausbildungsbetrieben mit unterschiedlichem Schwerpunkt an. Dabei sind die Anteile der Ausbildungsplätze in den Arbeitsbereichen der Gesundheits- und Krankenpflege und der Altenpflege deutlich höher als in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

### **Kooperationsstrukturen**

Der Studiengang Pflege kooperiert zum Untersuchungszeitpunkt mit insgesamt 55 Pflege- und Gesundheitseinrichtungen, in erster Linie mit Krankenhäusern/Kliniken, stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen und mit Einrichtungen der Pflege- und Gesundheitsberatung und Behindertenhilfe. 31 dieser Einrichtungen haben Ausbildungsverträge mit Studierenden abgeschlossen, die anderen Praxiseinrichtungen bieten Praktikumsplätze für einzelne praktische Studienphasen an (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 33f).

Die Gesamtverantwortung der hsg für Studium und Ausbildung bedingt auch die Erarbeitung einer an den berufsgesetzlichen Vorgaben orientierten Drei-Jahres-Planung für jeden Auszubildenden, in der z.B. auch Zeitkorridore für die Studienblöcke und die Urlaubsplanung definiert und Prüfungsphasen berücksichtigt werden müssen. Diese werden den Kooperationseinrichtungen zur Verfügung gestellt, die auf dieser Grundlage die „individuelle[n] Einsatzplanung mit definitiven Stationen“ für die Auszubildenden erstellen können (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 70). Hierfür benennen die Einrichtungen unter ihren Mitarbeiter\_innen/Praxisanleiter\_innen sogenannte Manager\_innen der praktischen Studienphase, die an der Schnittstelle zwischen Hochschule und Praxiseinrichtung agieren und die Praxisausbildung auf der Mesoebene koordinieren<sup>11</sup>. Auch fallen für den Zeitraum des Ausbildungsverhältnisses administrative Aufgaben in Verbindung mit der Anwesenheitsüberprüfung und stundengenaue Fehlzeiten- und Urlaubserfassung und der Dokumentation der Tätigkeitsnachweise an, um arbeitsrechtlichen und berufsgesetzlichen Vorgaben zu entsprechen (Protokoll des ersten Besuchs im Studiengang an der hsg, 19.12.2012, Walkenhorst/Kopczynski 2013, 73). Weiterhin übernimmt die Hochschule, den berufsgesetzlichen Vorgaben folgend, die Praxisbegleitung der Studierenden während der Praxiseinsätze (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 48).

Die Verantwortung und Durchführung der staatlichen Berufsabschlussprüfung erfordert zudem, zum einen aufgrund der generalistischen Ausrichtung des Studiengangs und aufgrund der regionalen Streuung der Ausbildungseinrichtungen die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen für die Prüfung zuständigen Behörden.

Um die vielschichtigen Kooperationen des Studiengangs auf der Mesoebene zu gestalten und zu sichern, wurden die folgenden Angebote installiert:

- Eine zentrale Herausforderung im Studiengang Pflege wird darin gesehen, den *Informationsfluss* zwischen der hsg und den Praxispartnern effektiv zu gestalten. Hier nehmen die Manager\_innen der praktischen Studienphase eine zentrale Stellung ein. Dabei differieren Form und Umfang der Informationsweitergabe, weshalb zusätzlich Wege der elektronischen Informationsübermittlung über Flyer/E-Mails und die Etablierung eines elektronischen Datenbanksystems gesucht und etabliert wurden (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 80). Diese eher innovativen Formen der Informationsübermittlung treten neben die eher klassische Form der Praxisbegleitung und des persönli-

---

<sup>11</sup> Eine Praxiskoordinatorin beschreibt im Rahmen der durchgeführten Experten-Fokusgruppe ihren Anspruch an diese Tätigkeit so, dass sie versucht, „von einer lenkenden, koordinierenden Stelle aus“ die Lernerwartungen der Studierenden mit den vorhandenen Lernangeboten der Stationen bzw. den Kompetenzen der Mitarbeiter\_innen und Praxisanleiter\_innen zu koordinieren (Exp-FK-Gruppe Pfl, 2-25, 36;)

chen Gesprächs, die aufgrund der Systemgröße und der erheblichen zeitlichen Belastungen der Mitarbeiter\_innen im Studiengang an Grenzen stößt. Auch die Möglichkeit, die Studierenden darin zu instruieren und zu fördern, für ihre Ausbildungsinteressen selbstverantwortlich einzutreten, wird als Chance gesehen, an der Schnittstelle zwischen Hochschule und Praxis Transparenz herzustellen (Exp-FK-Gruppe hsg-Pfl, 2-66;).

- *Regelmäßiger Treffen* werden auf der Ebene der *Praxiskoordinator\_innen/Manager\_innen der praktischen Studienphasen* (viermal jährlich) und mit den *Leitungskräften der kooperierenden Einrichtungen* (zweimal jährlich) angeboten (Exp-FK-Gruppe hsg-Pfl, 1-68; Walkenhorst/Kopczynski 2013, 75).
- Um die Ausbildung bzw. das Studium auch in dem hohen Anteil an Praxisstunden auf EQR-Niveau 6 zu sichern, wird im Studiengang Pflege die *Qualifikation der Praxiskoordinator\_innen und -anleiter\_innen* als äußerst bedeutungsvoll angesehen (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 80.)
- Hierfür werden mehrmals jährlich *Fortbildungsangebote* für Praxisanleiter\_innen und -anleiter angeboten, um die kooperierenden Einrichtungen bei der Gewährleistung des entwickelten Standards zu unterstützen (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 34). Diese Schulungen der Praxisanleiter beziehen sich u.a. auf die Konzeption des Studiengangs und die Besonderheiten des Modulhandbuchs und des Praxismanuals - d.h. z.B. auf die Realisierung von Lern- und Praxisaufgaben. Dabei wird auch auf formulierte Bedarfe der Einrichtungen eingegangen bzw. können auch Schulungsangebote vor Ort realisiert werden (Exp-FK-Gruppe hsg-Pfl., 1-75f, 2-121).
- Daneben werden auch im Studiengang Pflege alle ein bis zwei Monate *After-Work-Lectures (AWL)* im Umfang von ca. 2 Stunden für die Fachöffentlichkeit, für Studierende und Vertreter\_innen der Kooperationspartner, aber auch für Patient\_innen und interessierte Laien angeboten, in denen pflegewissenschaftliche Antworten auf praxisbezogenen Fragen aber auch Ergebnisse und Erfahrungen aus Forschungsprojekten diskutiert werden können. Vergleichbar gehen die für dieselbe Zielgruppe angebotenen Journalclubs pflegewissenschaftlichen Fragestellungen nach (Exp-FK-Gruppe hsg-Pfl., 1-75; Walkenhorst/Kopczynski 2013, 81).
- Auf der anderen Seite werden Exper\_tinnen aus der Praxis in die *Konzeption der praktischen Studien-/Ausbildungsanteile* eingebunden, z.B. in praktische Vermittlungseinheiten im Skills-Lab und bei der Entwicklung der Praxisaufgaben im Praxismanual. Dieses Vorgehen soll sowohl integrative Chancen für eine praxisgerechte Entwicklung des Studienangebots bieten als auch eine Identifikation der Praxisanleitungen mit dem Studiengang bewirken (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 60; vgl. a. Exp-FK-Gruppe hsg-Pfl, 2-108-112).

### **Studienablauf, Workload und Verteilung des Workloads auf die verschiedenen Strukturelemente**

Die Ausnahmeregelungen, die für die Etablierung der generalistischen Ausrichtung des Pflegestudiengangs gefunden werden konnten, beziehen sich zum einen auf die zu vermittelnden Inhaltsbereiche und das in Präsenzlehre zu vermittelnde Stundenvolumen und zum anderen auf die Einsatzgebiete für die praktische Ausbildung, nicht aber auf die 2500 Stunden im Gesamtvolumen der praktischen Einsatzzeiten. Die APV'n der drei Pflegeberufe wurden bei der Studiengangentwicklung formal aufeinander abgestimmt und inhaltlich

mit Blick auf exemplarisches Lernen ausgestaltet (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 50f, vgl. a. Fesenfeld, 2012).

Wie alle anderen hier untersuchten Modellstudiengänge der hsg umfasst auch der Pflegestudiengang 210 CP (6300 h), die jedoch auf 8 Semester verteilt sind. Dabei wird im 1. und im 8. Semester für das Studium ein Workload von jeweils 30 CP (900 h) angesetzt, während vom 2. bis zum 7. Semester lediglich von einem Studienworkload von 25 CP (750 h) je Semester ausgegangen wird. Für diesen Zeitraum schließen die Studierenden parallel zum Studium einen Ausbildungsvertrag mit einer mit der hsg kooperierenden Pflegeeinrichtung ab (vom 1. Januar im Verlauf des ersten Semesters bis zu 31. Dezember im Verlauf des 7. Semesters, in dem auch das staatliche Examen für den Berufsabschluss abgenommen wird). In dieser Pflegeeinrichtung absolvieren die Studierenden den größten Teil ihres fachpraktischen Studiums bzw. ihrer fachpraktischen Ausbildung. 1200 Stunden, die die Studierenden in der Praxis ableisten, sind im Kontext des Studiums auf akademischem Niveau akkreditiert, weitere 1300 Stunden werden im Zusammenhang mit den fachpraktischen Studienphasen abgeleistet, formal aber nicht auf das Studium angerechnet. Der Studiengang begleitet sowohl die akkreditierten als auch die nicht-akkreditierten Teile der Praxiseinsätze durch inhaltliche Vorbereitung, „Arbeitsaufträge“ im Praxismanual und Reflexionsprozesse, so dass eine Differenzierung zwischen akkreditierten und nicht akkreditierten Lernzeiten in der Praxis für die Akteure (Studierende, Praxisanleiter\_innen u.a.) nicht unbedingt erkennbar ist (Protokoll des ersten Besuchs im Studiengang an der hsg, 19.12.2012). Das Studium des 2. bis 7. Semesters ist in Blockphasen gegliedert und integriert die praktischen Studienphasen mit Praxisblöcken von 5 bis 17 Wochen in der vorlesungsfreien Zeit aber auch während der Semester. In die Praxisblöcke, die während der Semester durchgeführt werden, sind praxisbegleitende Lehrveranstaltungen/Reflexionsseminare integriert.

Das gesamte Studienvolumen des Studiengangs Pflege von 210 CP (6300 Stunden) an der hsg ist auf 29 Module mit einem Volumen zwischen 5 und 12 CP verteilt, wovon neben einem IPE Modul 7 fachbezogene Module semesterübergreifend konzipiert sind. Die Anteile des Studiums, die in der Fachpraxis vermittelt bzw. erarbeitet werden sollen, sind vom 2. bis zum 7. Semester in den Pflichtmodulen des Studiengangs und in ein Interprofessionelles Modul integriert. Sie werden entweder durch Präsenzstunden ausgewiesen, die in den meisten Modulen die über SWS zu errechnende Kontaktzeiten überschreiten, oder sind in der vorlesungsfreien Zeit den Semesterübergreifenden Modulen zugeordnet (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 70) „Der Anteil der praktischen Ausbildungszeit an der jeweiligen Präsenzzeit beträgt über die genannten Module hinweg im Mittel 51 % (Minimum 22 %; Maximum 89 %)“ (ebd.). In der vorlesungsfreien Zeit müssen die Studierenden auch die nicht akkreditierten Anteile der Praxisphasen absolvieren.

Insgesamt umfasst der Pflegestudiengang einen studienwirksamen Workload von 6300 Stunden mit 3030 h Präsenz-/Kontaktlernzeit (= 48%) und 3270 Stunden Selbstlernzeit (=52%). Zieht man den angegebenen Anteil von 51% bzw. 1200 Stunden in den Modulen, die fachpraktische Studien integrieren, als Lernzeiten durch Präsenz in der Praxis ab, verbleiben als Präsenz-/Kontaktlernzeiten im Studium an der Hochschule 1830 Stunden, also ein Anteil von 30%. Ermittelt man die Kontaktlernzeit auf der Basis der für die Module des gesamten Studiums angegebenen SWS ergibt sich eine deutlich höhere Kontaktlernzeit 2400 Stunden (= 38%). Die gesamte Arbeitslast für das Studium mit integriertem Berufsabschluss beträgt aufgrund der im Akkreditierungsverfahren nicht anerkannten Praxisanteile 7600 Stunden.

Für die fachbezogenen und interprofessionellen Module in den ersten sieben Semestern bis zur Berufsabschlussprüfung verbleibt nach Abzug der Präsenzzeiten im Rahmen des Studiums in der Fachpraxis ein Workload von 4200 Stunden zur Vermittlung bzw. Erarbeitung von theoretischen und fachpraktischen Inhalten. Sie teilen sich auf in 1620 Stunden Präsenzstudium und 2580 Stunden Selbstlernzeit.

### Situation der Studierenden

Im Studiengang Pflege erfolgt die Zuteilung der Studienplätze bedingt durch die Ausbildungsverträge nicht über ein NC-Verfahren sondern im Rahmen eines Bewerberassessments, das in einer Nebenabrede zu den Kooperationsverträgen der Hochschule mit den Ausbildungsbetrieben geregelt ist. Nach Sichtung der eingereichten Bewerbungsunterlagen durch die Hochschule werden geeignete Bewerber\_innen zu einem Auswahlverfahren eingeladen, in dem sie unter Beobachtung durch Vertreter\_innen der Hochschule in Kleingruppen ihre Rezeption eines vorab übersandten Fachartikels diskutieren sollen. Weiterhin führen die Kooperationspartner Einzelgespräche mit den Bewerber\_innen mit dem Ziel, den geeigneten Ausbildungsschwerpunkt (Alten-, Gesundheits- und Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege) zu ermitteln. Auf der Grundlage dieses Prozesses, in dem die Vertreter\_innen der Hochschule „lediglich eine beratende Funktion einnehmen“, werden die Zusagen für den Ausbildungsplatz erteilt (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 73 u. Anlage C, 123-125).

## 2.2 Dualer Studiengang Pflege und Gesundheit (B.A.) an der Fliedner Fachhochschule Düsseldorf

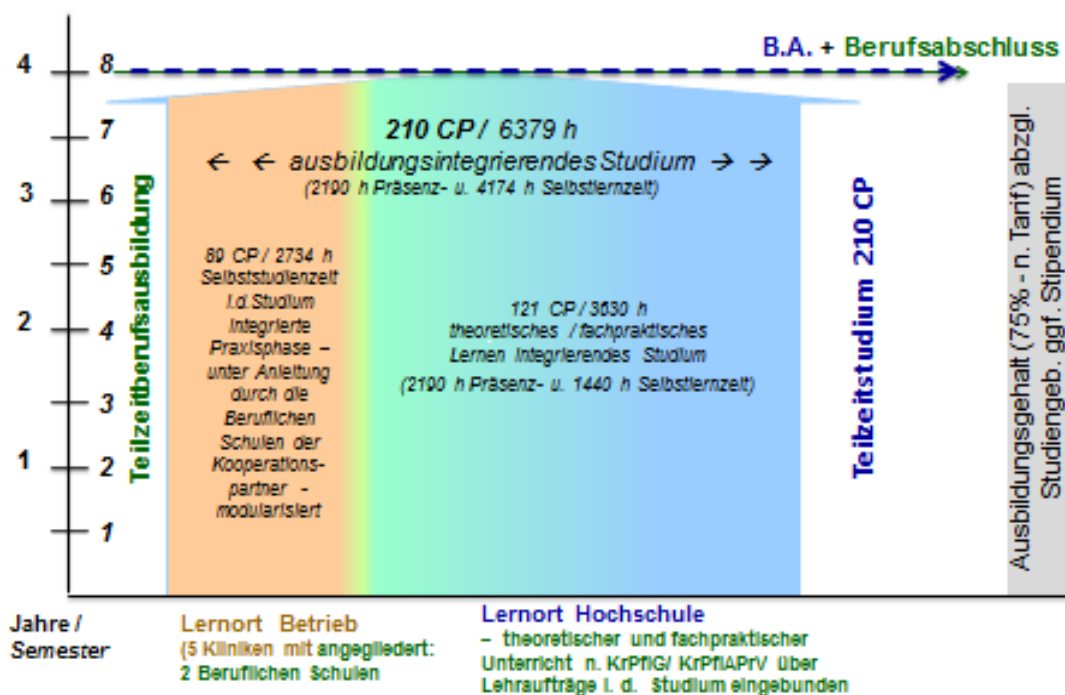


Abbildung 7: Dualer Studiengang Pflege und Gesundheit (B.A.), Fliedner FH Düsseldorf

Der auf vier Jahre angelegte duale Studiengang Pflege und Gesundheit an der Fliedner Fachhochschule Düsseldorf (vgl. Abb. 7) schließt mit dem akademischen Grad „Bachelor of Arts“ und wahlweise mit dem Berufsabschluss in der Gesundheits- und Krankenpflege oder in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ab (Bögemann-Großheim 2013, 2f). Er ist mit 40 Studienplätzen pro Studienjahr konzipiert und genehmigt.

Der Studiengang intendiert, dass die Absolvent\_innen befähigt werden, sich einen erweiterten Bestand an theoretischen Erklärungsansätzen, aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und anwendungsbezogenen Kenntnissen systematisch zu erarbeiten und die gewonnenen Erkenntnisse in ihr pflegerisches Handeln mit Patient\_innen und im System der Gesundheitsversorgung einzubringen. Durch ihr erweitertes Wissen und den Aufbau von erweiterten Reflexions- und Methodenkompetenzen sollen die Studierenden Praxis-handeln auch in komplexen beruflichen Anforderungssituationen analysieren und beurteilen können. Sie sollen „die zukünftige Rolle einer akademisch ausgebildeten Pflegefachperson in den Einrichtungen begründet verorten“ können und in der Lage sein, sich am pflegewissenschaftlichen Diskurs zu beteiligen, ihre Kompetenzen in die Weiterentwicklung von pflegerischen Handlungskonzepten einzubringen und „zwischen wissenschaftlichem Regelwissen und den individuellen Sinnverständnissen und Erwartungen der Adressat(inn)en von Pflegefachpersonen zu vermitteln“ (Bögemann-Großheim 2013, 10). Im Verlauf von Teilzeitausbildung und Studium sollen die Studierenden auch Routinen und Sicherheiten entwickeln, die „sowohl quantitativ als auch qualitativ mit der Berufsausbildung entsprechend den gesetzlichen Grundlagen (KrPflG, KrPflAPrV) vergleichbar sind“ (Bögemann-Großheim 2013, 9f).

### **Kooperationsstrukturen**

Die Fliedner Fachhochschule differenziert für Studium und Ausbildung zwei Lernorte: das Studium an der Fachhochschule selbst und die Ausbildung in der klinischen Praxis. Letztere erfolgt im Kooperationsverbund zum Zeitpunkt der Untersuchung mit fünf Kliniken<sup>12</sup>, die wiederum insgesamt mit zwei Gesundheits- und Krankenpflegeschulen<sup>13</sup> zusammenarbeiten. In den kooperierenden Kliniken werden die Praxiseinsätze nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung des Krankenpflegegesetzes (KrPflAPrV) abgeleistet, ergänzt durch externe Einsätze, insbesondere zur Ausbildung in ambulanten Gesundheitseinrichtungen, für die auf bestehende und genehmigte Kooperationsstrukturen der kooperierenden Gesundheits- und Krankenpflegeschulen rekurriert wird (vgl. Bögemann-Großheim 2013, 2f).

Wie dargestellt, werden im ersten Evaluationsbericht für die Theorieanteile des Studiums explizit „fachliche Inhalte nach der KrPflAPrV“ aufgeführt, die im Rahmen von Lehraufträgen durch Lehrer\_innen vermittelt werden können, die an den Pflegeschulen der Kooperationspartner angestellt sind und eine akademische Vorbildung nachweisen. In diesen Unterrichten könnten für praktische Unterweisungen die Demonstrationsräume und Materialien der Schulen genutzt werden (Bögemann-Großheim 2013, 4). Weiter wird angeführt, dass in den Kooperationen deutlich wurde, „dass die Lehrenden der Schulen nicht den gesamten Kanon an Inhalten vertreten, sondern sich auf besondere Themen- und Aufga-

---

<sup>12</sup> Florence Nightingale Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie, Düsseldorf; Evangelisches Krankenhaus Bethesda zu Duisburg; Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf; Sana Klinikum Düsseldorf; Universitätsklinikum Düsseldorf

<sup>13</sup> Pflegeschule der ökumenischen Kooperationsgemeinschaft (Bildungszentrum für Gesundheitsfachberufe) und Schule am Universitätsklinikum Düsseldorf (Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe, Fachbereich Pflege)

bengebiete im Verlauf ihrer beruflichen Arbeit spezialisieren. Sie verfügen damit über eine in der Berufserfahrung angeeignete besondere Expertise, von der auch die Studierenden profitieren können“ (Bögemann-Großheim 2013, 14).

Die praktische Ausbildung in den Einsatzbereichen der Kliniken wird einerseits durch Praxisanleiter\_innen übernommen, die sowohl in die Anleitung im Rahmen der Berufsausbildungen der Kliniken als auch im Rahmen des Studiengangs eingebunden sind und erfolgt andererseits in der Form von gezielten praktischen Anleitungen durch übergeordnet tätige hauptberufliche Praxisanleiter\_innen, die ebenfalls in beide Ausbildungssysteme eingebunden sind.

Im Verlauf der Implementierung des Studiengangs kam es zu einer Umstellung in der personellen Regelung der Aufgabenverteilung zwischen den Kooperationspartnern. Erfolgte die Organisation der Praxiseinsätze zunächst durch einen akademisch ausgebildeten Berufspädagogen an der Pflegeschule der Kooperationspartner, wird sie seit dem Sommersemester 2013 von einem „Dipl. Berufspädagogen (FH) mit langjähriger Erfahrung in der Pflegebildung als Studiengangkoordinator in Vollzeit“ an der Fachhochschule selbst übernommen (Bögemann-Großheim 2013, 7f). Neben der Praxiseinsatzplanung und der Unterrichtskoordination bildet dabei der intensive Austausch mit den Praxisanleiter\_innen eine zentrale Aufgabe, die einerseits die Teilnahme an Praxisanleiterkonferenzen beinhaltet und andererseits eine Mitwirkung im Rahmen von Praxisbegleitungen, um bei der Praxisanleitung der Studierenden im Umgang mit den spezifischen Praxisaufträgen zu unterstützen. Diese Abstimmungsarbeit wird am Universitätsklinikum Düsseldorf durch eine akademisch qualifizierte Lehrerin der Krankenpflegeschule unterstützt.

Daneben wurden zur Sicherung der Koordinationsaufgaben zwei weitere Gremien institutionalisiert:

- Der „*Runde Tisch*“, an dem neben „den verantwortlichen Vertreter\_innen der Hochschule Personen beteiligt [sind], die in Zusammenarbeit mit der Hochschule für die Ausgestaltung der praktischen Ausbildung Verantwortung tragen“, also hauptberufliche Praxisanleiter\_innen und Lehrkräfte der Schulen, die sich in der Praxisbegleitung engagieren. Der Runde Tisch tagt zweimal jährlich zweistündig und ist überwiegend pädagogisch-didaktisch ausgerichtet. Er hat die Aufgabe der Lernort- und Praxis-Theorie-Praxis-Vernetzung und bietet den Teilnehmenden die Möglichkeit, Erfahrungen mit der Praxisausbildung im Studiengang zu reflektieren, den Lernstand der Studierenden zu diskutieren - auch im Vergleich mit den Schüler\_innen der dreijährigen Ausbildung - und über Lernbegleitmaterialien und -aufgaben für die praktische Ausbildung zu informieren bzw. diese aufeinander abzustimmen und Lernprojekte der Studierenden trägerübergreifend gemeinsam zu planen und zu evaluieren. Weiterhin wird in diesem Gremium in einer gesonderten Sitzung, der sogenannten ‚Probezeitkonferenz‘, auch über das Bestehen der Probezeit entschieden.
- In den ebenfalls zweimal jährlich stattfindenden *Trägersitzungen* auf Leitungsebene (Hochschulvertreter\_innen, Pflegedirektionen, Schulleitungen) wird von Seiten der Hochschule „über den Gesamtverlauf des Studiengangs“ informiert und werden perspektivisch Fragen zur Professionsentwicklung und Akademisierung der Pflege diskutiert. Weiter wird die Zahl der Ausbildungsplätze pro Jahrgang abgestimmt und werden Auswahlkriterien der Studienbewerber\_innen aus Sicht der Träger erörtert.

Als private Fachhochschule ist die Fliedner Fachhochschule auf Studiengebühren zur Finanzierung der wissenschaftlichen Ausbildung angewiesen. Die Kosten, die den kooperierenden Schulen entstehen (Lehraufträge für die Lehrenden der Kooperationsschulen,

Planung der Einsätze in der praktischen Ausbildung, Mitwirkung bei der Praxisbegleitung, Konferenzen mit den Praxisanleiter\_innen, Lehrmittel, Arbeitssitzungen mit Vertreter(inne)n aus der Hochschule u. a.) werden von den Trägern der praktischen Ausbildung als Träger der Krankenpflegesschulen über die Refinanzierung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz übernommen (Bögemann-Großheim 2013, 20f).

### ***Studienablauf, Workload und Verteilung des Workloads auf die verschiedenen Strukturelemente***

Das Studium wird als generalistisch, da für beide angestrebten Berufsabschlüsse angelegt, beschrieben, die einzelberufliche Differenzierung in dem jeweils angestrebten Berufsabschluss erfolgt durch ausgewiesene Wahlpflichtmodule im Studienverlauf, „die in Art und Umfang der Differenzierungsphase in der Gesundheits- und Krankenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege entsprechen“ (Bögemann-Großheim 2013, 2f).

Der Bildungsgang ist als „Teilzeitausbildung“ und „Teilzeitstudium“ auf insgesamt vier Jahre bzw. acht Semester angelegt. Studium und Ausbildung beginnen gleichzeitig und sind in drei Phasen gegliedert (Basisstudium 1.-4. Semester mit vier Praxisphasen, Profilstudium 5. – 7. Semester mit vier Praxisphasen, Studienabschluss im 8. Semester mit einer Praxisphase) und werden parallel im 8. Semester abgeschlossen. Damit wurde ein der fachschulischen Ausbildung vergleichbarer Wechsel von Theorie- und Praxisphasen geplant, der auch bewirken soll, „dass die Studierenden ihre in den Praxisfeldern gewonnenen Erfahrungen in Aneignungsprozesse einbringen können und die Tauglichkeit von abstraktem Wissen für besondere Problemstellungen einschätzen, ggf. relativieren, bestätigen oder auch unter Berücksichtigung eigener Erfahrungen mit spezifischen Kontextbedingungen ihres Handelns, sachlich begründet verwerfen können.“ (Bögemann-Großheim 2013, 13f)

Insgesamt umfasst das Studium 210 CP, der Gesamtworkload beträgt für alle 8 Semester 6364 Stunden. Die praktischen Studienanteile werden in vollem Umfang auf das Studium angerechnet und mit 89 CP und 2734 Stunden als reine Selbststudienzeit im Modulhandbuch ausgewiesen. Das Studium an der Hochschule wird mit 121 CP bzw. 3630 Stunden beziffert, davon 2190 Stunden Präsenz- und 1440 Stunden Selbstlernzeit. Der gesamte Workload für die Studierenden wird vollständig auf das Studium angerechnet, wobei er mit 21 bis 29 CP unterschiedlich auf die verschiedenen Semester verteilt ist – das 4. und 6. Semester haben mit 21 bzw. 22 CP einen deutlich geringeren Workload bei gleichzeitig höherem Praxisanteil (jeweils 15 CP bzw. 462 Stunden) als die anderen Semester mit 27 bis 29 CP bei einem geringeren Lernanteil in der betrieblichen Praxis (9 bis 11 CP bzw. 308 bis 347 Stunden).

Im Evaluationsbericht werden wiederholt theoretische und berufspraktische Inhalte, „die nach der KrPflAPrV zu berücksichtigen sind“ als Teil der gesamten hochschulischen Ausbildung angeführt, eine Formulierung, die sich so im Modulhandbuch nicht findet. Damit kann im Modulhandbuch auch nicht explizit ermittelt werden, in welchen Ausbildungsabschnitten und Studienelementen diese Inhalte vermittelt werden bzw. ob und wie zwischen einer Kompetenzvermittlung nach KrPflAPrV und dem akademischen Kompetenzerwerb bzw. der hochschulischen Lehre unterschieden wird.

Das Verhältnis zwischen Präsenz- und Selbstlernzeit schwankt zwischen den einzelnen „Studienelementen“ der Module und im Verlauf des Studiums. Der Anteil der Präsenzzeiten ist im Studienelement „Fachliche Basis“ und hier insbesondere in den ersten Semestern besonders hoch. Ein durchgängiges Muster lässt sich aber insgesamt nicht erkennen.

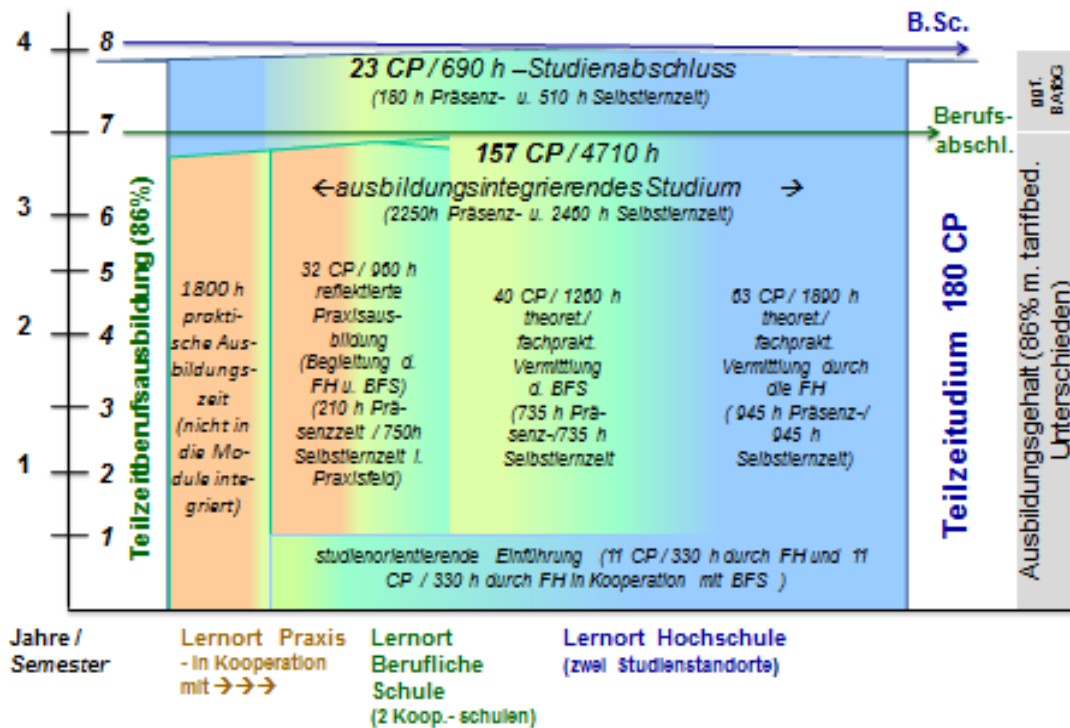
Die Präsenzzeiten sind in allen Studienelementen sehr hoch – von der Bachelorarbeit abgesehen übersteigt der Selbstlernanteil im Studiengang an keiner Stelle die Präsenzzeiten, insgesamt ergibt sich für die theoretische Ausbildung eine durchschnittliche Relation von 60% Kontakt-/Präsenzstudium zu 40% Selbststudium. Dieses Verhältnis wird durch die formale Ausweisung der Praxisphasen als reine Selbstlernzeit umgekehrt, so dass sich für den Studiengang insgesamt eine Relation von 34% Präsenzzeit zu 66% Selbststudium ergibt.

### ***Situation der Studierenden***

Die genehmigten Studienplätze wurden durch die zum Untersuchungszeitpunkt dokumentierten Kohorten noch nicht ausgeschöpft (erste Kohorte: 19 Teilnehmende, zweite Kohorte: 20 Teilnehmende). Als Gründe für diese Unterbesetzung werden, bei ausreichender Zahl von Studieninteressenten, Begrenzungen von Seiten der Kooperationspartner angeführt. Diese liegen zum einen bei den Klinikleitungen, die die mit dem Studium verknüpften Studienplätze nicht aus dem Kontingent der bestehenden schulischen Ausbildungsplätze abziehen wollen, um nicht langfristig eine Verkleinerung der angegliederten Pflegeschulen zu bewirken. Zum anderen wird von einer – inzwischen aufgehobenen – Blockade durch die Mitarbeitervertretung einer kooperierenden Klinik berichtet (Bögemann-Großheim 2013, 7; Mitschrift während des Erstbesuchs).

Als Studiengang an einer privaten Fachhochschule werden für das Studium Studiengebühren in Höhe von 350,-€ im Monat erhoben. Gleichzeitig erhalten die Studierenden im Rahmen ihres Ausbildungsvertrags für die Teilzeitausbildung über die gesamten vier Jahre eine Ausbildungsvergütung von 75% der tariflich festgelegten Ausbildungsvergütung. Die Studierenden können zur weiteren Finanzierung ihres Studiums Studierenden-BAFöG oder ein Stipendium bei einer Stiftung beantragen.

## 2.3 Studiengang Pflege (B. Sc.) an der Fachhochschule Bielefeld



**Abbildung 8: Dualer Studiengang Gesundheits- und Krankenpflege (B.Sc.),FH Bielefeld**

Der Studiengang Pflege an der Fachhochschule Bielefeld (vgl. Abb. 8) ist auf vier Jahre bzw. acht Semester angelegt und schließt mit dem akademischen Grad „Bachelor of Science“ und dem Berufsabschluss in der Gesundheits- und Krankenpflege ab. Er ist für insgesamt 75 Studierende konzipiert (Latteck et al. 2013, 6).

Das Studienmodell wird in Anlehnung an Moers et al. (2012, s.o.) als dem „Verschränkungsmodell“ folgend beschrieben, womit seine kooperative Gestaltung mit einem gemeinsamen, für alle verbindlichen und „von den Studierenden als Ganzes erlebbare(n)“ Curriculum, in den Fokus gestellt wird. Es integriert die bisherigen Ausbildungsinhalte, sieht Fachhochschule und Berufsfachschule gleichermaßen in der Verantwortung für die theoretischen und praktischen Studienanteile und verzichtet somit auf eine „dichotome Trennung“ von akademischer und beruflicher Kompetenzentwicklung bzw. auf eine „Zweiklassenbildung“, indem die beteiligten Berufsfachschulen an der Akademisierung der Pflege- und Gesundheitsberufe beteiligt werden. Das angestrebte Kompetenzprofil soll dabei „weit über die Anforderungen des Berufsgesetzes hinaus[weisen]“ und von Anfang an auf wissenschaftlichem Niveau vermittelt werden, d.h. alle Lehrinhalte werden theoretisch-wissenschaftlich fundiert erarbeitet (Latteck et al. 2013, 6f).

Mit dem Studiengang ist somit sowohl die Anbahnung einer wissenschaftlichen Orientierung als auch die Entwicklung von beruflicher Handlungskompetenz intendiert (Latteck et al. 2013, 70f). Als zentrales Qualifikationsziel wird „die Ausübung der wissenschaftsbasierten, beruflichen Handlungskompetenz zur patientennahen Gesundheitsversorgung von Menschen aller Altersstufen in den verschiedenen Handlungsfeldern der Gesundheits- und Krankenpflege“ beschrieben. Die Studierenden sollen befähigt werden, Berufs-

und Pflegesituationen von hoher Komplexität in verschiedenen Versorgungskontexten zu gestalten und verantwortlich zu steuern, um „auf einem hohen Niveau eine patientennahe Gesundheitsversorgung gemeinsam mit anderen Gesundheitsberufen durchzuführen“. Erweiternd kommt eine Befähigung in der Gesundheitsberatung, in der Übernahme von Führungs- und Managementaufgaben in intra- und interdisziplinären Teams und in der Entwicklung von anwendungsorientierten Versorgungskonzepten hinzu. Die Absolvent\_innen sollen eine professionelle Urteilsfähigkeit in der doppelten Handlungslogik zwischen wissenschaftlich fundiertem Regelwissen und dem hermeneutisch begründeten Verstehen des Einzelfalls entwickeln (Oevermann 1981, Friesacher 2008, zit. n. Latteck et al. 2013, 8f), mit unterschiedlichen „Wissensformen“ im Bereich der Pflege reflektiert und bewusst agieren (Dewe et al. 1992, zit.n. ebd.) und zur „Grundlegung eines wissenschaftlich-reflexiven Habitus, der sich einlässt auf differenzierte Problemanalysen, begriffliche Präzisierung und theoretische Durchdringung“ von pflegerischen Prozessen, gelangen (Horstkemper & Beck 2001:5 zit. n. ebd.).

Als ein wesentliches Strukturmerkmal hochschulischer Bildungsprozesse wird für den Studiengang das selbstgesteuerte und -organisierte Lernen beschrieben, das „den Studierenden individuelle Freiräume in ihrer Eigenaktivität sowie Entscheidungsfreiheit [eröffnet]“. Eine Ausgestaltung solcher Freiräume wird auch im Zusammenhang mit dem Aufbau von professions- und wissenschaftsbezogenen internationalen Kontakten und Austauschprozessen gesehen. Für die Realisierung dieser Ansprüche werden in der Konzeption und Evaluation mit Bezug auf die hinterlegten Berufsgesetze deutliche Begrenzungen aufgezeigt (Latteck et al. 2013, 67ff).

### **Kooperationsstrukturen**

Der Studiengang wird an zwei Studienstandorten der FH Bielefeld realisiert: am Campus Bielefeld, wo er 30 Studierende und am Campus Minden, wo 45 Studierende aufgenommen werden (Latteck et al. 2013, 6). Die Fachhochschule kooperiert an jedem Standort mit jeweils einer Berufsfachschule<sup>14</sup>. Diese beiden Kooperationspartner wurden anhand definierter Kriterien ausgewählt (- ausschließlicher Einsatz v. akademisch/pflegepädagogisch qualifizierten Lehrkräften, Bildung einer eigenen Lerngruppe, Umsetzung des für den Studiengang konsentierten Curriculums in der berufsfachschulischen Lehre und mit Blick auf die Einbindung der Praxisanteile, Priorisierung der Akademisierung der Pflegeberufe im Schulentwicklungsprogramm) (Latteck et al. 2013, 7).

Ein Teil der Lehrveranstaltungen findet in den beiden kooperierenden Berufsfachschulen statt. Das Curriculum wurde kooperativ unter Federführung der Fachhochschule Bielefeld mit den beteiligten Berufsfachschulen entwickelt und in einem Modulhandbuch dokumentiert, das an allen Lernorten umgesetzt wird. Um den Prozess der curricularen Abstimmung sicherstellen zu können, wurde unter der Leitung der Fachhochschule Bielefeld ein intensives Konferenz- und Besprechungswesen etabliert (Latteck et al. 2013, 7f.).

Die Berufsfachschulen koordinieren und steuern die berufspraktische Ausbildung und nehmen in Abstimmung mit der KrPflAPrV und dem Curriculum die Einsatzplanung an den mit ihnen kooperierenden praktischen Lernorten (Kliniken, ambulante Pflegedienste) vor. Sie steuern die „inhaltliche Organisation der praktischen Ausbildung [...] über die akademiespezifischen Ausbildungskonzepte sowie die in Kooperation mit der Fachhochschule entwickelten weiterführenden Verfahren“ (Latteck et al. 2013, 17).

---

<sup>14</sup> Campus Bielefeld: Zentrale Akademie für Berufe im Gesundheitswesen GmbH (ZAB) in Gütersloh  
Campus Minden: Akademie für Gesundheitsberufe der Mühlenkreiskliniken

Um die Qualität der Lehre in allen Bereichen zu sichern, wurden „ein umfangreiches Qualitätskonzept mit kontinuierlichem Konferenzwesen und gemeinsamer Zusammenarbeit im Rahmen der Module“ und diverse strukturbildende Maßnahmen auf der Mesoebene etabliert.

- Kooperation zwischen Fachhochschule und Berufsfachschule
- gemeinsame Erarbeitung und Revision des Curriculums bzw. des Modulhandbuchs als „verpflichtende, handlungsleitende Grundlage“
- gegenseitige Anerkennung der inhaltlichen Verantwortung in der Lehre
- punktuelle gemeinsame Entwicklung von Modulplanungen und Modulprüfungen, um „zu einem inhaltlichen und didaktischen Austausch sowie kollegialer Beratung kommen“
- Umfangreiche regelmäßige Konferenzen in unterschiedlichen Zusammensetzungen bzw. auf verschiedenen Ebenen und mit spezifischen Zielsetzungen:
  - *Steuerungsgruppe* – auf Leitungsebene der kooperierenden Einrichtungen, zweimal jährlich – klärt Rahmenbedingungen zur Umsetzung des Studiengangkonzeptes, der Prüfungsordnung sowie des Curriculums
  - *Gemeinsame Curriculum-Konferenz* – autorisierte Fachvertreter\_innen der kooperierenden Einrichtungen, nach Etablierung des Curriculums mindestens zweimal jährliche Treffen – Evaluation und Revision des Curriculums und „fachlich-pädagogische Weiterentwicklung“
  - *Modulkonferenz* – alle im Studiengang Lehrenden, jeweils vor Semesterbeginn – Vermittlung und Abstimmung der Modulziele, –inhalte und -prüfungen, Entwicklung methodischer Schwerpunkte in der Lehre
- Etablierung einer transparenten elektronischen Kommunikation der Lehrenden untereinander und mit den Studierenden (Lernplattform „ILIAS“) (Latteck et al. 2013, 54ff ).
- Kooperation zwischen Fachhochschule, Berufsfachschule und Praxis
- Implementierung einer Praxis-AG
- Praxisanleiter\_innen-Fortbildungen – dreitägig, mit dem Ziel, die Praxisanleiter\_innen für das Studium zu gewinnen, den Unterschied zwischen Ausbildung und Studium zu verdeutlichen und die Inhalte und Lehr-/Lernformen zu vermitteln. Das Fortbildungsprogramm soll in die Praxisanleiter\_innenweiterbildungen der Kooperationspartner integriert werden. (Latteck et al. 2013, 11f)

Darüber hinaus pflegt der Studiengang Kooperationen mit verschiedenen Hochschulen im europäischen Ausland, die unter anderem durch „Exkursionen für Studierende bei den Kooperationspartnern, Besuche ausländischer Studierender in Bielefeld und gegenseitige Einladungen von Lehrenden zu Gastvorträgen“ in das Studienprogramm eingebracht werden. Auch besteht im Verlauf des Studiums die grundsätzliche Möglichkeit, als Teil der Praxisausbildung nach dem dritten Semester einen 6-wöchigen Praxiseinsatz im Ausland zu absolvieren (Latteck et al. 2013, 26f).

### **Studienablauf, Workload und Verteilung des Workloads auf die verschiedenen Strukturelemente**

Das Studienangebot umfasst neben dem Studium eine Teilzeitausbildung mit 86% der normalen Arbeitszeit der dreijährigen Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege. Die theoretischen und praktischen Ausbildungsanteile werden an drei Lernorten (Fach-

hochschule, Berufsfachschulen und Einrichtungen des Gesundheitswesens) vermittelt. (Latteck et al. 2013, 7).

Die Berufsausbildung beginnt zeitgleich mit dem Studium und wird mit dem siebten Semester mit der Examensprüfung in der Gesundheits- und Krankenpflege abgeschlossen. Im achten Semester wird das Studium mit der Erarbeitung der Bachelor-Thesis abgeschlossen – die zeitliche Separierung der beiden Abschlüsse erschien den Entwickler\_innen des Studiengangs aus Gründen der Studienbelastung und der Studierbarkeit erforderlich. Das Studium wird in Blockform im Wechsel zwischen Theorieanteilen und insgesamt 10 Praxiseinsätzen organisiert (Modulhandbuch Bielefeld, 16; Latteck et al. 2013, 8, 26f). Für den Studienanteil werden im Verlauf der 8 Semester insgesamt 180 CP vergeben, was einem Studienworkload von 5400 Stunden entspricht. Jeweils ein Anteil der Praxiseinsätze mit einem Gesamtvolumen von 32 CP wird im Modulhandbuch als wissenschaftlich reflektierte Praxiserarbeitung in den semesterübergreifenden Modulen „Fallmanagement in hoch komplexen Pflegesituationen“ I u. II) ausgewiesen. Damit werden 750 Stunden der Ausbildung im Praxisfeld nachgewiesen. Weitere Praxisstunden mit einem Volumen von 1800 Stunden sind nicht mit akkreditiert bzw. nicht mit CP belegt. Der Gesamtworkload im Studiengang (Studium und nicht akkreditierte Ausbildungsanteile) umfasst somit 7200 Stunden.

In den zusammenfassenden Darstellungen des Studiengangs wird das Verhältnis zwischen fachhochschulischer und berufsfachschulischer Lehre auf 60 zu 40 beziffert. Konkret können neben den beiden genannten Praxismodulen drei Formen von Modulen identifiziert werden: 84 CP werden in 16 Modulen der Fachhochschulen vermittelt, 8 Module mit einem Gesamtumfang von 38 CP werden im Rahmen von berufsfachschulischer Bildung vermittelt und in 5 Modulen mit insgesamt 26 CP kooperieren Lehrende der Fachhochschule mit Kolleg\_innen der Berufsfachschulen.

Für den gesamten Studiengang kann ein durchschnittliches Verhältnis von 45% Kontakt-/Präsenzstudium zu 55% Selbststudium ermittelt werden. Dabei beträgt diese Relation in der Lehre der FH Bielefeld in den ersten 7 Semestern genau 50% zu 50%, während in der berufsfachschulischen Lehre der Anteil der Präsenzstunden höher liegt (Verhältnis 61% Präsenzzeit zu 39% Selbstlernzeit). Die akkreditierten Lernanteile in den Praxiseinsätzen werden als Selbstlernzeit gewertet (22% Präsenzzeit zu 78% Selbstlernzeit), weshalb der Anteil der Selbstlernzeit auch während der Ausbildungsphase relativ hoch ist.

Die Anforderungen des Berufsgesetzes bezüglich der Stundenvolumina für die praktische und die theoretische Ausbildung werden mit diesen Konstruktionen bis zum Examen in vollem Umfang nachgewiesen (2550 Stunden praktische Ausbildung) und 2190 theoretischer bzw. fachpraktischer Unterricht (= Präsenzstunden).

### ***Situation der Studierenden***

Die Zulassungsvoraussetzungen für den Studiengang bestehen mindestens in der Fachhochschulreife oder einer als gleichwertig anerkannten Vorbildung sowie in einem rechtsgültigen Ausbildungsvertrag mit einer der beiden kooperierenden staatlich anerkannten Krankenpflegesschulen. Damit muss zunächst die Bewerbung für einen Ausbildungsplatz erfolgen, bevor die Zulassung zum Studiengang vorgenommen werden kann.

An den Berufsfachschulen sind die Studierenden in eine stabile Lerngruppe eingebunden – die Gruppen-/ „Klassen“größe umfasst hier 30 bzw. 45 Teilnehmende. In den hochschulischen Lehrveranstaltungen sind die Lerngruppen zum Teil größer.

Für das Studium fallen lediglich Semesterbeiträge an – zum Zeitpunkt der Erhebung 230,35 €. Während ihrer beruflichen Ausbildung, also für die ersten sieben Semester „erhalten die Studierenden die tariflich geregelte Ausbildungsvergütung vom Ausbildungsträger“, die „über die Ausbildungsdauer von 3,5 Jahren gestreckt (ca. 86%) [wird] und [...] in der Summe der Gesamtausbildungsvergütung“ entspricht. Die genaue Höhe der Ausbildungsvergütung variiert träger-/tarifabhängig leicht.

Mit erfolgreich abgeschlossener Examensprüfung können die Studierenden während des achten Semesters eine Teilzeitbeschäftigung aufnehmen, da das Studium in Teilzeitform fortgeführt wird. Weiter besteht auch die Möglichkeit, Studierenden-BAföG zu beantragen.

## 2.4 Studiengang Pflege (B.Sc.) an der Mathias Hochschule Rheine (MHR)

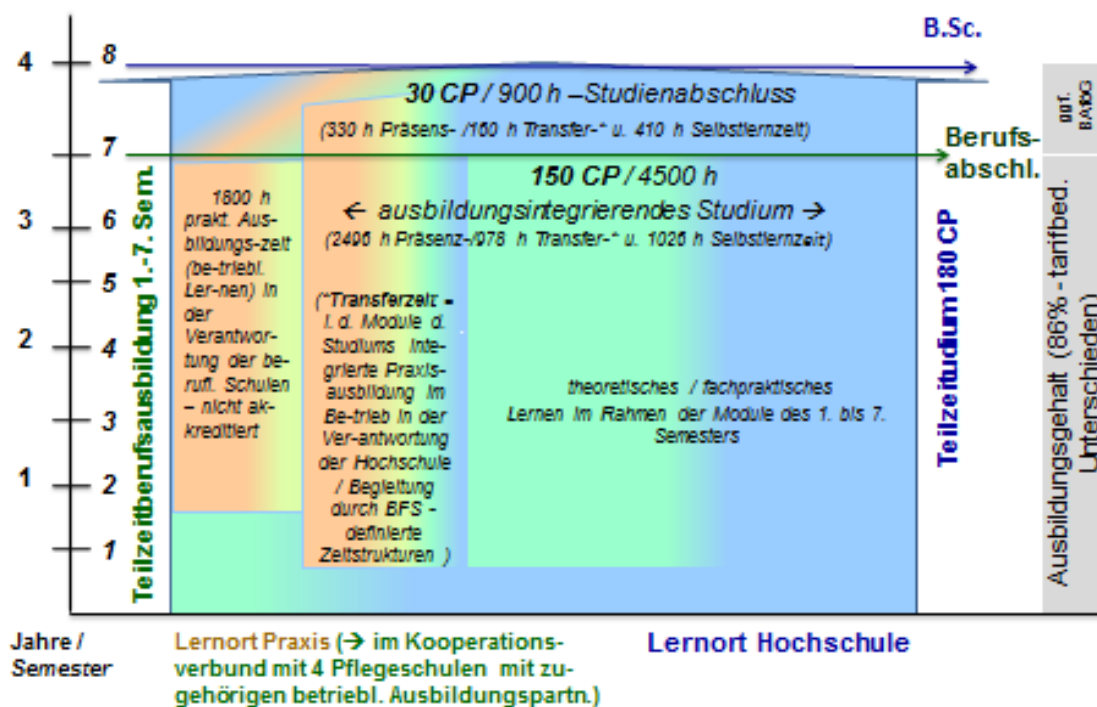


Abbildung 9: Studiengang Pflege (B.Sc.), Mathias Hochschule Rheine

Der Bachelor-Studiengang Pflege an der Mathias Hochschule Rheine (vgl. Abb. 9) wird als ein „integrativer Studiengang“ mit „dualen Aspekten“ beschrieben, der in der Form von „Teilzeitstudium und Teilzeitausbildung mit einer Dauer von acht Semestern konzipiert“ ist. Er ist „interdisziplinär ausgerichtet“ und schließt nach dem achten Semester mit dem Bachelor of Science (B.Sc.). Dieser Abschluss wurde „aufgrund der Bedeutung der naturwissenschaftlichen Wissensbestände (KMK 22.09.2009) zur Entwicklung der klinisch-pflegewissenschaftlich basierten Expertise“ gewählt. Der Berufsabschluss in der Gesundheits- und Krankenpflege erfolgt im siebten Semester (Narbei et al. 2012-I, 19, 21 u. 29). In der Selbstdarstellung des Studiengangs wird der Studiengang weiterhin mit dem Begriff „Verschränkung“ gekennzeichnet (Moers et al., a.a.O.).

Der Studiengang zielt explizit „auf die Berufsbefähigung am Patienten“ und soll Kompetenzen vermitteln, die über die in § 3 KrPflG genannten Ausbildungsziele hinausgehen und für die Studierenden in „eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit der Thematik der wissenschaftlichen Begründung pflegerischer Interventionen und Forschung in der Pflege“ münden (Narbei et al. 2012-I, 18, 21f). Erweiternde Profilelemente werden in der Etablierung von reflexivem Fall- und Situationsverstehen mit der Entwicklung bzw. Umsetzung fallspezifischer Pflegekonzepte, in der Befähigung zu „Pflegebegutachtungen im lebensweltlichen Kontext“, in der praxis- bzw. kliniknahen Umsetzung von evidenzbasierter Pflege, in Beratung und Anleitung von chronisch erkrankten Menschen und ihren Familien, in der Befähigung zur fallspezifischen bzw. integrierten Versorgungssteuerung – insbesondere auch in instabilen Pflegesituationen, in der Anleitung, Beratung und Überwachung von Assistenzpersonal in der Pflege und im Qualitätsmanagement gesehen. Weiterhin sollen die Studierenden in der letzten Studienphase Spezialisierungen erwerben können, z.B. für die Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden oder Schmerzen. In der Darstellung des Studiengangs im Rahmen des Modulhandbuchs werden die Bildungsziele des Studiums und der Ausbildung gesondert ausgewiesen, auch um so die intendierte Kompetenzerweiterung sichtbar zu machen (Narbei et al. 2012-I, 27).

Der Studiengang umfasst zum Erhebungszeitpunkt 165 Plätze (Zimmermann et al. 2013, 5). Durchschnittlich werden pro Kohorte ca. 40 Studierende aufgenommen.

### **Kooperationsstrukturen**

Der Studiengang wurde in einem Kooperationsverbund von Trägern der klinischen Ausbildung mit den zugehörigen Fachschulen für Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege in Zusammenarbeit mit der Akademie für Gesundheitsberufe und der Mathias Hochschule Rheine entwickelt und etabliert, wobei die Initiative zunächst von den Kliniken bzw. Schulen ausging. Das bedeutet, dass ein großer Teil der Vorarbeiten in diesen Systemen geleistet und mit der sich parallel im Kooperationsverbund gründenden bzw. entwickelnden Hochschule dort etabliert wurde. Inzwischen hat sich der Modellstudiengang mit einem akademischen Personalbestand konsolidiert. Die „Integration der gesamten theoretischen Ausbildung in den Studienbetrieb [ist] fachlich und organisatorisch vollzogen“, wobei die „Qualität und Intensität des Kooperationsverbundes [...], der gleichzeitig auch den berufspraktischen Ausbildungsteil sicherstellt“ als tragende Säule gesehen wird (Zimmermann et al. 2013, 47).

An der Kooperation sind zum Untersuchungszeitpunkt vier Gesundheits- und Krankenschulen sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegesschulen<sup>15</sup> beteiligt, die Ausbildungsplätze an 17 stationären Einrichtungen anbieten und mit insgesamt 70 ambulanten Pflegeeinrichtungen zusammenarbeiten. Mit den Fachschulen wurden Kooperationsverträge abgeschlossen. Diese regeln z.B. Aspekte zur Weiterentwicklung des Studienangebots, zur Mitwirkung von akademisch qualifiziertem Personal aus den Fachschulen an der Lehre, zur Studien- und Lernort-Vernetzung in der Einsatzplanung und Lehre, zum Interessen-/Bewerbermanagement mit den damit verbundenen personalrechtlichen Fragen und zur Öffentlichkeitsarbeit (Zimmermann et al. 2013, 15ff).

---

<sup>15</sup> - Kranken- und Kinderkrankenpflegeschule des Universitätsklinikums Münster  
- Zentrale Schule für Gesundheitsberufe St. Hildegard in Münster/Hiltrup  
- Schulen für Pflegeberufe Herford/ Lippe GmbH  
- Zentrale Schule für Pflegeberufe im Kreis Steinfurt e.V.

Die Berufsfachschulen verantworten unter Einsatz von akademisch qualifizierten Lehrer\_innen die fachpraktische Ausbildung im Rahmen des nicht akkreditierten Anteils des Studiums in Abstimmung mit den theoretischen und fachpraktischen Anteilen der Lehre und den Transferzeiten und übernehmen auf der Grundlage des Studienstrukturplans die Einsatzplanung nach den Vorgaben von §1 der KrPflAPrV in den kooperierenden Kranken- und Kinderkrankenpflegesschulen. Weiterhin wirken sie bei der Organisation, Koordination und Realisierung der Transferzeiten in der Praxis mit und sichern hier durch informierende und koordinierende Tätigkeiten und durch Praxisbegleitungen den Praxis-Theorie-Praxis-Transfer. Auch sind die Lehrer\_innen der Berufsfachschulen zu einem Teil über Lehraufträge in die Lehre an der Hochschule eingebunden. Dieser Anteil an der Lehre ist aufgrund von Personalengpässen an den kooperierenden Fachschulen im Verlauf der Implementierung des Studiengangs zurückgegangen und wird „durch externe Dozenten und Personalaufwuchs an der Hochschule selber kompensiert“ (Zimmermann et al. 2013, 21f).

Die Kooperation wird auf der Mesoebene über die folgenden Organisationselemente strukturiert:

- *Gremienarbeit*
  - „Großer Koordinationsausschuss“ (2 x jährlich) - vier Personen der MHR, je zwei Personen der kooperierenden Fachschulen (jeweils Leitungsebene und Vertretung der Lehr- bzw. Unterrichtsperspektive): „sichert die strategische, standortsübergreifende Kooperation“ – z.B. Studiengangentwicklung, Finanzierung, Öffentlichkeitsarbeit u. Marketing, Studierendenakquise
  - „Kleiner Koordinationsausschuss“ (6 x jährlich) - Vertreter der MHR und je zwei Personen der kooperierenden Fachschulen (Schulleitung/PDL) - zur Sicherung der „operativen, standortsübergreifende Kooperation“ - Überprüfung der Anschlussfähigkeit der Absolvent\_innen („Employability“), Sicherstellung der klinischen Expertise in den praktischen Ausbildungsstätten, Koordinierung der praktischen Einsatzplanung, Öffentlichkeitsarbeit und Marketing, Überprüfung des Leistungsniveaus, Maßnahmen zur Evaluation des Studiengangs
  - *Gremium der Studiengangbeauftragten der Fachschulen* (4 x jährlich) je kooperierende Fachschule 1-2 Studiengangbeauftragte, Studiengangleitung, Hochschuldozent\_in mit pflegewissenschaftlicher Schwerpunktsetzung u. wiss. Mitarbeiter\_innen: Vorbereitung der Praxisbegleitungen durch Sicherung der didaktischen Überlegungen des Curriculums für die Transferzeiten (Gestaltung d. praktischen Modulprüfungen, Entwicklung von Lernaufgaben für den nicht akkreditierten Teil der Ausbildung, Austausch über Lernortkooperation und realen oder potenziellen Konfliktbereichen, Mitwirkung an Evaluation und konzeptioneller Weiterentwicklung).
  - *Modulkonferenzen (Semesterbeginn)* – mit den beteiligten Lehrenden zur Abstimmung der Bildungsziele, Kompetenzbestimmungen und Prüfungsleistungen, auch als Grundlage für ein Informationsschreiben, das über die Studierenden an die Praxisanleiter\_innen zur Sicherung des Theorie-Praxis-Transfers herangetragen wird. (Zimmermann et al. 2013, 7).
- *Instrumente zur Sicherung des Praxis-Theorie-Praxis-Transfers*
  - *Praxisanleitertutorium* (zu Beginn jedes Praxisblocks mit Transfer- und Ausbildungszeiten, d.h. für jede Studiengangkohorte etwa 7 mal) – Studiengangbeauf-

trage und jeweils involvierte Praxisanleiter\_innen: Information über die zu erbringenden Leistungen (Intention und Hinweise zur didaktisch-methodischen Umsetzung einschließlich Zeitrahmen) zu den hochschulischen und den fachschulpraktischen Transferaufgaben.

- *Praxisanleitertag* (mit jeder Studiengangkohorte 1 mal zu Studienbeginn) – mit den Praxisanleiter\_innen an der Hochschule
- *Informationsveranstaltungen* (im Rahmen der Studiengangeinführung und bei erkennbarem Bedarf) – für Praxisanleiter\_innen, Stationsleiter\_innen, Pflegedirektor\_innen, Chefärzt\_innen, Geschäftsführer\_innen und Personal- sowie Mitarbeitervertretungen.
- Als weitere Aktivitäten auf der Meso-Ebene zur Etablierung des Studiengangs werden angeführt:
  - *Diskussionsveranstaltungen* von Studierenden und Lehrenden mit Vertreter\_innen der Gesundheitspolitik zu aktuellen ausbildungs- und pflegebezogenen Fragestellungen
  - Austausch im Rahmen von Begegnungen mit Studierenden anderer primärqualifizierender Studiengänge
  - Teilnahme und organisatorische Mitwirkung an einer öffentlich angebotenen *Ringvorlesung zur Gesundheitsökonomie* an der Mathias-Hochschule
  - *Exkursionen* zu anderen Hochschulen mit gesundheits-/pflegewissenschaftlichem Schwerpunkt
  - Teilnahme an internationalen Austauschprogrammen
  - Teilnahme an ausgeschriebenen *Wettbewerben im Fachgebiet* (Zimmermann et al. 2013, 7f.)

### **Studienablauf, Workload und Verteilung des Workloads auf die verschiedenen Strukturelemente**

Das Studium umfasst 180 CP, die mit 30 CP je Semester auf insgesamt 22 Module verteilt sind. In den Modulen werden die theoretischen Inhalte vermittelt und ggf. praktische Fertigkeiten in grundlegenden Übungen und Trainings angebahnt. Diese Vermittlung erfolgt ausschließlich an der Hochschule und ist durch das Modulhandbuch auf Niveau 6 des Hochschulqualifikationsrahmens dargestellt. Die theoretischen Studienanteile setzen sich bis zum Ende des 7. Semesters aus 2496 Stunden Präsenzzeit und 1026 Stunden Selbstlernzeit zusammen. In 20 Modulen werden daneben so genannte Transferanteile ausgewiesen, in denen „die Klinische Expertise auf akademischem Qualifikationsniveau in der Praxis unter der Verantwortung der Hochschuldozentinnen/-dozenten“ gesichert wird. Diese Transferzeiten werden ab dem Ende der Vorlesungszeit des ersten Semesters in den Ausbildungsbetrieben durchgeführt und mit 978 Stunden auf die praktische Ausbildungszeit nach KrPflAPrV angerechnet, sind aber z.B. durch eine andere Zeitstruktur im Praxisfeld von der beruflichen Ausbildung abgesetzt und damit auch für die Betriebe als Anteile aus dem Studium erkennbar. Weiterhin absolvieren die Studierenden, in Blockform strukturiert, ab dem Ende der Vorlesungszeit des zweiten Semesters weitere 1800 Stunden praktische Ausbildung, die nicht akkreditiert sind, und von den kooperierenden Berufsfachschulen begleitet und verantwortet werden (Narbei et al. 2012-I, 28). Diese nicht akkreditierte Ausbildungszeit, und damit die Integration in die betrieblichen Abläufe

der Pflege setzt also verzögert ein, um zunächst „eine breite fachliche Grundlage zu legen“ und die studentische Identität zu festigen (ebd., 22).

Mit dieser Strukturierung werden die formalen Anforderungen des Berufsgesetzes (KrPflAPrV) hinsichtlich des Stundenumfangs des theoretischen und fachpraktischen Unterrichts und der praktischen Ausbildungszeit erfüllt bzw. überschritten.

Der Gesamtworkload von Ausbildung und Studiengang zusammen beträgt für alle 8 Semester 7200 Stunden. Für das akkreditierte Studium kann ein durchschnittliches Verhältnis von 52% Kontakt-/Präsenzstudium zu 27% Selbststudium und 21% Transferzeiten ermittelt werden. Diese Relationen schwanken zwischen den einzelnen Semestern erheblich, was curricular begründet ist und deshalb erst zu einem späteren Zeitpunkt der Evaluation differenzierter betrachtet werden kann. Bezogen auf die Gesamtstruktur lässt sich sagen, dass die Praxisanteile der Ausbildung und des Studiums (nicht akkreditierte Berufsausbildung und Transferzeiten) erst zum Ende des ersten Semesters einsetzen und dass zum Ende des Studiums der Selbststudienanteil, bedingt durch das Modul zur Bachelorarbeit mit 45,6% am höchsten ist.

### **Situation der Studierenden**

*Zugangsvoraussetzungen* für den Studiengang bilden die Allgemeine Hochschulreife (Abitur), Fachhochschulreife oder fachgebundene Hochschulreife und ein verbindlicher Ausbildungsvertrag mit einem der Kooperationspartner (Homepage zum Studiengang). Im Vorfeld des Studiums wurde ein „praktisches Propädeutikum“ bei den Partnern der betrieblichen Ausbildung etabliert, da aufgrund der geringen Praxisanteile des ersten Semesters eine „Probezeitbeurteilung“ aus Sicht der Praxis im klassischen Ausbildungsverständnis nicht vorgenommen werden kann. Die damit verbundenen Risiken für die Betriebe werden aufgrund der beobachteten geringen Zahl der ‚Problemfälle‘ im Rahmen des Modellversuchs in Kauf genommen (Mitschrift im Rahmen der Evaluationsbesuche).

Die Frage der *Sozialisierung der Studierenden* spielt eine zentrale Rolle in den Konzeptionsüberlegungen des Studiengangs, wobei zum einen eine hochschulische, akademische Sozialisation mit dem erwarteten Add-on unter Vermeidung einer „Primärsozialisation in eine Kultur der Lehrbücher“ angestrebt und zum anderen ein konfligierender Vergleich der praktischen Fertigkeiten zwischen Studierenden und Auszubildenden in den ersten Semestern weitestgehend vermieden werden soll. Hierzu sollen die ausschließliche Vermittlung der theoretischen und fachpraktischen Lehrinhalte an der Hochschule, die beschriebenen Transferzeiten, der zeitversetzte Beginn der fachschulpraktischen Ausbildungszeit zum Ende des zweiten Semester und eine „generelle Stellenbezeichnung ‚Studierende/r des Modellstudiengangs Pflege‘, Kurzbezeichnung: Pflegestudent/in“ beitragen (Narbei et al. 2012-I, 19).

Die monatliche *Ausbildungsvergütung* für die Teilzeitausbildung – 1. bis einschließlich 7. Semester – beträgt 86 % der regulär geltenden Ausbildungsvergütung und variiert trägerabhängig<sup>16</sup>. Dem stehen monatliche Studiengebühren in Höhe von 145,00 € gegenüber (Zimmermann et al. 2013, 34f.).

---

<sup>16</sup> Im Evaluationsbericht aus dem Jahr 2013 werden hierzu folgenden Angaben gemacht:

„Für die kirchlichen Trägerschaften 86% der nach Anlage 7 Buchstabe B II § 1 AVR gerichtete Vergütung:

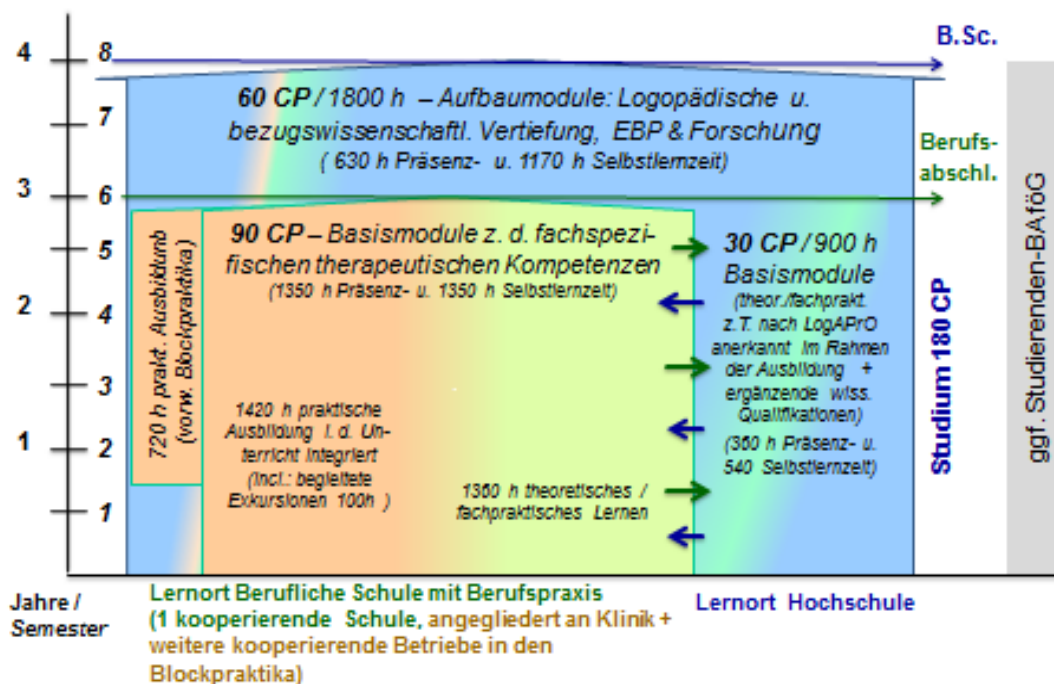
- vom 1. bis 14. Monat 787,49 €

- vom 15 bis 28 Monat 840,28 €

- vom 29 bis 42. Monat 927,41 €

Für die öffentlich- rechtlichen Trägerschaften 86% nach TVöD § 8 Ausbildungsentgelte:

## 2.5 Ausbildungsintegrierender Studiengang Logopädie (B.Sc.), dual, an der RWTH Aachen



**Abbildung 10: Ausbildungsintegrierender Studiengang Logopädie (B.Sc.) dual, RWTH Aachen**

Der Erarbeitung der nachfolgenden Aussagen liegt noch kein Evaluationsbericht zugrunde – einige Erkenntnisse sind daher noch unvollständig oder müssen später überprüft und ggf. ergänzt oder korrigiert werden.

Der Studiengang Logopädie (B.Sc.) dual der RWTH Aachen (vgl. Abb. 10) wird in der Prüfungsordnung (2012) beschrieben als „duale[r] Bachelor-Studiengang Logopädie, der die Ausbildung an der Schule für Logopädie und den Bachelorstudiengang Logopädie verbindet“. Nach 6 Semestern wird die Fachschulausbildung mit dem Examen abgeschlossen, das zur Führung der Berufsbezeichnung „staatlich anerkannte/r Logopäde\_in“ berechtigt. Nach weiteren zwei Semestern beenden die Studierenden den Modellstudiengang mit dem akademischen Grad „Bachelor of Science (RWTH)“ Logopädie (Prüfungsordnung z. Studiengang §1 (1), (2)).

Der Studiengang basiert mit dieser Kooperation auf einem langjährigen Entwicklungsprozess von der Schulgründung am Universitätsklinikum in den 1970er Jahren über die Etablierung von Studiengängen an der RWTH, im ersten Schritt einem Diplom-Aufbaustudiengang (Start 1991) für die Lehr- und Forschungslogopädie, der 2007 in ein konsekutives Bachelor- und Masterprogramm, zunächst als Aufbaustudiengang und mit

- Vom 1. Bis 14. Monat 753,10 €
- Vom 15. Bis 28. Monat 805,88 €
- Vom 29. Bis 42. Monat 893,01 €“ (Zimmermann et al 2013, 34f )

dem Modellversuch als grundständiger Studiengang umgewandelt wurde. Es werden in jedem Studienjahr zum Wintersemester 20 Studien-/Ausbildungsplätze für B.Sc. Studierende angeboten.

Das Studium soll die Studierenden „zu wissenschaftlicher Arbeit, zur Erarbeitung und Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse und Methoden in der beruflichen Praxis, zur kritischen Einordnung wissenschaftlicher Erkenntnis und zu verantwortlichem Handeln“ befähigen und „eine breit angelegte Ausbildung in den Grundlagen der Logopädie unter besonderer Berücksichtigung von Inhalten und Methoden der evidenzbasierten Praxis“ und deren Integration in die Diagnostik und Therapie von Sprach-, Stimm- und Hörstörungen vermitteln, um damit entweder auf den Einstieg in eine berufliche Tätigkeit oder auf die Vertiefung in einem konsekutiven Master-Studiengang vorzubereiten. Schwerpunkt des von der RWTH Aachen vertretenen Parts des Studiums sind das wissenschaftliche Arbeiten in Form von effektiver Literaturrecherche und -bewertung sowie die kritische Reflexion logopädischen Handelns durch eine vertiefte wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Inhalten der Logopädie (z.B. vertiefte Kenntnis zu Diagnostik und Therapie von ausgewählten Störungsbildern) sowie der Bezugswissenschaften (z.B. Medizin, Psychologie, inkl. fundierter Statistikenkenntnisse, Linguistik). Die dadurch erworbenen Kompetenzen zielen vor allem auf die Befähigung zur hypothesen- und modellgeleiteten Diagnostik und zur Planung, Durchführung und Evaluation von Therapie unter Einbeziehung aktueller wissenschaftlicher Studien. Diese Kompetenzen sollen abschließend mit der Erstellung der Bachelorarbeit unter Beweis gestellt werden (Homepage und Protokoll des orientierenden Besuchs des Evaluationsteams).

### **Kooperationsstrukturen**

Der Studiengang wird von der RWTH Aachen in Kooperation mit der Schule für Logopädie am Universitätsklinikum Aachen durchgeführt, das Konzept basiert auf der Kooperation der Hochschule mit der Schule für Logopädie und der Neuropsychologischen Therapiestation (Aphasiestation) sowie der Klinik f. Phoniatrie, Pädaudiologie und Kommunikationsstörungen am Universitätsklinikum. Personelle Überschneidungen bilden für die Kooperation wichtige Rahmenbedingungen, fünf der Lehrkräfte der Schule haben den Studiengang in Lehr- und Forschungslogopädie an der RWTH absolviert.

Zwischen der Schule und der Hochschule erfolgt eine Abstimmung der Lehrinhalte, so kommen z.B. erworbene Kompetenzen aus dem Hochschulmodul „Statistische Grundlagen“ auch in den schulischen Modulen „Logopädische Grundlagen“ zur Anwendung.

Zur Sicherung der Studienqualität und der internen Kooperationsstruktur zwischen der RWTH und der Berufsfachschule bzw. innerhalb der Institutionen wurden die folgenden Arbeitsgruppen etabliert:

- Studiengangtreffen mit Dozent\_innen, Fachstudienberater\_innen und Studiengangleitung (einmal wöchentlich)
- Zirkel mit übergreifenden Instituten und Kliniken (einmal wöchentlich)
- Team der Lehrlogopäd\_innen (einmal wöchentlich)
- Studiendekanatsbesprechung (einmal wöchentlich)
- Sitzung des Prüfungsausschusses der logopädischen Studiengänge (einmal im Semester)
- Dozentenkonferenz aller am Modellstudiengang Logopädie beteiligten Dozent\_innen (einmal im Semester)

- Fakultätsrat der Medizinischen Fakultät (dreimal pro Semester)
- Studienkommission (dreimal pro Semester)

Daneben bestehen hochschulinterne Kooperationen, da der Studiengang sowohl an der Medizinischen als auch an der Philosophischen Fakultät verankert ist. Die Lehrveranstaltungen werden interfakultativ und interdisziplinär angeboten.

Weiterhin bestehen für die Durchführung von externen Praktika<sup>17</sup> Kooperationen mit 47 logopädischen Einrichtungen (z.B. anderen Kliniken, Therapiezentren, logopädischen Praxen).

### ***Studienablauf, Workload und Verteilung des Workloads auf die verschiedenen Strukturelemente***

Der Studiengang, der in einer Regelstudienzeit von 8 Semestern (4 Jahren) unter „Anrechnung der außeruniversitären berufspraktischen Ausbildung“ (Prüfungsordnung RWTH Aachen 2012, §5 (1)) durchgeführt wird, umfasst 180 CP, die auf 28 Module mit einem Volumen zwischen 4 und 10 CP verteilt sind. Für einen CP wird im Studiengang ein Workload von 30 Stunden angegeben, die Kontaktzeiten lassen sich, ausgehend von 15 Wochen pro Semester, über die SWS ermitteln. 14 der vielfach zwei Semester übergreifenden Module werden an der Hochschule vermittelt. Damit umfasst das Gesamtvolumen der hochschulischen Lehre 90 CP bzw. 2700 Stunden. Es werden 66 Semesterwochenstunden ausgewiesen, was einer Präsenz-/Kontaktzeit von 990 Stunden entspricht. Bei den sich damit ergebenden 1710 Stunden Selbstlernzeit beträgt die Relation zwischen Präsenz-/Kontaktzeit und Selbstlernzeit 37% zu 63%.

Die hochschulischen Module sind ungleichmäßig auf das Studium verteilt. 6 Module mit insgesamt 30 CP werden während der ersten 6 Semester parallel zur Ausbildung in der „dualen Phase“ vermittelt. Inwiefern die hier vermittelten Inhalte im Rahmen der Ausbildung anerkannt und angerechnet werden, geht dabei aus den vorliegenden Unterlagen nicht hervor. 8 weitere Module mit zusammengenommen 60 CP werden nach Abschluss der Ausbildung angeboten.

14 Module werden als „logopädische Basisqualifikation“ an der Schule für Logopädie vermittelt und werden mit 90 CP bzw. 2700 Stunden auf das Studium angerechnet. Die anzustrebende Kompetenzentwicklung wurde auf der Niveaustufe 6 des DQR ausgewiesen (Protokoll des orientierenden Besuchs des Evaluationsteams). In diesen Modulen werden fachtheoretische und fachpraktische Lerninhalte sowie 1420 Stunden entsprechend den Vorgaben zur Praktischen Ausbildung der LogAPrO integriert<sup>18</sup>. Die praktischen Studienanteile während der ersten 3 Jahre finden überwiegend an der Schule für Logopädie statt. Die durch Lehrlogopäd\_innen supervidierte Patient\_innenbehandlung in allen wichtigen logopädischen Störungsgebieten, ist die Basis der praktischen Ausbildung für jede\_n Studierende\_n. Die Module werden jeweils mit einem Workload zwischen 5 und 8 CP und SWS in gleichem Umfang belegt. Damit ergibt sich eine formale Verteilung von 50% oder 1350 Stunden Präsenz-/Kontaktzeit und 1350 Stunden Selbstlernzeit. Um den Vorgaben der LogAPrO zu genügen, wird die Selbstlernzeit in der Berufsfachschule durchgeführt, wo die Studierenden die Möglichkeit haben, mit den unterrichtenden Perso-

---

<sup>17</sup> Diese Praktika sind für das Studium nicht akkreditiert, müssen jedoch für den erfolgreichen Abschluss der Ausbildung abgeleistet werden (siehe folgender Abschnitt zum Ablauf des Studiums)

<sup>18</sup> Im Rahmen dieser fachpraktischen Ausbildung werden zum jeweiligen Störungsgebiet Demotherapien, Rollenspiele und vor allem Diagnosen und Behandlung mit Patient\_innen des Universitätsklinikums unter Supervision durchgeführt.

nen unmittelbar Rücksprache zu nehmen. Wie die Zeitvolumina in den einzelnen Modulen verteilt werden, lässt sich aufgrund der vorliegenden Unterlagen zum Studiengang nicht ermitteln. Hier muss auf das schuleigene Curriculum, das nicht in modularisierter Form vorliegt, sondern in Lerneinheiten aufgebaut und auf die Empfehlenden Ausbildungsrichtlinien abgestimmt ist, zurückgegriffen werden. Weitere 680 Stunden der praktischen Ausbildung sowie 40h der internen Ausbildung sind nicht akkreditiert und werden nicht auf das Studium angerechnet. Sie werden in der Form von Blockpraktika ab dem 2. Semester absolviert.

In der Prüfungsordnung wird zwischen „Prüfungsleistungen“ und „sonstigen Leistungen“ unterschieden (Prüfungsordnung RWTH Aachen 2012, §13 (1)). Die „durch die Prüfung zur staatlich anerkannten Logopädin bzw. zum staatlich anerkannten Logopäden nachgewiesenen Kompetenzen [sollen auf der Grundlage eines Portfolios; d.V.] in angemessener Art in die Bachelorprüfung integriert und im Umfang von 90 Credits auf das Studium angerechnet“ werden (ebd. §13 (1)). Die Ausbildung wird demnach zwar in ihrem Stundenvolumen als „sonstige Leistung“ auf das Studium angerechnet, die dort im Rahmen der akkreditierten Module oder in der staatlichen Prüfung erbrachten Prüfungsleistungen fließen aber nicht in die Ermittlung der Note für das Bachelorexamen ein.

Die jeweils von der Fachschule und von der Hochschule verantworteten Anteile des Studiums sind eng aufeinander bezogen und müssen gemeinsam erfolgreich absolviert werden:

Der Gesamtworkload von Ausbildung und Studium beträgt für alle 4 Jahre 6120 Stunden.

### ***Situation der Studierenden***

Indem durch die neu geregelte Kooperation das fachschulische und das hochschulische Bewerbungsverfahren aufeinander bezogen werden, ist „anders als bisher, den Studierenden der Fachschule ein Studienplatz [garantiert]“ (RWTH Aachen, Akkreditierungsantrag, 40). Das Studium ist damit nicht mehr fakultativ, sondern die Module des Studiums in der dualen Phase sind Teil der Ausbildung.

Für einen Studienplatz besteht folgendes Aufnahmeprocédere: Interessent\_innen müssen sich zunächst für die Ausbildung an der Schule bewerben. Voraussetzung für einen Schulplatz ist die Allgemeine Hochschulreife oder eine als gleichwertig anerkannte Vorbildung, der Nachweis der gesundheitlichen Eignung durch ärztliche Atteste (Allgemeinmedizin, HNO/Phoniatrie mit Audiogramm) und nach Vorauswahl der eingereichten Bewerbungsunterlagen die Teilnahme an einem Auswahlverfahren. Des Weiteren wird ein sozialpädagogisches, klinisches oder logopädisches Praktikum vor Beginn der Ausbildung empfohlen. Danach erfolgt die endgültige Bewerber\_innenauswahl seitens der Schule durch ein Gremium aus Lehrlogopäd\_innen, Ärzt\_innen und Psycholog\_innen auf der Basis der Ergebnisse der Eignungsüberprüfung. Für die parallele Einschreibung in den Studiengang Bachelor Sc. Logopädie wird auch die Abiturnote entscheidend mit einbezogen. Der Abiturschnitt der Bewerber für Kurs 2012 und 2013 lag bei 1,2 / 2,2. (Erstverfahren / Nachrückerverfahren; Homepage). Im Rahmen der Bewerbung an der Hochschule muss von den Bewerber\_innen noch ein Selfassessment durchgeführt werden, das aber „lediglich zur persönlichen Orientierung“ dient und auf die Einschreibung selbst keine Auswirkung hat (Prüfungsordnung RWTH Aachen 2012, §3 (2)).

Die Schule befindet sich in staatlicher Trägerschaft und wird als Teil des Universitätsklinikums über die Leistungen der Krankenkassen finanziert, so dass neben Semestergebühren und Kosten für Lehr- und Arbeitsmittel keine Ausbildungskosten entstehen.

## 2.6 Studiengang Therapie- und Gesundheitsmanagement – Fachrichtung Logopädie u. Fachrichtung Physiotherapie (B.Sc.) an der Fachhochschule Münster

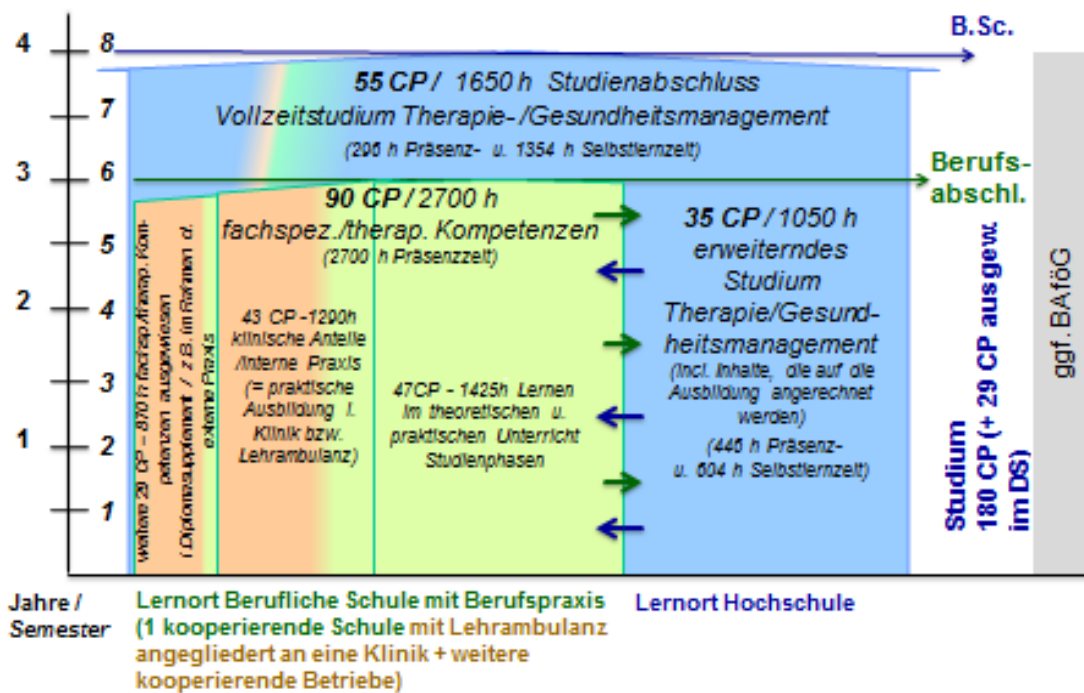
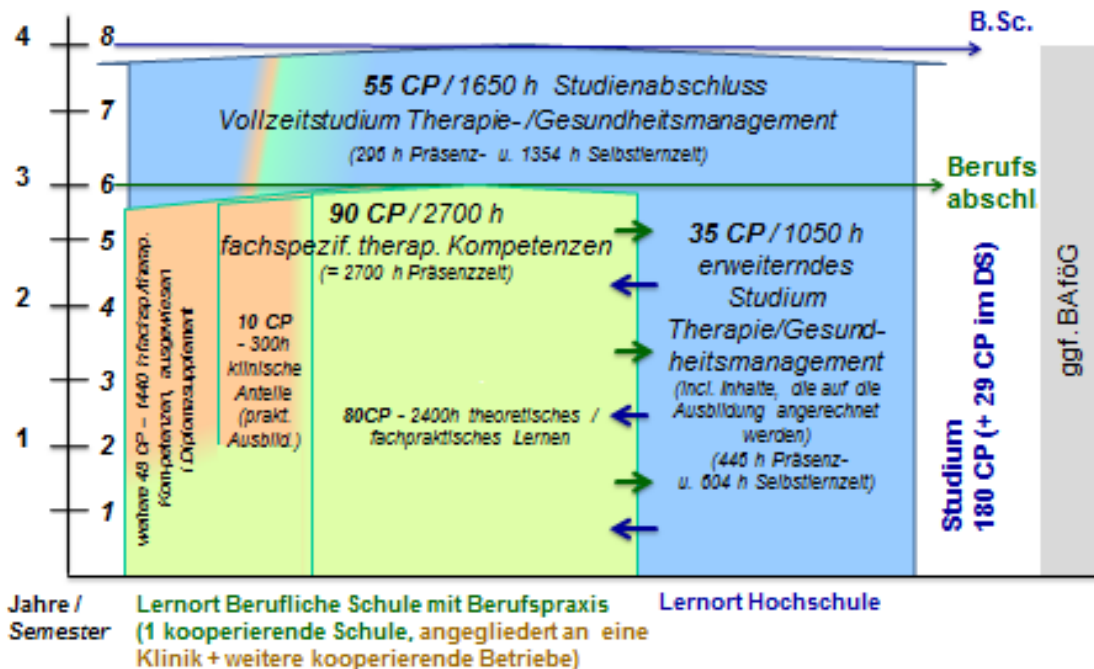


Abbildung 11: Studiengang Therapie- und Gesundheitsmanagement (B.Sc.) – Fachrichtung Logopädie, FH Münster



**Abbildung 12: Studiengang Therapie- und Gesundheitsmanagement (B.Sc.) – Fachrichtung Physiotherapie, FH Münster**

Der Modellstudiengang Therapie- und Gesundheitsmanagement (TGM) wird als „ein dualer (ausbildungsintegrierender) Bachelorstudiengang“ bezeichnet (Störkel/Bonato 2013, 5). Seine Entwicklung basiert auf einem 2007 akkreditierten Vorläufermodell (Störkel/Bonato 2013, 4). Der hier untersuchte Studiengang wurde in enger Kooperation mit den Fachschulen für Physiotherapie und Logopädie des Universitätsklinikums Münster entwickelt und soll in jedem Fall für den Zeitraum der Modellphase auch nur mit diesen beiden Fachschulen durchgeführt werden (Störkel/Bonato 2013, 7). Die Studienstruktur der beiden Fachrichtungen Logopädie und Physiotherapie ist den Abbildungen 11 und 12 zu entnehmen.

Intentional werden für beide Berufsausbildungen die Ausbildungsrichtlinien des Landes Nordrhein-Westfalen „vollständig umgesetzt“ und „qualitativ und quantitativ“ ergänzt durch bislang in der Ausbildung weniger berücksichtigte Kompetenzen (Störkel/Bonato 2013; 3, 9). Die Erweiterungen des durch die Fachschulen vermittelten „exzellenten Fachwissens“ werden in einer „managementbetonten“ Studienausrichtung gesehen, mit der die Studierenden „Handlungskompetenzen in den Bereichen Managementwissenschaften, Gesundheitswissenschaften / Public Health, Empirie und evidenzbasierter Praxis (EBP)“ aufbauen sollen, die „für eine erfolgreiche Umsetzung physiotherapeutischen bzw. logopädischen Handelns im Gesundheitswesen generell und bei der Entwicklung multiprofessioneller Behandlungskonzepte im besonderen erforderlich“ sind und die die „gesellschaftlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen mit der fachdisziplinären Perspektive verschränken“. Das damit hinterlegte Managementverständnis hat ausdrücklich nicht nur ökonomische Aspekte im Fokus, sondern ist auf die Entwicklung einer ganzheitlichen

bzw. mehrperspektivischen Sichtweise von Gesundheit und Krankheit gerichtet, die auch das soziale und kulturelle Umfeld der zu behandelnden Klient\_innen in den Blick nimmt. Die Studierenden sollen befähigt werden, prozessorientiert in unterschiedlichen Versorgungskontexten zu denken, Leistungsangebote in der Gesundheitsversorgung und -förderung zu entwickeln und in ihrem therapeutischen Handeln die klientenzentrierte Perspektive und die Perspektive der Organisationen gleichermaßen zu berücksichtigen. Sie sollen in der Lage sein, ihr eigenes Vorgehen bzw. vorgefundene Gesundheitsdienstleistungen wissenschaftlich zu begründen, zu überprüfen und zu evaluieren und an der Konzeption und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen mitzuwirken (Störkel/Bonato 2010, 1-3). Aufgrund ihrer akademischen Qualifikation sollen die zukünftigen Physiotherapeut\_innen bzw. Logopäd\_innen „zum Aufbau notwendiger therapiebezogener Forschungsaktivitäten“ und „damit originär zu einer Erweiterung der professionellen Grundlagen“ und zur „Verbesserung der Qualität erbrachter Leistungen und damit der Versorgungsqualität“ beitragen können. Sie sollen „ein umfassendes, komplexes und theoretisch vertieftes Wissen“, eine hohe ethische Verantwortungsbereitschaft und die für Diagnostik, Indikationsstellung und Therapieevaluation erforderlichen kognitiven Fähigkeiten entwickeln und somit zum interdisziplinären Diskurs befähigt werden (Störkel/Bonato 2010, 13).

### ***Studienablauf, Workload und Verteilung des Workloads auf die verschiedenen Strukturelemente***

Der Studiengang TGM umfasst insgesamt 180 CP und ist in zwei Studienabschnitte gegliedert. Im ersten Studienabschnitt vom ersten bis zum sechsten Semester erfolgen Lehre und Ausbildung parallel an zwei systemisch verschiedenen Lernorten mit insgesamt 155 CP. Dabei werden die jeweiligen fach-/berufsspezifischen therapeutischen Kompetenzen im Sinne der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (LogAPrO bzw. PhysTh-APrV) bzw. der Ausbildungsrichtlinien des Landes NRW mit einem Volumen von 119 CP von Seiten der Fachschulen im Rahmen von theoretischem und fachpraktischem Unterricht und von klient\_innen-/patient\_innenbezogener praktischer Unterweisung, in der Form von Lehrtherapien, klinischem Unterricht (= interne Praxis) oder in betrieblichen Praxiseinsätzen (externe Praxis in ambulanten und klinischen Einsätzen) vermittelt. Aus diesem Volumen sind 90 CP (2700 Stunden) modularisiert (12 in der Logopädie bzw. 13 Module in der Physiotherapie) und werden unmittelbar auf das Studium angerechnet. 29 CP oder (870 h) in der Logopädie und 48 CP (1440 h) in der Physiotherapie (insbesondere aus dem Bereich der praktischen Ausbildung), sind im Rahmen der Studiengänge TGM nicht akkreditiert, werden aber im Diploma Supplement mit ausgewiesen, da sie nach dem Verständnis der Studiengangentwickler\_innen ebenfalls als akademisch qualifizierend eingestuft werden.

35 CP (2700 Stunden) werden in 8 Modulen im Verlauf der ersten Studienphase an der Fachhochschule vermittelt. In diesem Rahmen werden zum einen solche Ausbildungsinhalte vermittelt, die nicht fach-/berufsspezifisch für den jeweiligen Therapieberuf sind, aber relevant im Sinne der Verordnungen zu den Berufsgesetzen (insbesondere aus den Fachbereichen Recht / Politik / Ökonomie und Pädagogik / Psychologie / Soziologie), wobei die hier vermittelten Lehrinhalte in Bezug auf den Umfang und die vermittelte Wissenstiefe über die Anforderungen der Verordnungen hinausgehen. Zum anderen werden Inhalte vermittelt, die im Sinne des oben beschriebenen Verständnisses zu einer Kompetenzerweiterung im Bereich der Management- und Gesundheitswissenschaften führen sollen und gegenwärtig (noch) nicht Gegenstand der Berufsgesetze und Verordnungen sind (Störkel/Bonato 2013, 7f). Die zweite Studienphase im siebten und achten Semester

setzt das Studium der Management- und Gesundheitswissenschaften mit weiteren 55 CP (1650 Stunden) vertiefend fort.

In beiden Studienphasen erfolgt die Vermittlung am Lernort Fachhochschule weitgehend interdisziplinär. In 7 Modulen mit insgesamt 40,5 CP (1215 Stunden) werden gezielt Lehrveranstaltungen mit einer therapeutischen Schwerpunktbildung angeboten, 9 Module mit insgesamt 37,5 CP (1125 Stunden) werden gemeinsam mit Studierenden anderer Studiengänge des Fachbereichs (Pflege- und Gesundheitsmanagement sowie Berufspädagogik im Gesundheitswesen) studiert. Damit sollen die Perspektiven der Studierenden erweitert und das Verständnis für spezifische Problemstellungen von Patient\_innen, Angehörigen und Leistungserbringer\_innen vermittelt werden (Störkel/Bonato 2013, 13/17f).

Die Veranstaltungen der ersten Studienphasen können aufgrund der räumlichen Nähe der beiden Lernorte während des Semesters im Wochenverlauf parallel durchgeführt werden. Auch die klinischen Unterrichte und Praxiseinsätze im Rahmen der internen Praxisausbildung sind in beiden Ausbildungsrichtungen zeitlich in den Wochenstundenplan integriert. Lediglich die externen Praxiseinsätze in der Logopädie erfolgen mit insgesamt 14 Wochen werden in der Form von jeweils 5 Blockpraktika mit 3 oder 4 Wochen.

Mit dieser Strukturierung beträgt das Verhältnis zwischen fachhochschulischer und berufsfachschulischer Lehre im Studiengang selbst jeweils 50%, wobei aufgrund der nicht akkreditierten Anteile das zeitliche Volumen des fachschulischen Parts für die Studierenden höher liegt.

Über die Gesamtdauer des akkreditierten Studiengangs kann ein durchschnittliches Verhältnis von 64% Kontakt-/Präsenzstudium zu 36% Selbststudium ermittelt werden, die Anteile sind auf die einzelnen Strukturelemente allerdings höchst ungleichmäßig verteilt: In der fachhochschulischen Lehre beträgt die Relation 27% Präsenzzeit zu 72,5% Selbstlernzeit und dabei 42% Präsenzzeit im ersten und 18% im zweiten Studienabschnitt. Dem stehen für die berufsfachschulische Lehre an beiden Berufsfachschulen 100% Präsenzzeit gegenüber.

Der Gesamtworkload für Ausbildung und Studiengang beträgt für alle 8 Semester mit den nicht akkreditierten Anteilen 6270 Stunden in der Logopädie und 6840 Stunden in der Physiotherapie. Um die Studierbarkeit zu überprüfen, wurde im Vorläuferstudiengang von jeweils 4 Studierenden das tatsächliche Studienvolumen in einem Lerntagebuch dokumentiert. Die Ergebnisse dieser Stichprobe bestätigen nach Ansicht der Studiengangverantwortlichen, dass „die tatsächliche Gesamtarbeitsbelastung der Studierenden [...] nicht höher als die geplante Gesamtarbeitsbelastung ist“ (Störkel/Bonato 2013, 17f).

### ***Kooperationsstrukturen***

Die Fachhochschule Münster trägt als Modellträger die Verantwortung für den gesamten Studiengang (Störkel/Bonato 2013, 14). Die beiden Kooperationspartner begegnen sich aber in ihrer jeweils unterschiedlichen inhaltlichen Verantwortlichkeit auf Augenhöhe, wobei beide Fachschulen, die schon im Vorfeld der Studiengangentwicklung in Modellprojekten zur Ausbildungsentwicklung in ihren Fachgebieten eingebunden waren, als „besonders fortschrittlich“ und auf „hohem Niveau etabliert“ beschrieben werden (Störkel/Bonato 2013, 7f).

Eine Grundlage für die Realisierung des Studiengangs in der beschriebenen Form bildet die zeitliche und inhaltliche Koordination zwischen den Lernorten. Sie umfasst auch die Integration der Module der Berufsfachschulen in die Abläufe der Studiengang- und Prüfungsorganisation und in das elektronische Lernportal der Fachhochschule, obwohl die

Abstimmung zwischen den unterschiedlichen Systemen natürlich nicht immer konfliktfrei gelingen kann – z.B. bzgl. der Terminkoordination bei konfligierenden Zeitstrukturen (Schulferien vs. vorlesungsfreie Zeit) (Störkel/Bonato 2013, 17f).

Zur Koordination des Studiengangs und der erforderlichen Absprachen an den Schnittstellen und im Interesse der Öffentlichkeitsarbeit wurden die folgenden Einrichtungen und Angebote auf der Meso-Ebene installiert:

- *Arbeitsgruppen und Gremien*
  - TGM-Koordinationsgruppe („regelmäßige“ Arbeitstreffen) – ist aus den beiden Studiengangleitungen und den beiden Schulleitungen der Fachschulen zusammengesetzt und wurde bereits für den Vorläuferstudiengang ins Leben gerufen. Die Arbeitsgruppe übernimmt die Studiengangkonzeption und die Abstimmung von übergreifenden inhaltlichen Aspekten sowie die Klärung operativer organisatorischer und struktureller Fragen (z.B. Terminabsprachen, Prüfungsfragen, Lehrevvaluation, ...) (Störkel/Bonato 2013, 8).
  - Koordinierungs- und Evaluationsausschuss (KEA-TGM) – In diesem Ausschuss treffen alle Mitglieder der TGM-Koordinationsgruppe plus je zwei Studierende aus beiden Berufsbildern, je zwei Absolvent\_innen des Vorläuferstudiengangs für jedes Berufsbild, je ein\_e Vertreter\_in aus dem Kollegium der beiden Berufsfachschulen, ein\_e Vertreter\_in der Personalentwicklung am Universitätsklinikum Münster und ein\_e Vertreter\_in der Bezirksregierung Münster zusammen. Der Ausschuss wurde mit der Implementierung des Modellstudiengangs neu gebildet und hat die Aufgabe, durch eine multiperspektivische Sicht auf den Studiengang zur Reflexion, Bewertung und konstruktiven Ideengenerierung an der Evaluation und Weiterentwicklung des Modellprojekts mitzuwirken (Störkel/Bonato 2013, 8f.).
- Die *Fachtage* (1 – 2x jährlich) sind offen für die Kollegien der beiden Fachschulen und die Kolleg\_innen im Fachbereich Pflege und Gesundheit und sollen dem Austausch zu inhaltlichen und strukturellen Fragen im Zusammenhang mit dem Studiengang dienen. Sie sollen eine Reflexion ermöglichen und eine Plattform für gemeinsame Ideen zu Projekten, BA-Themen und Wahlvertiefungen bieten. Die Fachtage können auch zur fachdidaktischen Weiterbildung genutzt werden und haben jeweils ein Schwerpunktthema (Störkel/Bonato 2013, 9).

### ***Situation der Studierenden***

Für die *Zulassung* zum Studium ist neben der Hochschulreife – Allgemeinen Hochschulreife (Abitur), Fachhochschulreife oder fachgebundenen Hochschulreife – ein Ausbildungsvertrag an der jeweiligen Berufsfachschule erforderlich. Die Bewerbungszeiträume hierfür liegen an beiden Schulen in etwa im dritten und vierten Quartal des Vorjahres und sind jeweils mit einem Auswahlverfahren verbunden. Für die Logopädieausbildung wird weiterhin ein mindestens dreimonatiges Praktikum im sozialen und / oder pflegerischen Bereich vorausgesetzt. Für die Eignungsbeurteilung werden zum einen fundierte Englisch- und PC-Kenntnisse, eine gute Beherrschung der deutschen Sprache in Wort und Schrift, sprachliche Gewandtheit und Ausdrucksfähigkeit, Musikalität, eine klare und belastungsfähige Stimme und ein normales Hörvermögen (Tonschwellenaudiogramm) vorausgesetzt. Zum anderen werden Erwartungen bzgl. Kontaktfähigkeit und Einfühlungsvermögen, Verantwortungsbewusstsein, Kritikfähigkeit, psychischer Stabilität und gesundheitlicher Eignung formuliert. Für die letzte Bewerberauswahl wird ein Eignungstest im Zeitraum Februar/März durchgeführt. Für die Bewerbung in der Physiotherapie

wird ein 6-wöchiges Pflegepraktikum, davon 3 Wochen in einer Klinik, das Deutsche Rettungsschwimmabzeichen (DLRG-Schein Bronze) und die durch ein ärztliches Attest bescheinigte gesundheitliche Eignung vorausgesetzt. Hier folgen nach Sichtung der Bewerbungsunterlagen im November des Vorjahres zunächst ein Losverfahren und bei positivem Los ein Eignungstest im Januar (Homepage des Studiengangs bzw. der Fachschulen).

Neben der oben dargestellten stark abweichenden Relation von Präsenz- und Selbstlernzeiten erleben die Studierenden auch sehr unterschiedlich strukturierte Lerngruppen. In der Fachschule für Logopädie beträgt die Gruppengröße 15, in der Fachschule für Physiotherapie 20 Teilnehmer\_innen. In der Kombination von hohen Präsenzstundenzahlen und kleinen Lerngruppengrößen ergibt sich eine sehr intensive Lernenden-Lehrenden-Kontaktdichte mit einer starken Fokussierung der berufsbezogenen Themen, insbesondere auch, weil der fachpraktische Unterricht teilweise in noch kleineren angeleiteten Arbeitsgruppen durchgeführt wird (Therapiesupervisionen, Bed-Side-Teaching ...). Demgegenüber werden die Studierenden an der Fachhochschule bei geringerer Präsenzstundenzahl in mehreren Lehrveranstaltungen in Lerngruppen mit bis zu 90 Studierenden zusammengefasst und müssen ihr Lernverhalten auf völlig andere strukturelle Bedingungen und eine deutliche Erweiterung der Perspektiven einstellen (Störkel/Bonato 2013, 19).

Für Studium und Ausbildung fallen neben dem Semesterbeitrag an der FH Münster (im Wintersemester 2012/2013 210,84 Euro) und den *Kosten* für Lehrmaterialien keine weiteren Kosten an. Die Studierenden müssten zur Sicherung ihres Lebensunterhalts Studierenden-BAföG beantragen können, hierzu werden in der vorliegenden Dokumenten jedoch keine weiteren Aussagen gemacht.

## 2.7 Studiengang Pflege an der Katholischen Hochschule NRW (KatHO NRW) mit den Standorten Köln, Münster, Paderborn und Aachen

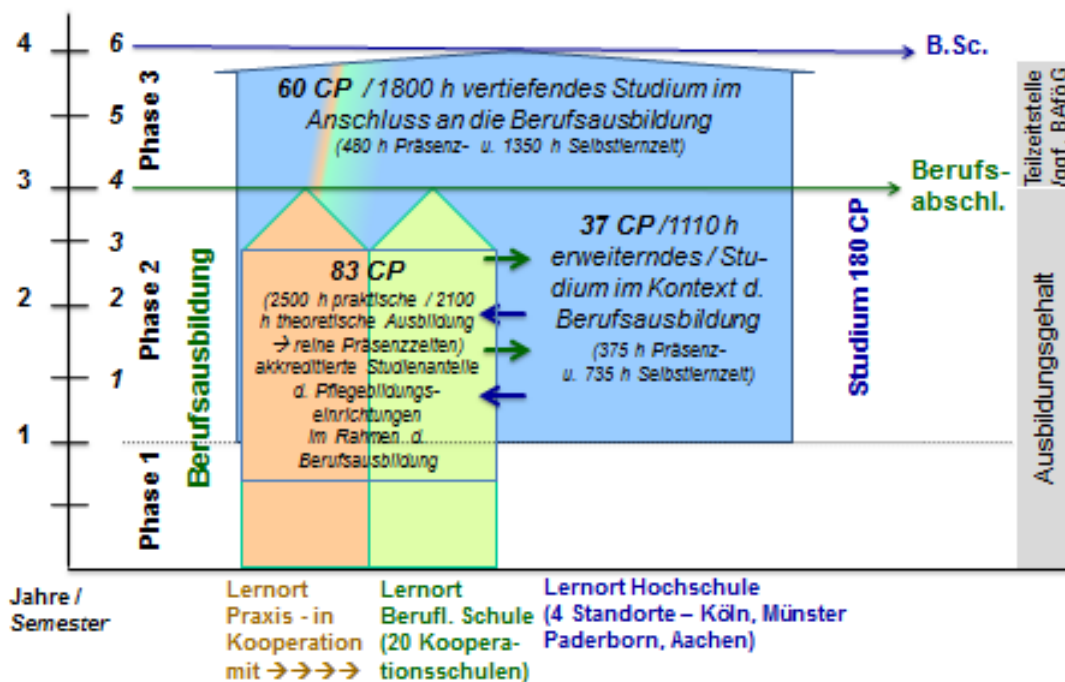


Abbildung 13: Dualer Studiengang Pflege (B.Sc.), KatHO NRW

Der Studiengang (vgl. Abb. 13) wird durch die KatHO NRW als „Duales Studienprogramm“ an zwei Lernorten bzw. (KatHO NRW-Akkr 2010, 8) oder auch als „dual/verzahnter“ Studiengang beschrieben (Berker/Heffels/Mijatovic 2013, 5f). Das Studium selbst ist generalistisch auf die Versorgung von Menschen in allen Altersgruppen und unterschiedlichen Pflegesettings ausgerichtet und schließt aufgrund des höheren Anteils der naturwissenschaftlichen Bezugswissenschaften in der Pflegewissenschaft mit dem Bachelor of Science nach insgesamt sechs Semestern ab (KatHO NRW-Akkr 2010, 33). Zum Teil vorgelagert und zum Teil studienbegleitend absolvieren die Studierenden entweder eine Ausbildung in der Altenpflege, in der Gesundheits- und Krankenpflege oder in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege an einer kooperierenden Pflegeschule im Einzugsbereich der Hochschulstandorte. An den 4 Hochschulstandorten werden insgesamt 70 Studienplätze angeboten.

Der Studiengang soll sich in das Portfolio der postgradualen Studiengänge der Hochschule einfügen und dieses um den Schwerpunkt der klinischen Pflege erweitern, womit sich wiederum an der Hochschule eine zusätzliche Vernetzung der Lehrperspektiven ergibt (KatHO NRW-Akkr 2010, 14; KatHO NRW-MHB 2010, 3f).

Mit einem vernetzten Studienprogramm ist intendiert, „flächendeckend NRW-weit in Kooperation mit örtlichen Pflegebildungseinrichtungen einen grundständigen Pflegestudiengang zu etablieren“ und ein Strukturmodell zu entwickeln, das u.a. einen strategisch be-

deutungsvollen Beitrag zur Weiterentwicklung der Pflege leisten kann. Die Kooperationsbildung mit den Pflegebildungseinrichtungen wird hierfür als entscheidendes Moment angesehen (Berker/Heffels/Mijatovic 2013, 31f). Der Modellversuch knüpft an die Erwartungen und Arbeitsergebnisse des seit über 10 Jahren etablierten Netzwerks des an der Hochschule ansässigen Deutschen Instituts für Pflegeforschung (dip) an, in das über 50 Pflegefachschulen und Altenpflegefachseminare integriert waren, die ihr starkes Interesse an Kooperationen und der aktiven Beteiligung an der Entwicklung einer akademischen Pflegeausbildung zum Ausdruck gebracht haben und in einer gemeinsamen Projektarbeit Chancen für ihre Schulentwicklungsprozesse sehen (Berker/Heffels/Mijatovic 2013, 32 unter Verweis auf Brühe/ Hundenborn 2008). Das Ergebnis dieser Arbeit mündete u.a. in die „Kölner Erklärung“ auf die sich die Studiengangentwickler\_innen beziehen und mit der der Anspruch formuliert wird, nicht die „bewährte Berufsausbildung zu ersetzen, sondern [sie] qualitativ und statusbezogen zu ergänzen und aufzuwerten“ und „studierwilligen“ Pflegeauszubildenden landesintern Studienmöglichkeiten zu bieten (Berker/Heffels/ Mijatovic 2013, Anlage B).

Das Studium soll mit der Verschränkung von Bildungsprozessen zwischen Ausbildungsberuf (DQR Niveau 4) und Bachelorstudium (DQR 6) in eine erweiterte und vertiefte Kompetenzentwicklung münden (Berker/Heffels/Mijatovic 2013, 38). So sollen die Studierenden zum wissenschaftlichen Arbeiten befähigt werden, kognitive Problemlösefähigkeiten entwickeln und lernen, analytisch und in Zusammenhängen zu denken - sowohl in unmittelbar pflegebezogenen als auch in sozial-/gesellschaftsbezogenen Kontexten (KatHO NRW-Akkr 2010, 15f, 26), um so die Planung und Steuerung von Pflegeprozessen verantwortlich gestalten zu können (KatHO NRW-Akkr 2010, 28). Sie sollen in der Lage sein, sektorenübergreifende Verstehens-, Kommunikations- und Kooperationsleistungen aufzubauen und sowohl adressat\_innenorientiert als auch argumentativ begründet zu kommunizieren und damit aktiv am Wissenstransfer mitwirken können (KatHO NRW-Akkr 2010, 25, 27). Daneben sind im Studienprogramm solche Zielsetzungen zentral, die darauf gerichtet sind, dass sich die Studierenden selbstreflexiv mit der eigenen Person und den verschiedenen Rollenanforderungen auseinandersetzen und die in Reflexionsprozessen entwickelten Haltungen und Positionen aktiv zu vertreten. Solche identitätsfördernden Bildungsprozesse sollen im Interesse der Nachhaltigkeit des Studienprogramms auch dazu beitragen, den „langfristigen Verbleib im klinisch-praktischen Berufsfeld zu unterstützen“. Dabei wird als Merkmal einer akademischen Pflegeausbildung im Gegensatz zu einer berufsfachschulischen Ausbildung betont, dass die intendierte Entwicklung von reflexiver personaler Kompetenz unter Rückgriff auf erarbeitete Theoriebestände erfolgen soll (KatHO NRW-Akkr 2010, 27, 29, 36). Im Begründungsrahmen des Studiengangs wird darüber hinausgehend eine Aufweitung der sozialen Gestaltungsfähigkeit mit Blick auf größere Systeme und gesellschaftliche Prozesse expliziert. Die akademische Ausbildung soll dazu beitragen, dass die so qualifizierten Pflegenden befähigt sind, ihr erweitertes inhaltliches Wissen über Zusammenhänge im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens in den gesellschaftlichen Diskurs einzubringen und verantwortungsethische Kompetenz entwickeln (KatHO NRW-Akkr 2010, 25).

### ***Kooperationsstrukturen***

Ein hervorstechendes Merkmal des Studiengangs besteht in der hohen Komplexität der Systemkooperationen: der Fachbereich Gesundheitswesen der Abt. Köln und die vier Fachbereiche Sozialwesen der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen an den regional verschiedenen Standorten im Land NRW kooperieren mit insgesamt 20 Pflege-

bildungseinrichtungen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und der Altenpflege und deren Kooperationspartnern<sup>19</sup>, für die praktische Ausbildung (KatHO NRW-Akkr 2010, 14). Hinterlegt ist hierfür der in der „Kölner Erklärung“ formulierte Anspruch „ein Bildungsnetzwerk zwischen Hochschulen und Pflegebildungseinrichtungen“ aufzubauen (Berker/Heffels/Mijatovic 2013, Anlage B). Erklärte Zielsetzung dieser Konstruktion ist es, zu einer verstärkten Dialoganbahnung zwischen dem akademischen und dem nichtakademischen Bereich beizutragen und so bildungspolitisch an der Annäherung zwischen sekundärem und tertiärem Bildungssystem mitzuwirken. In diesem Sinne versteht sich das Modell bildungspolitisch als integrierend, in dem die hochschulische und die berufliche Bildung stärker ineinander verwoben werden. In der Realisierung der oben aufgeführten umfassenden Koordinationsstrukturen wird deshalb auch von Seiten der Hochschule ausdrücklich betont, dass die Pflegeschulen als selbständige Kompetenzbereiche anerkannt, die Autonomie der Schulen unbedingt gewahrt und strukturelle Entscheidungen im Konsensverfahren getroffen werden sollen (Berker/Heffels/Mijatovic 2013, 8f). Auch wenn die Gesamtverantwortung für den Studiengang aufgrund der ministeriellen Vorgaben bei der Hochschule liegt, versteht diese sich in der Realisierung der Kooperationen vielmehr als Ideengeber in einer Partnerschaft auf Augenhöhe<sup>20</sup>. Weiterhin soll die breite regionale Streuung auch den Pflegeschulen außerhalb der Ballungsräume eine Teilhabe an der Professionsentwicklung und den Erhalt ihrer Konkurrenzfähigkeit ermöglichen<sup>21</sup>.

Zur Sicherstellung der Kooperationen wurde eine entsprechende Organisationsstruktur von Arbeitsgruppen auf den verschiedenen Organisationsebenen installiert. Die Aufgaben sind explizit auch auf die curriculare Abstimmung gerichtet (Curriculumwerkstätten zur Erarbeitung des Modulhandbuchs, wissenschaftlich fundierte Überprüfung der Äquivalenz des beruflichen und hochschulischen Bildungsangebots in einem mehrstufigen Verfahren, Revision des Modulhandbuchs in einem mehrstufigen Verfahren und Entwicklung von Prozessen zur Konstruktion von handlungsorientierten Modulen im Bereich der Bezugswissenschaften, Abstimmung von Prüfungsverfahren) und zielen im „interkollegialen Austausch“ auf die Gewährleistung der „Anschlussfähigkeit beider Lernräume [...]“ (Berker/Heffels/Mijatovic 2013, 51ff u. Anlage D-F; KatHO NRW-Akkr 2010, 32, 45, 52; vgl. auch KatHO NRW-MHB 2010, 10).

Diese Struktur erfordert auch hochschulintern einige Koordinationsleistungen, insbesondere durch eine stärkere Vernetzung der vier Fachbereiche Sozialwesen untereinander und mit dem Fachbereich Gesundheitswesen. Über den Weg der Aufgabenteilung trägt der Fachbereich Gesundheitswesen die Verantwortung für den pflegewissenschaftlichen Anteil des Studiums und die vier Fachbereiche Sozialwesen übernehmen die Verantwortung für jeweils definierten bezugswissenschaftlichen Anteile des Studienprogramms. Hierzu wird inhaltlich auf vorhandene Ressourcen aus pflegekompatiblen Bereichen der Sozialwissenschaft recurriert. (Berker/Heffels/Mijatovic 2013, 31)

Die Auswahl der Kooperationspartner in der Pflegeausbildung erfolgte kriteriengeleitet. Einerseits sollten die Kooperationsschulen und die mit diesen kooperierenden Betriebe sich gegenüber generalistischen Pflegeausbildungsansätzen offen zeigen, das hinterlegte Curriculum und die zeitlichen Strukturen in die jeweiligen Abläufe adaptieren können und

---

<sup>19</sup> dabei bestehen mit 85 Ausbildungspartnern Ausbildungsverträge

<sup>20</sup> Der hier formulierte Anspruch des Studiengangs wurde insbesondere während des Erstbesuchs des Modellstudiengangs im Juni 2012 deutlich und in einer internen Mitschrift des Evaluator\_innenteams dokumentiert.

<sup>21</sup> ebd.

zur Anerkennung von Lernleistungen aus den Hochschulmodulen bereit sein. Andererseits sollte die Repräsentanz der Trägervielfalt im Land NRW und unterschiedlicher Typen von Pflegebildungseinrichtungen bezüglich der Größe, des Anteils akademisch qualifizierter Lehrer\_innen und der Spezifika in der Profilbildung berücksichtigt werden, um im Rahmen der Evaluation des Gesamtprozesses am Ende der Modellphase einen möglichst hohen Erkenntnisgewinn generieren zu können (Berker/Heffels/Mijatovic 2013, 32f). Mit den letztlich ausgewählten Pflegebildungseinrichtungen wurden Kooperationsverträge geschlossen (Berker/Heffels/Mijatovic 2013, Anlage C).

- *Gremien und Arbeitsgemeinschaften*

- Die *AG Verantwortliche* trifft sich mindesten 2x jährlich, ist aus vier Professor\_innen des Fachbereichs Gesundheitswesen der Katholischen Hochschule Köln zusammengesetzt und verantwortet als übergeordnete Entscheidungsinstanz die Durchführung des Studienprogramms bei grundlegenden Entwicklungs-, Implementierungs- und Evaluationsfragen (Berker/Heffels/Mijatovic 2013, 34).
- Die *Studiengangkoordinator\_innenkonferenz* trifft sich mindestens 2x jährlich. Hier wird jeder kooperierende Fachbereich durch eine\_n Studiengangkoordinator\_in vertreten. Als Steuerungsgruppe auf der strukturellen Ebene hat dieses Gremium die Aufgabe, die Rahmenbedingungen zur Umsetzung des Studiengangkonzeptes sichern (Studienordnung, Modulhandbuch sowie die Lehre und Veranstaltungsplanung in den Abteilungen). Ziel der Arbeitsgruppe ist der Austausch über den Implementierungs- und Steuerungsprozess in den Fachbereichen und die Entscheidungsfindung zur Weiterentwicklung und Etablierung des Projekts (Berker/Heffels/Mijatovic 2013, 35, 77).
- *Modul- und Fachbereichskonferenzen* werden regelmäßig – inzwischen eher zum Ende des Semesters – zur Evaluation der erfolgten Umsetzung und zur eventuellen Neuausrichtung der Lehre und der Koordination der Lehrveranstaltungen durchgeführt.
- Die *Arbeitsgruppe Kooperationsschulen* trifft sich mindestens 2x jährlich. Die teilnehmenden Pflegebildungseinrichtungen sind durch jeweils eine beauftragte Lehrkraft bzw. – abhängig von der Zielsetzung des Treffens – die Schulleitung vertreten. Gemeinsam mit dem Projektleiter und ggf. mit Mitgliedern der Studiengangkoordinator\_innenkonferenz werden hier die anliegenden Fragen geklärt, die eine gemeinsame Abstimmung und Entscheidungsfindung erfordern, z.B. Fragen der curricularen Gestaltung, der wechselseitigen Vernetzung, der Organisationsstrukturen in den fachschulischen und hochschulischen Lehr – Lernprozessen, fach- u. hochschuldidaktische Themen, Fragen der Organisation und Durchführung der beruflichen Prüfungen oder der Evaluationskriterien (Berker/Heffels/Mijatovic 2013, 35).

Die gesamte Gremienarbeit wird einmal jährlich auf der Grundlage der Sitzungsprotokolle und mit der Methode „Lessons Learned“ im Sinne einer formativen Prozessentwicklung evaluiert (Berker/Heffels/Mijatovic 2013, 68).

- *Themengebundene Fachtagungen* finden 1 x jährlich statt und sind auch für Pflegebildungseinrichtungen offen, die keine Kooperationspartner sind. Durch eine möglichst offen geführte Diskussion ausgewählter Themen im Kontext des Modellstudiengangs sollen auch diese Pflegebildungseinrichtungen am Prozess und seinen Ergebnissen partizipieren und in den beschriebenen Schulentwicklungsprozess integriert bleiben,

um damit auf eine mögliche Verstetigung der Studiengänge nach der Modellphase vorbereitet zu sein (Berker/Heffels/Mijatovic 2013, 33).

### **Studienablauf, Workload und Verteilung des Workloads auf die verschiedenen Strukturelemente**

Der Studiengang bzw. das gesamte Lernangebot ist in drei Phasen gegliedert:

- Phase 1: Ein Jahr ausschließliche Berufsausbildung im gewählten Pflegeberuf.
- Phase 2: Zwei Jahre bzw. vier Semester Pflegeausbildung und Hochschulstudium parallel (als „Duale Phase“). In diesen beiden Jahren sind die Studierenden sowohl in die Hochschule als auch in eine Pflegeschule mit den dort jeweils angegliederten Lernorten der Berufspraxis integriert. Die hochschulischen und berufsfachschulischen Anteile des Studiums bzw. der Ausbildung werden in dieser Phase wechselseitig anerkannt (KatHO NRW-AkkR 2010, 36)<sup>22</sup>. Am Ende des dritten Jahres wird für die Pflegestudierenden das Pflegeexamen im schriftlichen und mündlichen Teil an der Hochschule und im praktischen Teil im Rahmen der Praxiseinsätze in der berufsfachschulischen Ausbildung „vollständig getrennt von den hochschulrechtlich geregelten Prüfungsverfahren“ abgenommen (KatHO NRW-AkkR 2010, 55). Dieser Part des Studiums folgt den gesetzlichen Bestimmungen der Ausbildungs- u. Prüfungsverordnungen in der Altenpflege bzw. in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege.
- Phase 3: Im vierten Jahr seit Beginn der Ausbildung bzw. dem 3. Studienjahr (5./6. Semester) und mit bestandenem Examen wechseln die Studierenden in ein Vollzeitstudium, das an der Hochschule erfolgt und in das ein zweiwöchiges studentisches Praktikum (Hospitationsprojekt) im 5. Semester integriert ist (KatHO NRW-AkkR 2010, 34; Berker/Heffels/Mijatovic 2013, 6).

Die Präsenzzeiten des Studiums werden in Blockphasen gebündelt. Im zweiten und dritten Ausbildungsjahr (Phase 2) werden diese Blockphasen, insgesamt 14 Wochen, zeitlich und inhaltlich mit den Kooperationsschulen abgestimmt (KatHO NRW-AkkR 2010, 34; KatHO NRW-BerePr 2012, 1)

Der sechssemestrige Bachelorstudiengang wird insgesamt mit 180 CP bzw. einem Workload von 5400 Stunden beziffert. Davon werden die im Rahmen der praktischen und theoretischen Ausbildung absolvierten Studienanteile aus Phase 1 und 2 mit 83 CP bzw. 2490 Stunden bewertet. Dieser Anteil wird mit dem Ablegen der berufspraktischen, der schriftlichen und der mündlichen Prüfung gegenüber dem Lernort Hochschule nachgewiesen und die erzielten Prüfungsergebnisse werden als drei Module in den Studiengang eingerechnet. Der berufsfachschulische Anteil soll damit ca. 45% des gesamten Studienvolumens entsprechen (KatHO NRW-AkkR 2010, 24). Der Anteil des Studiums in der Phase 2 beträgt 37 CP (20 CP im zweiten Ausbildungsjahr/1. + 2. Studiensemester bzw. 17 CP im dritten Ausbildungsjahr/3. + 4. Studiensemester).

Basierend auf der curricularen Äquivalenzprüfung wurden für die Anerkennung von Studieninhalten im Rahmen der Ausbildung und als Grundlage für die Prüfungsgestaltung die prüfungsrelevanten Lernfelder der AltPflAPrV und die Themenbereiche KrPflAPrV mit den Modulen des 1. bis 4. Semesters abgeglichen und mit Stundenwerten belegt. Folgt man

---

<sup>22</sup> Hierfür wurde ein wissenschaftlich gesichertes, mehrstufiges Äquivalenzverfahren Verfahren zur wechselseitigen curricularen Umrechnung zugrunde gelegt, das, bezogen auf die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen und die Ausbildungsrichtlinien im Land NRW für die Altenpflege bzw. Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, die Äquivalenz der zu vermittelnden Kompetenzen und Inhalte belegt (Hundenborn 2013 in: Berker/Heffels/Mijatovic 2013, Anlage E; KatHO NRW-AkkR 2010, 4/24/44; KatHO NRW-BerePr 2012, 5).

dieser Aufstellung, können die Berufsfachschulen in der Altenpflege 366 Stunden und in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege 322 Stunden aus dem Studium auf die Unterrichtszeit in der Theorie anrechnen (Heffels / Mijatovic 2013, in: Berker/Heffels/Mijatovic 2013, Anlage E). Für die insgesamt 14 Präsenzwochen im Studium müssten die Studierenden abhängig von der vertraglichen Wochenarbeitszeit mindestens zwischen 539 und 560 Stunden freigestellt werden. Wenn man den gesetzlich vorgeschriebenen Stundenrahmen von 4600 Stunden für die Pflegeausbildung zugrunde legt, dann beträgt der Gesamtworkload für Studium und Ausbildung bei einem akkreditierten Volumen von 2490 Stunden mindestens 7510 Stunden.

An der KathO NRW werden im Modulhandbuch für die einzelnen Module neben den CP, die mit einem Workload von 30 Stunden belegt sind, Semesterwochenstunden ausgewiesen, während Angaben zu Präsenz- und Selbstlernzeiten fehlen. Die jeweiligen Präsenzzeiten wurden für diese Untersuchung durch Multiplikation der Semesterwochenstunden mit 17,5 (18 Stunden für das Winter- und 17 Stunden für das Sommersemester) ermittelt, die Selbstlernzeiten durch Subtraktion dieser Werte vom Gesamtworkload. Auf dieser Grundlage konnte für den hochschulischen Teil des Studiengangs eine Relation von 35% Präsenz-/bzw. Kontaktstunden und 65% Selbstlernzeit identifiziert werden – dabei verschiebt sich das Verhältnis zugunsten des Selbstlernanteils von der zweiten Studienphase (39% Präsenzzeiten zu 61% Selbstlernzeiten) zur dritten Studienphase (33% Präsenzzeiten zu 67% Selbstlernzeiten). Bezieht man den mit dem Studiengang akkreditierten Workload der Ausbildung mit 2490 Stunden, die als reine Präsenzzeiten angesehen werden müssen, mit ein, kehrt sich die Relation für das gesamte akkreditierte Studium um – der Kompetenzerwerb im Studium ist danach mit 65% Präsenzzeit und 35% Selbstlernzeit geplant.

### ***Situation der Studierenden***

Während des ersten Ausbildungsjahres haben die Teilnehmenden zunächst den Status von Schüler\_innen in den Pflegeeinrichtungen und müssen hierfür das dort geforderte Bewerbungs- und Aufnahmeverfahren durchlaufen. Mit dem Bestehen der Probezeit können sich potenzielle Interessent\_innen um einen Studienplatz an der Katholischen Hochschule bewerben, wenn sie eine vollgültige Fachhochschulreife (schulischer und praktischer Teil) und eine positive Referenzbescheinigung ihrer Pflegeeinrichtung vorlegen können. Über die letztliche Studienplatzvergabe entscheidet die Hochschule auf der Grundlage eines strukturierten Bewerbungsrankings, in das neben dem Notendurchschnitt der Hochschulreife, die Noten der Probezeitbeurteilung in der Berufsausbildung, die Beurteilung der ausbildenden Pflegeschule im vorgelegten Referenzschreiben, belegte zusätzliche Erfahrungen in der Pflegepraxis, die in einem Bewerbungsschreiben formulierte Motivation und ggf. Informationen bezüglich einer gegebenen sozialen Härtefallsituation einbezogen werden (Berker/Heffels/Mijatovic 2013, 35f, 83f).

Das an der KathO NRW entwickelte Strukturmodell soll die zukünftigen akademisch ausgebildeten Pflegenden im Prozess ihrer Rollenfindung und bei der Integration in unterschiedliche Systeme der Pflege und Pflegebildung schrittweise unterstützen. Sie sollen zunächst (Phase 1) die Gelegenheit bekommen, sich in die Ausbildung, in ihrer Rolle als Lernende an einer Pflegeschule und in das Berufsbild von Pflegenden einzufinden. Im zweiten und dritten Jahr der Ausbildung (Phase 2) nehmen sie zu dieser Rolle parallel die pflegewissenschaftliche Perspektive ein, begegnen dem Anspruch der akademischen Professionalisierung von Pflegenden und finden sich in die Rolle der Studierenden ein.

Die Studierenden müssen in den Studienphasen einige lange Fahrstrecken (Paderborn/ Münster – Köln) und vorübergehende Abwesenheiten vom häuslichen Umfeld während der Präsenzzeiten an der Hochschule in Kauf nehmen. Auch sind sie in unterschiedliche Lerngruppen eingebunden. An den Pflegeschulen sind sie in das System der Ausbildungsklassen mit ca. 20 bis 30 anderen, nicht studierenden Pflegeschüler\_innen und die jeweilige Lehr-/Lernkultur integriert. Im Studium erleben die Teilnehmer\_innen eine andere Zusammensetzung der Lerngruppen, sowohl was die Gruppengröße (10 bis 70 Teilnehmende) als auch was die Lehr-/Lernformen und das Anforderungsniveau betrifft. Für die Reflexion ihrer unterschiedlichen Rollenanforderungen werden in beiden Systemen Möglichkeiten der Reflexion und Aufarbeitung angeboten (Berker/Heffels/Mijatovic 2013, 9, 75ff).

Systemisch wird seitens der Hochschule versucht, durch Entwicklung von klaren zeitlichen Strukturen und Absprachen potentiellen Desorganisationsprozessen entgegenzuwirken und die Pflegebildungseinrichtungen sind gefordert, für die Studierenden zusätzliche Unterstützungssysteme zu installieren (ebd.). Realisiert wurden bereits verschiedene Kooperations- und Informationsstrukturen für die Studierenden in den jeweiligen Systemen (Patenschaften bzw. Tandemmodelle zwischen „Pflegeschüler\_innen“ und „Pflegestudierenden“, Bezugslehrer\_innensystem, Informationsplattformen im Inter-/Intra-Net, ...) <sup>23</sup>. Weiterhin besteht der Anspruch, auch auf der Ebene der beratenden Angebote in beiden Systemen zu entsprechenden inhaltlichen und organisatorischen Abstimmungen zu kommen (KatHO NRW-Akk 2010, 32).

Der Workload im Studium ist so verteilt, dass im vierten Semester bzw. in der zweiten Hälfte des dritten Ausbildungsjahres eine Konzentration auf die Prüfungsvorbereitung im Pflegeexamen möglich wird. Im vierten Jahr (Phase 3, 5. u. 6. Semester) haben die Studierenden dann die Möglichkeit, sich, unterstützt durch das darauf ausgerichtete Lehrangebot, auf ihre zukünftige Professionsrolle als akademisch ausgebildete Pflegekräfte auszurichten (KatHO NRW-Akk 2010, 44).

Während ihrer Ausbildungszeit in Phase 1 und 2 erhalten die Studierenden das volle Ausbildungsgehalt, das abhängig vom Arbeitgeber und den gegebenen Tarifvereinbarungen variiert. Vielfach zahlen die Arbeitgeber die Semestergebühren (Studentenwerk incl. Semesterticket) <sup>24</sup>. Für das letzte Studienjahr (Phase 3) haben die Studierenden die Möglichkeit, Studierenden-BaFöG zu beantragen oder einer Teilzeitbeschäftigung im inzwischen erlernten Pflegeberuf nachzugehen – häufig erhalten die Studierenden von den Arbeitgebern der Ausbildung eine Übernahmegarantie für eine 50%Stelle <sup>25</sup>. Um ein Teilzeitarbeitsverhältnis zu ermöglichen, wird das Studienangebot in dieser Phase so strukturiert, dass im Semester an 2 Tagen Lehrveranstaltungen mit jeweils 10h Präsenz angeboten werden.

---

<sup>23</sup> Diese Aussage basiert auf der Mitschrift im Rahmen des Erstbesuchs.

<sup>24</sup> Mitschrift während der Ersterhebung

<sup>25</sup> dto.

## 2.8 Exemplarische Untersuchung eines Studiengangs außerhalb des Modellprojekts – Studiengang Hebammenkunde (Midwifery) an der KathO NRW

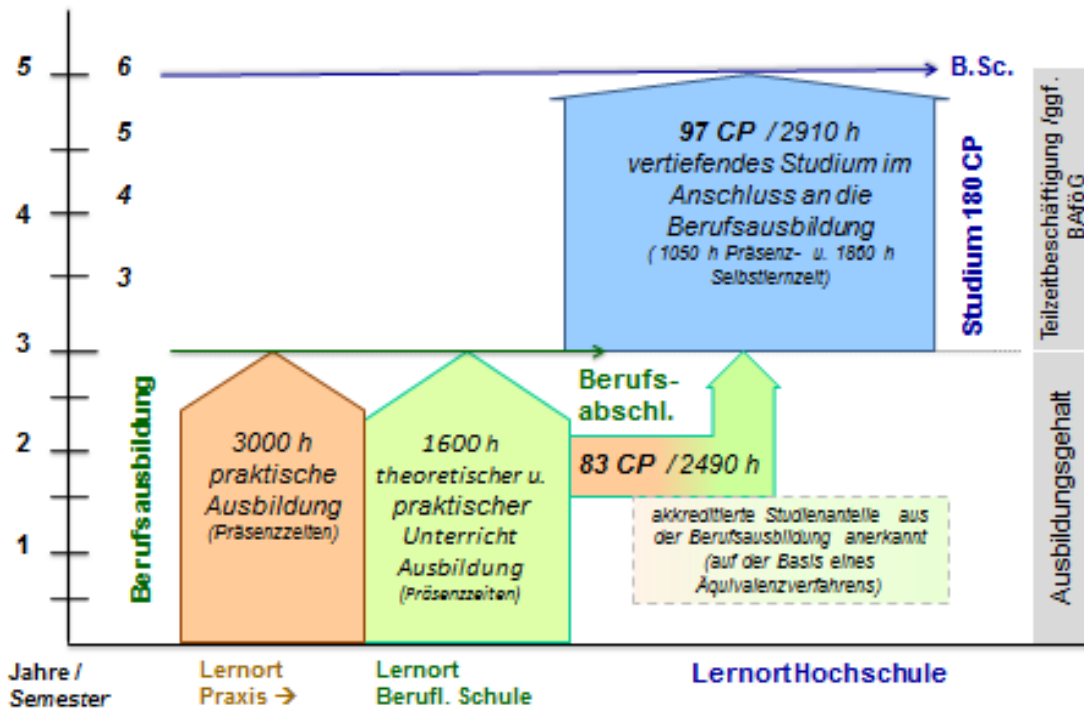


Abbildung 14: Studiengang Hebammenkunde (B.Sc.), KathO NRW

Im Studiengang Hebammenkunde an der KathO NRW (vgl. Abb. 14) werden in jedem Jahr 30 Studierende aufgenommen, schließt mit dem Bachelor of Science ab, Studienmodell wird nach den bislang vorliegenden Unterlagen nicht näher bezeichnet

„richtet sich an ausgebildete Hebammen, die sich in einem speziell auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenen Studienprogramm akademisch qualifizieren wollen“ (Homepage)

Mit dem Studiengang die Hebammenausbildung dem europäischen Niveau angleichen;

Die Absolventinnen sollen befähigt werden, „wissenschaftlich begründet in den Handlungsfeldern der Hebammenkunde zu agieren“ und „neue Perspektiven der Hebammenkunde im Bereich internationaler Entwicklungen in Versorgung und Forschung kennenzulernen und diese für die Entwicklung ihres eigenen Hebammenhandelns zu nutzen“ und die Professionsentwicklung und inter- und intraprofessionellen Diskurse durch wissenschaftlich fundierte Argumentation aktiv mitzugestalten.

### **Studienablauf, Workload und Verteilung des Workloads auf die verschiedenen Strukturelemente**

Studium umfasst 6 Semester und ist auf 180 CP ausgelegt. Die abgeschlossene Hebammenausbildung, die gleichzeitig Zulassungsvoraussetzung ist, wurde modularisiert und „mittels Äquivalenzverfahren gemäß den KMK Vorgaben in der Fassung vom 28.06.2002 und 18.09.2008“ mit 83 CP anerkannt, d.h. auch mit 2490 Stunden auf das Studium ange-

rechnet, so dass die Studentinnen unmittelbar in das dritte Semester eingestuft werden<sup>26</sup>. Die Semester 3 bis 6 haben im Studium an der KathO Köln zusammen ein Volumen von 97 CP bzw. 2910 Stunden und sind auf 15 häufig semesterübergreifende Module mit einem Volumen zwischen 3 und 12 CP verteilt. Die KathO weist neben den CP lediglich Semesterwochenstunden (SWS) aus, umgerechnet auf die durchschnittliche Länge von 17,5 Wochen/Semester ergibt sich damit für das Studium an der Fachhochschule eine Kontakt-/Präsenzzeit von 1050 Stunden bei 1860 Stunden Selbstlernzeit bzw. eine Relation von 36,1 % Präsenz- zu 63,9% Selbstlernzeit. Die Präsenzzeiten werden über die gesamte Dauer des Studiums während der Semester an zwei Studientagen wöchentlich mit insgesamt zehn Lehreinheiten realisiert.

Rechnet man als Vergleichsbasis die im Akkreditierungsverfahren anerkannten 83 CP bzw. 2490 Stunden aus der Hebammenausbildung, die nach den Vorgaben des Berufsgesetzes Präsenzzeiten (Unterricht und Berufspraxis) darstellen würden, mit ein, ergibt sich für Studium und Ausbildung eine in etwa umgekehrte Relation von 65,6% Präsenzzeit zu 34,4% Selbstlernzeit.

Insgesamt muss für das Erreichen der Berufszulassung als Hebamme/Entbindungspfleger und den Bachelorgrad ein Bildungsweg von 5 Jahren bzw. ein Zeitvolumen von mindestens 7510 Stunden gerechnet werden.

### ***Kooperationsstrukturen***

Der Studiengang ist in den Fachbereich Gesundheitswesen an der KathO integriert. Für die Vermittlung der Bezugswissenschaften bestehen Kooperationen mit den anderen Fachbereichen, hier sind die üblichen hochschulische Abstimmungen und das gängige Konferenzwesen erforderlich.

Abstimmungen mit der Berufspraxis und den Hebammenschulen sind lediglich im Zusammenhang mit konzeptionellen Fragen erforderlich. So hat die Hochschule für die Konzeption des Studiengangs eng mit den Standesvertretungen der Hebammen sowie mit den Hebammenschulen in NRW zusammen gearbeitet, um die Anschlussfähigkeit an die Ausbildung abzustimmen und um dafür Sorge zu tragen, dass die Ziele und Inhalte innerhalb der Berufsgruppe anerkannt sind.

### ***Situation der Studierenden***

Für den Studiengang bewerben kann sich, wer über die Fachhochschulreife oder über die allgemeine Hochschulreife verfügt und eine abgeschlossene Ausbildung zur Hebamme mit der gültigen Erlaubnis zur Berufsausübung hat. Der Studiengang ist unmittelbar auf Durchlässigkeit durch Anerkennung von Leistungen aus dem sekundären Bildungssektor ausgerichtet.

„Durch die straffe Studienorganisation wird den Studierenden eine geregelte Teilzeitbeschäftigung mit voller sozialer Absicherung neben dem Studium ermöglicht“ (Homepage – MHB, 2). Die Beantragung von BAföG ist möglich.

Es wird ein Semesterbeitrag erhoben, der jedes Semester neu festgesetzt wird und durchschnittlich 200,-€ beträgt.

---

<sup>26</sup> ob und in wieweit die Leistungen aus der Ausbildung in das Studium eingerechnet werden, konnte aus den bislang vorliegenden Unterlagen nicht ermittelt werden und muss ggf. später ergänzt werden

### **3 Studiengangübergreifende Analysen**

Im Rahmen der vergleichenden Analyse der Modellstudiengänge werden Modelltypen hinsichtlich der Strukturmerkmale der Studiengänge sowie Probleme identifiziert, die bei der Umsetzung der gesetzlichen bzw. administrativen Vorgaben bei allen Studiengängen gleichermaßen auftreten. Eine Schwierigkeit für alle Studiengänge besteht in der Inkompatibilität der Strukturen hochschulischer und beruflicher Ausbildung (3.1). Aufgrund des themen- und studiengangübergreifenden Charakters dieses Problems wird es vorangestellt. Gleiches gilt für das Problem der intransparenten Begrifflichkeiten, die für die Charakterisierung der Studiengänge verwendet werden (3.2). In 3.3 erfolgt eine Typisierung der Studiengänge hinsichtlich der hochschulinternen Zusammenarbeit (3.3.1), der Zusammenarbeit mit Berufsfachschulen im Rahmen der theoretischen und fachpraktischen Studienanteile (3.3.2) und der Zusammenarbeit mit Praxiseinrichtungen bzw. der Einbindung der praktischen/klinischen Studienanteile (3.3.3). In Kapitel 3.4 werden die Probleme untersucht, die aus der Angabe von Workloads der Studierenden einerseits und Erfüllung berufsgesetzlicher Vorgaben andererseits resultieren. Zu den durch die studiengangübergreifenden Analysen (Kapitel 3.1 bis 3.4) ermittelten Problemen werden in Kapitel 4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung der primärqualifizierenden Studiengänge in der Pflege, den therapeutischen Gesundheitsfachberufen und in der Hebammenkunde abgeleitet.

#### **3.1 Inkompatibilität der Strukturen hochschulischer und beruflicher Ausbildung**

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

- Die Berufsgesetze geben einen Stundenumfang für den inhaltlichen Input vor, für Studiengänge ist gefordert, dass sie den Arbeitsaufwand der Studierenden, den workload, der in CP (Credit Points) beziffert wird, darstellen. Üblicherweise entspricht 1 CP einem Arbeitsaufwand von 30 Stunden (vgl. oben Kapitel 1.2.2 bzw. 1.2.1)
- In dem für die hochschulische Ausbildung angegebenen workload ist ein hohes Ausmaß an Selbstlernzeiten einzurechnen, womit die Studierenden zur selbständigen Erarbeitung von Inhalten befähigt werden sollen. Die Zeitangaben in der beruflichen Ausbildung benennen Präsenzzeiten, womit die Vermittlung der Inhalte und der Erwerb von Erfahrungen abgesichert werden soll.
- Der hohe Umfang an Stunden für die praktische Ausbildung lässt sich nicht immer komplett in ein Studienformat integrieren.
- Die Berufsgesetze schreiben punktuelle mündliche, schriftliche und praktische Abschlussprüfungen zum Ende der Ausbildung vor. Aus diesen drei Prüfungsteilen ergeben sich die Abschlussnoten. Die hochschulischen Abschlussnoten setzen sich anteilig aus abschichtenden Modulprüfungen und der am Ende abzulegenden Bachelorprüfung, bestehend aus einer umfangreicheren wissenschaftlichen Ausarbeitung, der Bachelorarbeit, und ggf. einer mündlichen Prüfung zusammen.

- Hochschulen haben üblicherweise Freiraum in der curricularen Gestaltung ihrer Bildungsangebote, die Berufsgesetze formulieren demgegenüber mehr oder weniger detaillierte inhaltliche Vorgaben.
- Für die Pflegeberufe sind die Studienprogramme der Modellstudiengänge generalistisch ausgerichtet während die Berufsabschlüsse gegenwärtig noch überwiegend nach Altersstufen (Alten-, Kranken-, Kinderkrankenpflege) differenziert werden - der Berufsabschluss in den Modellstudiengängen ist damit abhängig von den kooperierenden Berufsfachschulen bzw. den Kooperationspartnern, mit denen die Studierenden ihren Ausbildungsvertrag abschließen.

## 3.2 Begrifflichkeiten

Wie in Kapitel 1.4 für die Pflegestudiengänge beschrieben, erfolgt die Zuweisung von Begriffen zur Charakterisierung dieser Studiengänge sehr uneinheitlich. Ähnliches lässt sich auch hinsichtlich der hier untersuchten Modellstudiengänge beobachten:

Alle 5 gesundheitsbezogenen Studiengänge der hsg werden gemeinsam als „grundständig und primärqualifizierend“ charakterisiert. Die FH Bielefeld greift demgegenüber den Vorschlag von Moers (2012) auf und beschreibt ihren Studiengang als dem Verschränkungsmodell folgend. Die übrigen 5 der 11 untersuchten Modellstudiengänge verwenden in ihrer Selbstbeschreibung den Begriff ‚dual‘, darunter zwei therapeutische (RWTH Aachen, FH Münster) und drei pflegebezogene Studiengänge (Fliedner FH Düsseldorf, Mathias Hochschule Rheine und KathO NRW). Die MHR bezeichnet ihren Studiengang als „integrativen Studiengang“ mit „dualen Aspekten“ und die KathO NRW gebraucht den Begriff „dual“ in Verbindung mit dem Merkmal „verzahnt“, während die beiden therapeutischen Studiengänge den Begriff „dual“ in Verbindung mit der Formel „ausbildungsintegrierend“ verwenden. Eine Charakterisierung bzw. Ordnung der untersuchten Modelle konnte aus diesen Begriffszuweisungen nicht abgeleitet werden.

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

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

Um zu strukturierenden Kriterien zu gelangen, wurde von den Untersucherinnen zunächst die Einordnung der Modellstudiengänge in ein breites Spektrum von möglichen Studiengangstrukturen vorgenommen (vgl. Abb. 15), bei dem auf der einen Seite die additiven Studiengangmodelle angesiedelt sind. Dabei handelt es sich um Studiengänge, in denen die Berufsausbildung von einer Berufsfachschule in Kooperation mit Ausbildungsbetrieben bzw. Praxiseinrichtungen verantwortet wird und das Studium bzw. der Studienabschluss von der Hochschule. Diese Addition kann, wie im hier vorgestellten Studiengang Hebam-

menkunde B.Sc. der KathO NRW (vgl. 2.8) im Anschluss an eine erfolgreiche Ausbildung erfolgen (Variante 1) oder zu einem Teil auch schon ausbildungsbegleitend einsetzen (Variante 2). Auch in diesen beiden Varianten können entsprechend den Regelungen der KMK (2008, 2002) in der Ausbildung erbrachte Leistungen angerechnet werden, wenn die Äquivalenz zu einer akademischen Ausbildung anerkannt wird. Dem additiven Studienmodell steht auf der anderen Seite das praxisintegrierende Studienmodell gegenüber, in dem der Hochschulabschluss gleichzeitig zur Berufsausübung berechtigt und in das praktische/betriebliche Studienphasen integriert sind. Die Konzeption eines solchen Studienmodells war in seiner Reinform vor dem Hintergrund der bestehenden und einzuhaltenden Berufsgesetze nicht möglich, so dass die hier untersuchten Modellstudiengänge auf einem Kontinuum zwischen diesen beiden Eckpunkten als ausbildungsintegrierend einzuordnen sind und der Grad der Integration als unterschiedlich intensiv beschrieben werden kann.

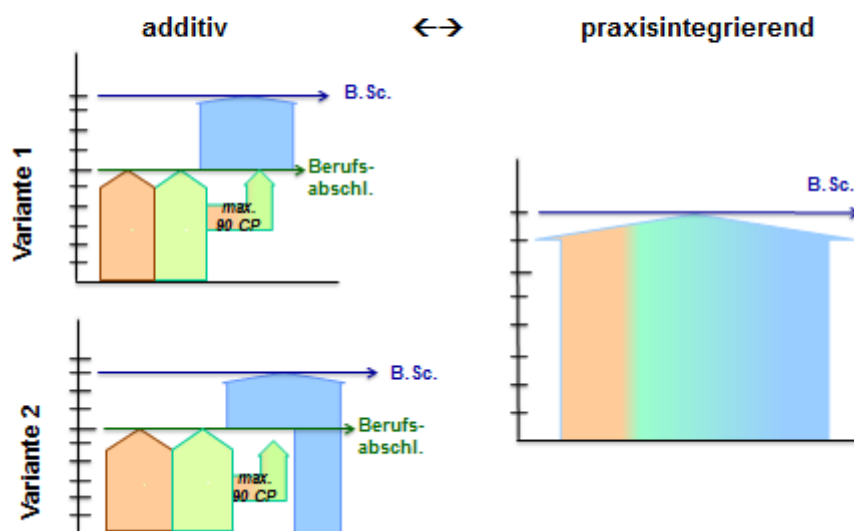


Abbildung 15: Grundmuster additiver und praxisintegrierender Studiengangstrukturen

### 3.3 Kooperationsstrukturen

Sowohl in ihrer internen Strukturierung von Kooperationsbeziehungen (3.3.1) als auch in Bezug auf die Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern variieren die untersuchten Studiengänge. Insbesondere die jeweilige Form der externen Kooperationsbeziehungen (3.3.2) prägt das entwickelte Curriculum und die realisierten Lehr-/Lernprozesse. Bei den externen Kooperationsprozessen sind sowohl die ggf. entwickelten Formen der Zusammenarbeit mit Berufsfachschulen in der theoretischen und fachpraktischen Lehre als auch die Formen der Kooperationen mit der beruflichen Praxis in der Vermittlung berufspraktischer Kompetenzen bedeutungsvoll (3.3.3).

#### 3.3.1 Interne Kooperationsstrukturen

Bis auf einen Studiengang werden alle hier untersuchten gesundheitsbezogenen Studiengänge an Fachhochschulen implementiert und zwar in Verbindung mit gesundheits-

/pflegebezogenen und/oder sozialwissenschaftlich/-pädagogisch ausgerichteten Fachbereichen. Lediglich der Logopädiestudiengang an der RWTH Aachen wurde an einer Universität und in Kooperation mit der medizinischen Fakultät eingerichtet. An der FH Bielefeld wird der Studiengang an 2 Hochschulstandorten durchgeführt und an der KatHO NRW Pflege sind 4 Hochschulstandorte involviert. In alle anderen Studiengänge ist jeweils nur ein Hochschulstandort eingebunden. Einige Hochschulen, insbesondere die RWTH Aachen, betonen, dass für den Aufbau und die Etablierung des Studiengangs Kooperationen mit mehreren Fakultäten der Hochschule eingegangen wurden. Zwei Studiengänge sind räumlich in der Nähe einer kooperierenden Berufsfachschule bzw. Klinik gelegen, in einem Studiengang sind die assoziierten Schulen Bestandteil einer Universitätsklinik.

### **3.3.2 Zusammenarbeit mit Berufsfachschulen im Rahmen der theoretischen und fachpraktischen Studienanteile**

Bis auf die Studiengänge, die an der Hochschule für Gesundheit angeboten werden, kooperieren alle anderen Studiengänge in sehr unterschiedlicher Form mit einer oder mehreren Berufsfachschulen.

Die *Fliedner FH in Düsseldorf* kooperiert mit zwei Berufsfachschulen und den angegliederten Betrieben in relativer Nähe zum Hochschulstandort und die *Mathias Hochschule in Rheine* mit 4 Berufsfachschulen, von denen eine standortnah gelegen und mit der Hochschule in das Klinikgelände integriert ist, während die Standorte der drei anderen Pflegehochschulen und der jeweils mit ihnen verbundenen Praxiseinsatzorte weiter entfernt sind. An beiden Hochschulen werden die theoretischen und fachpraktischen Studieninhalte weitgehend in den Räumlichkeiten der Hochschule vermittelt und durch die Hochschule verantwortet. Das hierfür hinterlegte Curriculum wurde in Kooperation mit den Berufsfachschulen erarbeitet, Lehrkräfte der Schulen übernehmen Lehraufträge an der Hochschule. Daneben sind die Berufsfachschulen in die Organisation und unmittelbare Begleitung der praktischen Ausbildung eingebunden und koordinieren diese formal und inhaltlich in Abstimmung mit der jeweiligen Hochschule, die hier v.a. über den Aufbau des Curriculums und die sich daraus ergebende Vermittlung von theoretischen und fachpraktischen Inhalten über Lernaufgaben u.ä. und die Aufarbeitung von Erfahrungen in Reflexionsseminaren steuernd mitwirkt<sup>27</sup>.

Die *FH Bielefeld kooperiert* an jedem der zwei Hochschulstandorte mit einer Berufsfachschule, die für die Realisierung des Studiengangs jeweils eigene Ausbildungsklassen bilden. Für den Studiengang wurde ein eigenes Curriculum entwickelt, auf dessen Realisierung sich beide Kooperationspartner verpflichtet haben. An den jeweiligen Schulstandorten vermitteln die Berufsfachschulen den von ihnen gebildeten Studiengruppen theoretische und fachpraktische Inhalte in von ihnen verantworteten Modulen mit einem Volumen von 38 CP (= 21% der akkreditierten Lehre), die Fachhochschule vermittelt Module im Umfang von 84 CP (= 47%). 58 CP bzw. 32 % der Lehre, die sich sowohl auf theoretische und fachpraktische Inhalte als auch auf die akkreditierten Anteile der praktischen Ausbildung beziehen. Die Berufsfachschule bleibt auch im 8. Semester, im Anschluss an das erfolgte Berufsexamen, in die Lehrveranstaltungen eingebunden.

---

<sup>27</sup> Die Praxis-Theorie-Praxis-Verknüpfung wird in einem nachfolgenden Bericht ausführlich betrachtet.

Die *RWTH Aachen* arbeitet ausschließlich mit einer Berufsfachschule zusammen, wobei diese den Schwerpunkt ihrer praktischen Ausbildung am Universitätsklinikum hat, das auch den Praxisbezugspunkt für die Hochschule bildet. Die *FH Münster* kooperiert ebenfalls mit je einer Berufsfachschule je Fachrichtung, beide Fachschulen sind an dasselbe Klinikum (Universitätsklinikum) angegliedert. An beiden Hochschulstandorten (RWTH Aachen und FH Münster) sind die Zuständigkeiten so aufgeteilt, dass die Hochschule die formale Verantwortung für den gesamten Studiengang übernimmt, die Berufsfachschulen aber die Planung und Durchführung der gesamten beruflichen Ausbildung (theoretischer und fachpraktischer Unterricht und praktische Ausbildung) bis zum Staatsexamen verantworten, organisieren und durchführen, abgesehen von den auf die Ausbildung angerechneten Modulen der Hochschule.

Auch an der *KathO NRW* bezieht sich die Gesamtverantwortung, die die Hochschule für den Studiengang trägt, eher auf formale Aspekte und die Gesamtkoordination und Repräsentation des Studiengangs nach außen, während die inhaltlichen und organisatorischen Aufgaben, die die Gestaltung und Durchführung der Ausbildung vor dem Hintergrund des erarbeiteten curricularen Rahmenkonzepts betreffen, von den Fachschulen selbst organisiert werden. Der sich so für das Kooperationssystem ergebende weitgehende Autonomieerhalt der Fachschulen wird dadurch untermauert, dass keine eigenen Ausbildungsgruppen/Klassen mit Studierenden gebildet werden, sondern die Student\_innen in den Alltag der Fachschulausbildung integriert sind und hier auch ihre Primärsozialisation erfahren.

Durch Analyse auf Gemeinsamkeiten lassen sich die untersuchten Studiengänge hinsichtlich der Kooperation mit Berufsfachschulen drei Modelltypen zuordnen, die sich auf einem Kontinuum zwischen einer vollständig ausbildungsintegrierenden und einer eher additiven Studienstruktur bewegen.

#### ***Modell A – ohne Beteiligung einer BFS (die Studiengänge an der hsg)***

Strukturprinzip der Kooperation:

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

#### ***Modell B – mit Beteiligung von 1-5 BFS***

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

#### ***Modell B.1 - mit Beteiligung von BFS als Lehrbeauftragte und/oder in der curricularen Entwicklung (MHR, Fliedner FH Düsseldorf)***

Strukturprinzip der Kooperation:

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

### **Modell B.2 - mit Integration von BFS in das gesamte Studium (FH Bielefeld)**

Strukturprinzip der Kooperation:

- Curriculum wird von der HS gemeinsam mit der/n BFS konzipiert
- im theoretischen/fachpraktischen Studium werden Module zum Teil von der HS, von der BFS oder gemeinsam verantwortet
- die Vermittlung erfolgt sowohl in der HS als auch in der BFS
- die BFS ist bis zum B.Sc. in das Studium eingebunden
- Studienkohorte bildet eine oder mehrere geschlossene Lerngruppen

### **Modell B.3 -Kooperation von HS mit weniger als 5 BFS'n bei relativer Selbständigkeit der BFS (RWTH Aachen, FH Münster)**

Strukturprinzip der Kooperation:

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

### **Modell C -Kooperation mit mehr als 5 BFS bei weitgehender Selbständigkeit der BFS (KathO NRW)**

Strukturprinzip der Kooperation:

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

Für die Kooperationsbeziehungen in diesen verschiedenen Modelltypen sind jeweils sowohl Potenziale als auch Grenzen erkennbar bzw. können vermutet werden. Überlegungen hierzu wurden von den Untersucher\_innen vor dem Hintergrund der folgenden Fragestellungen zusammengestellt:

- Inwiefern kann die entwickelte Struktur die *Professionsentwicklung* bzw. den Prozess der Akademisierung der Profession befördern? Welche Chancen der unmittelbaren Einflussnahme auf Professionalisierungsprozesse im Praxisfeld bietet das Modell bzw. welche Möglichkeiten werden ggf. durch die Modellstruktur eher behindert?
- Inwiefern gibt das Modell Impulse für die *Entwicklung neuer Ausbildungswege* im jeweiligen Berufsbild?
- Welche (*Rück-*)*Wirkungen* ergeben sich aus der Modellstruktur für die involvierten Systeme Hochschule bzw. Berufsfachschule(n)?

Mit Blick auf die Fragestellung der Gesamtuntersuchung soll hier zunächst dem Aspekt der *Professionsentwicklung* nachgegangen werden. Die entwickelten Überlegungen zu allen Fragenkomplexen können der Tabelle V.1.1 im Gesamtüberblick entnommen werden.

Das Potenzial von *Modell A* besteht in der akademischen Sozialisierung der Studierenden in einer scientific community von Beginn an. Das Studium bewegt sich durchgängig in seinen theoretischen und fachpraktischen Anteilen auf der EQR-Stufe 6. Vor allem in der gegenwärtigen Situation des Übergangs liegen Begrenzungen darin, dass Pflegeschulen nicht am Prozess der Akademisierung partizipieren und die beruflich Ausgebildeten keinerlei Kontakt mit der akademischen Ausbildung bekommen, weshalb möglicherweise die Tendenz entsteht, die hochschulische Ausbildung als ‚abgehobene Parallelwelt‘ abzulehnen, was letztlich den Studierenden und Absolvent\_innen den Einstieg in die Berufswelt erschweren kann.

Die Aufgaben, die von den kooperierenden Berufsfachschulen im Rahmen der *B-Modelle* bei der Vermittlung der theoretischen und fachpraktischen Studienanteile übernommen werden, reichen von Lehraufträgen an den Hochschulen bis hin zur Durchführung von Unterricht an den Berufsfachschulen in separaten und ausschließlich aus Studierenden zusammengesetzten Klassen. Je nach Ausmaß der Integration berufsfachschulischer Anteile erfolgt zwar auch eine akademische Sozialisation der Studierenden, jedoch von B.1 über B.2 nach B.3 in abnehmendem Umfang und nicht in der Konsequenz wie bei Modell A. Ein wichtiges Potenzial der B-Modelle in der derzeitigen Phase des Wandels des Berufsbildungssystems in den Gesundheitsfachberufen ist darin zu sehen, dass die Berufsfachschulen an dem Prozess der Akademisierung partizipieren und für ihn gewonnen werden können. Darüber hinaus besteht die Chance der Rückwirkung der an der Hochschule gewonnenen Erkenntnisse auf parallele Berufsausbildungen an den Schulen. Bei den Studiengängen, die dem Modell B.3 zugeordnet wurden, handelt es sich um therapiewissenschaftliche Studiengänge in der Logopädie und der Physiotherapie. Die beteiligten Hochschulen arbeiten mit Schulen zusammen, die ohnehin schon durch ihre Mitarbeit an Schulversuchen und durch einen hohen Anteil an Lehrenden mit einem akademischen Abschluss ein hohes Niveau aufweisen und anstreben, dieses zukünftig noch weiter auszubauen. Die Schulen bieten keine berufliche Erstausbildung mehr an. Perspektivisch deutet sich mit diesem Modell bereits die Möglichkeit einer Vollakademisierung an. Um eine gute Vernetzung der Hochschulen und der Berufsfachschulen bei den B-Modellen sicherzustellen, wurden in unterschiedlicher Form und Ausmaß Arbeitsgruppen und Gremien auf der Mesoebene verankert, die insbesondere bei den Modellen B.1 und B.2 erhebliche Kapazitäten binden<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> Die aus den Evaluationsberichten bzw. in der Arbeit der Fokusgruppen ermittelten Informationen hierzu sind in der Darstellung der jeweiligen Studiengänge nachzulesen.

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

### **3.3.3 Zusammenarbeit mit Praxiseinrichtungen und strukturelle Einbindung praktischer/klinischer Studienanteile in die Kooperation**

Um die praktische Ausbildung bzw. die Einbindung praktischer Studienanteile sicherzustellen, geht die *hsg* unmittelbare Kooperationen mit Betrieben (Kliniken, Praxen, Gesundheitseinrichtungen) ein, organisiert und gestaltet diese und sichert sie vertraglich ab. Insgesamt wurden im Evaluationsbericht des Jahres 2013 Kooperationen mit 390 Betrieben angeführt, wobei die Zahl der Kooperationspartner unter den Studiengängen zwischen 39 (Physiotherapie) und ca. 100 Einrichtungen (Ergotherapie) variiert (zu Einzelheiten siehe die Darstellungen zur Hochschule und zu den Studiengängen). Der Aufbau dieser Kooperationsstrukturen wird als noch nicht abgeschlossen beschrieben. Er ist sowohl studiengangübergreifend als auch in den Fachbereichen mit der Etablierung von geeigneten Organisationsstrukturen verbunden, die sowohl den Verwaltungsbereich als auch die Strukturen der Fachbereiche, insbesondere im Mittelbau, betreffen. Vom Pflegestudiengang abgesehen werden die praktischen Studienphasen in den Studiengängen jeweils durch eigene Module abgebildet. Die Module der praktischen Studienphasen werden überwiegend in Blockform durchgeführt.

Im *Studiengang Ergotherapie* werden die konkreten Einsatzzeiten von der Hochschule in Absprache mit den jeweiligen Praxiseinrichtungen geplant und decken die in der ErgThAPrV (§1 Abs. 1) geforderten Einsatzbereiche und das Volumen von 1700 Stunden für die Praktische Ausbildung ab. In den verbindlichen Praxispflichtmodulen findet eine „enge Lernprozessbegleitung“ durch die Hochschule in der Form von mindestens zwei Besuchen in der Einrichtung statt, während die praktischen Studienphasen im Wahlpflichtbereich der Selbststeuerung durch die Studierenden unterliegen.

Auch im *Studiengang Physiotherapie* werden die praktischen Studienanteile in Kliniken und anderen Einrichtungen mit einem physiotherapeutischen Angebot absolviert und vor Ort durch ausgebildete Physiotherapeut\_innen, die über eine mindestens zweijährige Berufserfahrung verfügen, als Lernprozessanleiter\_innen angeleitet. Die inhaltliche Strukturierung der praktischen Studienphase wird von den Studierenden in einer umfangreichen, durch die Hochschule verpflichtend vorgegebenen Portfolio-Arbeit<sup>29</sup> selbst gesteuert. Seitens der Hochschule werden Begleitungen in der Form von „Clinical Performance Exercise“ angeboten<sup>30</sup>.

Im *Studiengang Logopädie* wird die Fachpraxis sowohl in praktischen Übungseinheiten an der Hochschule, zu einem großen Teil in einer hierfür etablierten Lehr- und Forschungs-

---

<sup>29</sup> Die didaktisch-methodischen Prinzipien, die hier jeweils zur Anwendung kommen, werden in einem folgenden Untersuchungsschritt im Rahmen der Untersuchung des implementierten Curricula ausführlicher dargestellt.

<sup>30</sup> dto.

ambulanz<sup>31</sup> (interne Praxis), als auch in fachspezifischen Einrichtungen (Klinik, Logopädiepraxis o.ä.) und in Bildungseinrichtungen im Elementar- und Primarbereich durchgeführt. In der internen Praxis erfahren die Studierenden Praxis-Supervision<sup>32</sup>.

Der *Studiengang Hebammenkunde* kooperiert für die fachpraktischen Studienphasen in erster Linie mit geburtshilflichen Kliniken und ergänzend mit Einrichtungen der außerklinischen Geburtshilfe. An den Kliniken werden die Studierenden von ausgebildeten oder in Ausbildung begriffenen Praxisanleiterinnen in der Hebammenkunde angeleitet. Die Ausbildung in der Praxis wird durch die Hochschule über Arbeitsaufträge und andere Instrumente gesteuert und durch begleitende Besuche von Mitarbeiterinnen der Hochschule unterstützt. Die Aufträge und die Anleitungen der Praxisphasen sind eng auf das hochschulische Curriculum abgestellt und werden in der Hochschule durch Übungen z.B. im Skills-Lab vorbereitet und in Reflexionsseminaren nachbereitet.

Auch im *Studiengang Pflege* sind die Studierenden in Blockpraktika in der Pflegeeinrichtung, mit der sie einen Ausbildungsvertrag abgeschlossen haben, und in weiteren Fremdeinsätzen eingeplant. Die Organisation der Praxiseinsätze wird hier von Seiten der Hochschule unter Berücksichtigung der berufsgesetzlichen Vorgaben vorstrukturiert. Auch die Verwaltung und Dokumentation der Einsatzzeiten erfolgt an der Hochschule, wobei sowohl die beruferechtlichen Auflagen als auch die Vorgaben, die sich aus der Tatsache des Ausbildungsverhältnisses ergeben, berücksichtigt werden müssen. In den Einrichtungen nehmen „Manager\_innen der praktischen Studienphase“ die Koordinationsaufgaben an der Schnittstelle zwischen betrieblicher Praxis und Hochschule wahr. In den einzelnen Einsatzbereichen werden die Studierenden von Praxisanleiter\_innen mit Pflegeausbildung angeleitet. Seitens der Hochschule werden Praxisbegleitungen angeboten. In der Pflege sind die Praxiszeiten in alle fachbezogenen Module und in ein IPE-Modul integriert, werden aber auch in Blockform strukturiert. Die praktischen Kompetenzen werden im Pflegestudiengang teilweise zunächst im Rahmen der Lehrveranstaltungen im Skills-Lab<sup>33</sup> aufgebaut.

Auch an der *Fliedner FH Düsseldorf* werden die strukturellen Aufgaben zur Planung/Organisation, Koordination, Durchführung und Begleitung der Praxiseinsätze inzwischen von einem an der Fachhochschule angestellten akademisch ausgebildeten Berufspädagogen übernommen, der von einer der beiden kooperierenden Berufsfachschulen unterstützt wird. Die inhaltliche Struktur der praktischen Ausbildung wird durch Lernaufgaben der Hochschule gesteuert. Die Praxisanleitung selbst wird von zentralen Praxisanleiter\_innen koordiniert und von diesen bzw. von Praxisanleiterinnen auf den Stationen, die hierfür partiell freigestellt werden, durchgeführt. Die Studierenden werden während jedes Einsatzes von der Hochschule bzw. bei einer der kooperierenden BFS von einer für die Betreuung der Studierenden zuständigen, akademisch ausgebildeten Verbindungslehrkraft begleitet.

Bei der *MHR und der FH Bielefeld* sind die kooperierenden Berufsfachschulen in die Organisation und unmittelbare Begleitung der praktischen Ausbildung eingebunden und koordinieren diese formal und inhaltlich in Abstimmung mit der jeweiligen Hochschule. Die Hochschulen bringen sich in die inhaltliche Gestaltung der akkreditierten Praxisphasen ein und sorgen über Lern-/Transferaufgaben<sup>34</sup>, Fallarbeiten und die Aufarbeitung von Erfah-

---

<sup>31</sup> dto.

<sup>32</sup> dto.

<sup>33</sup> dto.

<sup>34</sup> dto.

rungen in Reflexionsseminaren etc. dafür, dass die praktischen Studienphasen mit den an den anderen Lernorten vermittelten theoretischen und fachpraktischen Inhalten verknüpft werden. Einen nicht akkreditierten Anteil der praktischen Ausbildung begleiten die Schulen alleinverantwortlich.

An der *RWTH Aachen* und an der *Fachhochschule Münster* übernehmen die Berufsfachschulen die Organisation und Begleitung der praktischen Studienanteile während der drei Ausbildungsjahre. Die Hochschulen sind darin nicht oder nur in einem sehr geringen Umfang involviert. An der *RWTH Aachen* und im logopädischen Schwerpunkt des Studiengangs TGM in Münster bildet die durch Lehrlogopäd\_innen supervidierte Patient\_innenbehandlung in der internen Praxis zu allen wichtigen logopädischen Störungsgebieten die Basis der praktischen Ausbildung für jede\_n Studierende\_n. Daneben werden in beiden Studiengängen ab dem zweiten/dritten Semester externe Praktika durchgeführt, in denen die Studierenden durch erfahrene Logopäd\_innen angeleitet werden. Diese Praktika sind jeweils nicht in die Akkreditierung einbezogen. Lehrtherapien und supervidierte Patient\_innenbehandlungen im Kontext jeweils eines Universitätsklinikums bilden an beiden Studienstandorten einen Schwerpunkt. Im Schwerpunkt Physiotherapie werden die Studierenden in der Berufspraxis hauptsächlich am Universitätsklinikum Münster, dem die Berufsfachschule angegliedert ist, eingesetzt. Sie lernen dort die verschiedenen physiotherapeutischen Fachbereiche kennen und sind dabei in ein „Mentee-Mentoren-Lehrersystem“<sup>35</sup> eingebunden. Klinische Lehrer\_innen, die sowohl im Klinikum als auch in der Schule tätig sind, betreuen die Studierenden in den Klinikeinsätzen in ihren jeweiligen Fachbereichen („bed side teaching“<sup>36</sup>) und übernehmen in der Schule auch den zugehörigen theoretischen und fachpraktischen Unterricht. Daneben absolvieren die Studierenden in höheren Semestern externe Praktika.

Ähnlich wie an der *FH Münster* und der *RWTH Aachen* werden an der *KatHo NRW* im Pflegestudiengang die auf das Studium angerechneten Anteile der praktischen Ausbildung von den Berufsfachschulen organisiert, verwaltet, angeleitet bzw. begleitet, ohne dass die Hochschule darauf unmittelbar steuernd einwirkt.

Aufgrund der unterschiedlichen Erfordernisse in den Berufen, die schon in der Darstellung der einzelnen Studiengänge deutlich wird, erfolgt die vergleichende Darstellung der Studiengänge jeweils separat nach Berufsgruppen geordnet, für die therapeutischen Berufe (3.3.3.1), für die Hebammenkunde (3.3.3.2) und für die Pflegeberufe (3.3.3.3).

### 3.3.3.1 Therapeutische Berufe<sup>37</sup>

Hinsichtlich der praktischen Studienanteile lassen sich bei der Untersuchung der therapeutischen Studiengängen zwei Fragestellungen voneinander abheben:

- Welcher Lernort ist für die Organisation und Begleitung der praktischen Studienanteile zuständig?
- Wo werden die praktischen Studienanteile absolviert?

---

<sup>35</sup> dto.

<sup>36</sup> dto.

<sup>37</sup> Die folgenden Beobachtungen sind bezogen auf die Berufsgruppe der Ergotherapeuten noch sehr begrenzt, da die bislang erhobenen Daten zu den hier beleuchteten Aspekten in diesem Fachbereich noch nicht ausreichend ist, um sich ein Bild zu verschaffen. Hier ist eine ergänzende Expert\_innenbefragung sinnvoll

## **Zuständigkeit**

In den therapeutischen Berufen werden die praktischen Studien-/Ausbildungsanteile entweder von der Hochschule (therapeutische Studiengänge an der hsg) oder von den Berufsfachschulen (RWTH Aachen, FH Münster) organisiert und begleitet. Die Berufsfachschulen in Aachen und Münster sind nicht nur für die nicht-akkreditierten, sondern auch für die akkreditierten berufspraktischen Studienanteile alleinverantwortlich. Bei allen drei Schulen handelt es sich um Bildungseinrichtungen, die in der Vergangenheit bereits an der Entwicklung innovativer Lehrangeboten oder an Modellversuchen beteiligt waren und die daher vermutlich auch in der Lage sind, in der Begleitung und Reflexion der praktischen Studienanteile ein akademisches Niveau sicherzustellen. Sowohl an der hsg als auch an den Berufsfachschulen, die in Aachen und Münster beteiligt sind, werden durch die Begleitung der praktischen Studienanteile erhebliche Personalressourcen gebunden. Während die Organisation und Durchführung der praktischen Ausbildung in den Lehrambulanzen oder die Praxisbegleitungen/klinischen Unterrichte in Münster und Aachen über die Schulfinanzierung durch die Krankenhäuser abgedeckt sind, müssen die Ressourcen an der hsg über die Hochschulfinanzierung bereit gestellt werden. An der hsg wird hierzu seitens der Hochschullehrenden das Problem benannt, dass z.B. Praxisbegleitungen nur mit 1/3 der vor Ort realisierten Zeit auf das Lehrdeputat angerechnet werden können.

## **Lernorte der praktischen Ausbildung**

In den therapiebezogenen Studiengängen, insbesondere in der Logopädie und z.T. auch in der Physiotherapie betrifft Praxisorientierung zunächst das therapeutische Handeln mit den einzelnen Patient\_innen in ihrer jeweils individuellen Situation. Die Auseinandersetzung mit dem systemischen Kontext des Arbeitsprozesses tritt als Ziel für die Praxisausbildung gegenüber dem therapeutischen Handeln in der Interaktion mit dem/der Patient\_in eher in den Hintergrund. Um hierzu Lernprozesse zu initiieren können zwei systemisch verschiedene Lernorte für die praktische Ausbildung identifiziert werden: Einerseits erfolgt die praktische Ausbildung in hochschuleigenen Lernumgebungen für die Praxis, in Skills-Labs und, insbesondere in der Logopädie in Lehr- (und Forschungs-)Ambulanzen. Und andererseits werden durch die Hochschule begleitete und in der Praxis angeleitete Praktika durchgeführt. Schwerpunkte und Lernpotenziale werden von den Vertreter\_innen der drei Therapieberufe durchaus unterschiedlich gesehen.

Im *betrieblichen Kontext* steht die Patientin/der Patient im Mittelpunkt und die Ausbildungsintervention muss sich an ihre/seine Situation im Kontext der betrieblichen Situation anpassen. Hier sind die Prozesse der praktischen Ausbildung weniger an die (hoch)schulische Vermittlungspraxis als an die betrieblichen Abläufe gebunden. Andererseits bietet dieser Lernort die Möglichkeit, die Berufswirklichkeit in ihren widersprüchlichen Strukturen zu erfahren und zu reflektieren und in der Begegnung mit Patient\_innen Störungsbilder unterschiedlicher Schweregrade zu erfahren. Jedoch sind die Möglichkeiten, therapeutisches Handeln durch eigenständige Mitwirkung in betrieblichen Abläufen zu lernen vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Gesetzeslage in den Therapieberufen begrenzt, da Therapieleistungen, die durch nicht zugelassene Leistungserbringer, also auch durch Therapeut\_innen in Ausbildung, erbracht werden, nicht mit den Krankenkassen abgerechnet werden können. Das bedeutet für freie Praxen als Kooperationseinrichtungen unmittelbare finanzielle Einbußen, wenn eine verordnete Therapie von einem Studierenden selbständig durchgeführt wird, obwohl das aus didaktischer Sicht gerade bei Studierenden der höheren Semester sinnvoll sein kann, um die Eigenverantwortlichkeit der Lernenden zu befördern. In der Physiotherapie muss nach der gegenwärtigen Geset-

zeslage der weitaus größte Teil der klinischen Unterrichte an einer Klinik oder in einer physiotherapeutischen Einrichtung erfolgen, die von einem Arzt/einer Ärztin geleitet wird, auch wenn das nicht der späteren beruflichen Realität entspricht. Für Kliniken gilt in der Physiotherapie ein anderes Abrechnungssystem, so dass die Studierenden dort auch mitarbeiten können, obwohl auch hier die durch Auszubildenden erbrachten Leistungen formal aus den erbrachten Leistungen herausgerechnet werden müssen. In der Logopädie ist die berufsgesetzlich vorgegebene Zeit für die praktische Ausbildung nur in einem begrenzten Umfang im betrieblichen Lernen realisierbar. Für Ergotherapeuten sind im Unterschied zur Logopädie und zur Physiotherapie die praktischen Einsatzbereiche, die nicht an kassenärztliche Verordnungen gebunden sind, vielfältiger, und die Studierenden können in einigen Praxisbetrieben eher in die Arbeitsprozesse eingebunden werden.

Die Qualität von Anleitung variiert erheblich und ist auf der Strukturebene sowohl von der Ausbildung der Anleiter\_innen als auch von der Verankerung ihrer Tätigkeit im Betrieb abhängig. Eine Alternative zu ausschließlich an die Betriebe gebundenen Praxisanleitungen stellen, wie für den Schwerpunkt Physiotherapie an der FH Münster beschrieben, klinischen Unterrichte und Anleitungen dar, die von den Lehrkräften der ausbildenden Institutionen mit kleinen Lerngruppen „am Patientenbett“ durchgeführt und auf die im Studium erarbeiteten Inhalte bezogen werden.

Vor dem Hintergrund der dargestellten Gesetzeslage werden in den therapeutischen Studiengängen, insbesondere in der Logopädie, die *Lernumgebungen der Hochschule oder Berufsfachschule*<sup>38</sup> als bedeutungsvoll eingeschätzt. Sie fokussieren in besonderem Maße den Lernprozess und können curricular gezielt auf den jeweils intendierten Vermittlungsaspekt bezogen geplant und eingebunden werden. Zudem bieten sie gut zu strukturierende Reflexionsmöglichkeiten, z.B. durch Praxis-Supervision über Beobachtungen hinter der Spiegelwand, Videoaufzeichnungen oder im Falle von Simulationen durch multiperspektivische Rückmeldungen. Auch ist die Qualifikation der Anleitung (wissenschaftlich und/oder pädagogisch) durch die Hochschule gesichert. Ebenso besteht hier für die Studierenden die Möglichkeit, strukturierte Forschungserfahrungen unter Laborbedingungen zu machen bzw. ist die Einbindung in hochschulische Forschungsprojekte vergleichsweise einfach realisierbar. Dabei erfolgt die Anleitung jedoch wiederum unter „Laborbedingungen“, was das Risiko von Verzerrungen birgt. In diesen Lernumgebungen, insbesondere in den Ambulanzen kann zunächst eine möglichst regelgeleitete Umsetzung der im Studium erarbeiteten Standards unter optimierten Bedingungen erprobt und reflektiert werden, allerdings verbunden mit dem Dilemma, dass Wirksamkeitsstudien die Notwendigkeit enger Therapiekontakte belegen, die im Ausbildungskontext nur schwer oder gar nicht planbar sind. Hinzu kommt ein hoher Kostenfaktor für Konzeption, Einrichtung und Führung dieser Lernumgebungen. Dabei stellen insbesondere die Lehrambulanzen erhebliche organisatorische Anforderungen, die auch davon abhängig sind, ob sie, wie in den Studiengängen in Aachen und Münster, in einem klinischen Umfeld angesiedelt sind, oder wie an der hsg in Bochum unabhängig vom Klinikbetrieb aufgebaut sind. Die Kliniknähe bietet die Möglichkeit, Patient\_innen zu gewinnen oder mit behandelnden Ärzt\_innen zu kooperieren und einen vertieften Einblick in komplexere Krankheitsbilder zu gewinnen.

---

<sup>38</sup> Auch an den beiden Berufsfachschulen, die Universitätskliniken angegliedert sind, erfolgt die praktische Ausbildung in den Lehrambulanzen der Schule. Die hier durchgeführten Therapien werden nicht kassenärztlich abgerechnet.

Der Wert der angeführten hochschulischen Lernumgebungen wird in den Therapieberufen unterschiedlich eingeschätzt. Im Ergotherapiestudiengang an der hsg kommt die Erarbeitung und Überprüfung von Handlungskompetenzen durch Simulationen im Skillslab häufiger zur Anwendung. In der Logopädie werden die Möglichkeiten der Simulation demgegenüber als eher begrenzt beschrieben. Logopädische Störungsbilder können nur an realen Patientensituationen beobachtet werden und die Wirksamkeit oder Nichtwirksamkeit von Interventionen kann nur im Patient\_innenkontakt erfahren werden. Simulationen können allenfalls im Bereich der Gesprächsführung/Anamneseerhebung, aber nicht in der Befunderhebung erfolgen, weshalb im Ausbildungskontext die Lehr- (und Forschungs-) Ambulanzen eine zentrale Rolle einnehmen. In der Physiotherapie werden die Begrenzungen der Möglichkeiten von Simulationen ähnlich eingeschätzt wie in der Logopädie.

Die vorstehende Diskussion der beiden Lernorte verdeutlicht, dass es sich um ergänzende Alternativen handelt, die unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Potenziale und Grenzen kombiniert und im Rahmen hochschuldidaktischer Planung aufeinander abgestimmt werden können. So kann z.B. in Lehrambulanzen am Standort Hochschule zunächst eine möglichst regelgeleitete Umsetzung der im Studium erarbeiteten Standards unter optimierten Bedingungen erarbeitet werden. Die Begegnung mit der betrieblichen Praxis ermöglicht dann die Auseinandersetzung mit den Antinomien der Berufswirklichkeit, die wiederum im Kontext des Studiums in Präsenz- und Selbstlernsituationen reflektiert werden können.

### 3.3.3.2 Pflege

Hinsichtlich der praktischen Studienanteile finden sich in den o.g. Modellgruppen folgende **Kooperationen und Aufgabenteilungen**, die jeweils mit Chancen und Grenzen verbunden sind:

In der **Modellgruppe A** (hsg) arbeitet die Hochschule unmittelbar mit den Praxiseinrichtungen zusammen. Sie übernimmt sowohl die erforderlichen Organisations- und Verwaltungsaufgaben als auch die Praxisbegleitung und die Kooperation mit Praxisleiter\_innen. Indem in Modellgruppe A die Studiengänge unmittelbar mit den Praxispartnern kooperieren und selbst die Praxisbegleitung durchführen, besteht die Chance, auf die praktischen Studienphasen so Einfluss zu nehmen, dass eher ein akademisches Niveau erreicht wird. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit des Feldkontakts, auch für Forschung und Wissenschaftsentwicklung. In dieser Modellgruppe müssen die Studiengänge zunächst entsprechende Kooperationen mit Praxiseinrichtungen aufbauen, was selbstverständlich möglich ist, aber vor allem in der Anfangsphase erhebliche personelle Ressourcen bindet. Auch die Pflege der Kontakte ist ressourcenintensiv. Des Weiteren müssen die Studiengänge auch Personalressourcen für die Praxisbegleitung zur Verfügung stellen.

In der **Modellgruppe B** (MH Rheine, Fließner FH Düsseldorf, FH Bielefeld) werden die akademisch ausgerichteten Anteile der praktischen Ausbildung sowohl von der FH als auch von akademisch ausgebildeten Lehrer\_innen der BFS (FH Bielefeld, Fließner FH Düsseldorf) oder nur seitens der BFS durch Lehrkräfte mit akademischem Abschluss (MH Rheine) begleitet. Die Verwaltung und Organisation der Praxiseinsätze wird nur an der Fließner FH Düsseldorf z.T. von der Hochschule übernommen und erfolgt an den anderen Hochschulen durch die BFS. In dieser Modellgruppe können die Hochschulen auf die Erfahrungen zurückgreifen, die in den beruflichen Ausbildungen gewonnen wurden und die Kontakte der Berufsfachschulen zu Praxispartnern nutzen. Die Lehrer\_innen der Berufs-

fachschulen wirken als Bindeglied zur Praxis. Darüber hinaus kommen aber zum Teil auch die Hochschullehrenden über Lernbegleitungen in Kontakt und Austausch mit der Praxis, was allerdings entsprechende Kompetenzen (zur Lernbegleitung) und Ressourcen bei den Hochschullehrenden voraussetzt. Ein Risiko dieses Vorgehens besteht darin, dass die Hochschulen im Rahmen von Modell B in unterschiedlichem Ausmaß, aber tendenziell eher indirekt Einfluss auf die im Rahmen der praktischen Studienanteile angebotenen Lernprozesse haben und die Kolleg\_innen an den Berufsfachschulen möglicherweise ein Gefühl der ‚Degradierung‘ entwickeln („Praxislehrer\_in“).

Bei **Modellgruppe C** (KatHo NRW) sind die auf das Studium angerechneten Anteile der praktischen Studienphasen in die Ausbildung der Berufsfachschulen integriert und werden von dort organisiert, verwaltet und begleitet. In Modellgruppe C bestehen kaum direkte Kontakte des Studiengangs zu den Praxispartnern, vielmehr werden in erster Linie die Kontakte der kooperierenden Berufsfachschulen genutzt. Da die praktischen Studienanteile ausschließlich von den Berufsfachschulen organisiert und begleitet und von Seiten der Hochschule wenig beeinflusst werden, ist das Risiko gegeben, dass sich die Lernprozesse eher auf dem Niveau der beruflichen Ausbildung bewegen.

Hinsichtlich der **Einbindung praktischer Studienanteile** in das Studium ergeben die vergleichenden Analysen drei Fragen, mit denen sich die Studiengänge unterschiedlich intensiv auseinandersetzen:

- *An welchen Lernorten kann Pflegekompetenz am besten angeeignet werden?* In hochschulischen fachpraktisch orientierten Lernangeboten, etwa im Rahmen von Skills-Labs oder mittels Simulationspatient\_innen, können zwar Skills vermittelt werden, komplexe Pflegesituationen zumal mit ihren systemischen Bezügen lassen sich aber nur begrenzt simulieren. D. h. auf das Lernen im Kontext der realen pflegerischen Versorgung in den verschiedenen Settings kann nicht verzichtet werden. Damit in der betrieblichen Praxis Lernerfahrungen auf akademischem Niveau möglich sind, muss das Lernen entsprechend didaktisch strukturiert und begleitet/angeleitet werden (s. Arbeitspaket B. 4 im nächsten Bericht).
- *Ist ein Ausbildungsvertrag zielführend für den Kompetenzerwerb im Rahmen eines primärqualifizierenden Studiums?* Gegenwärtig ist in den Berufsgesetzen (z. B. KrPflG Abschnitt 3 §§ 9 ff) festgelegt, dass zwischen Trägern der Pflegeausbildung und Pflegegeschüler\_innen ein Ausbildungsvertrag abzuschließen ist. Damit wird auch in der Pflegeausbildung – ähnlich wie in den Ausbildungen im sog. Dualen System – eine Kombination aus praktischer Ausbildung im Betrieb und schulischer Bildung an einer (Berufs-)Schule realisiert. Durch den Ausbildungsvertrag übernehmen Ausbildungsgeber und Auszubildende jeweils Verpflichtungen, etwa verpflichten sich die Ausbildungsgeber, den Auszubildenden die Fertigkeiten und Kenntnisse zu vermitteln, die zum Erreichen des Ausbildungszieles erforderlich sind. Darüber hinaus besteht der Erfolg des dualen Systems auch darin, dass die Ausbildungsgeber die Chance und mit Blick auf ihren eigenen Fachkraftbedarf ein hohes Eigeninteresse daran haben, auf die Ausbildung der späteren Fachkräfte unmittelbar Einfluss zu nehmen und eine qualitativ hochwertige praktische Ausbildung anzubieten. Ob aber dieses Modell auch für die Pflegestudiengänge geeignet ist, wäre zukünftig noch zu prüfen, da andererseits die Auszubildenden in der Pflegeausbildung auch auf den Stellenschlüssel angerechnet und daher möglicherweise primär als „billige Arbeitskräfte“ (DBfK 2012, 7) und nicht als Lernende eingesetzt werden.

- *Welchen Stellenwert haben Handlings und Skills im Rahmen eines primärqualifizierenden Studiums?* Die Lernenden sind gegenwärtig während ihrer Ausbildung im Betrieb in einem nicht unerheblichen Umfang in betriebliche Arbeitsabläufe eingebunden und erbringen Leistungen, die zur Wirtschaftskraft der Betriebe beitragen, indem sie Tätigkeiten und Arbeitsabläufe erlernen, die sie im Verlauf des weiteren Praxiseinsatzes auch selbständig durchführen können. Für die dabei zu erlernenden Handlings und Skills ist nicht zwangsläufig eine akademische Qualifizierung erforderlich, sie werden z.B. im klinischen Alltag auch von geringer qualifizierten Pflegenden übernommen. Trotzdem müssen akademisch qualifizierte Pflegekräfte auch diese Handlings und Skills beherrschen, damit sie ihre zukünftige Aufgabe als reflektierende Praktiker\_innen in einem Pflgeteam und in der Versorgung der zu Pflegenden sowie der Anleitung von zu Pflegenden, von in die Pflege eingebundenen Laien und geringer qualifizierten Mitarbeiter\_innen wahrnehmen können.

### 3.3.3.3 Hebammenkunde

Die Kolleg\_innen des hebammenkundliche Studiengangs an der hsg arbeiten direkt mit den Praxispartnern zusammen. Organisations- und Verwaltungsaufgaben, Praxisbegleitung sowie die Kooperation mit den in der Praxis für die Betreuung der Studierenden zuständigen Kolleg\_innen werden von ihnen gleichermaßen übernommen.

Bei der zukünftigen Konzeption der praktischen Studienanteile sind vor dem Hintergrund der vergleichenden Analysen folgende Besonderheiten zu bedenken:

- Die Hebammenstudierenden an der hsg stehen im Unterschied zu den Hebammenauszubildenden nicht in einem Ausbildungsverhältnis, sondern leisten ihre Praxiseinsätze in Form von Praktika ab (§20a HebG). Insofern stellt sich auch in diesem Beruf die Frage, ob zukünftig bei einer gesetzlichen Neuregelung der akademischen Erstausbildung von Hebammen die Praxiszeiten weiterhin durch ein Ausbildungsverhältnis abgesichert werden sollten.
- Dabei ist in Rechnung zu stellen, dass es im Bereich der Hebammentätigkeit nur sehr wenige Aufgaben gibt, die von geringer qualifizierten Mitarbeiter\_innen übernommen werden und damit als Anlerntätigkeit von zukünftigen Hebammen bereits in der Ausbildung selbständig durchgeführt werden können. Mögliche Argumente, die für oder gegen eine Ausbildung sprechen, sind der **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** zu entnehmen.
- Auch in der Hebammenkunde übersteigt das vorgeschriebene Volumen für die praktische Ausbildung mit 3000 Stunden die Grenze von 12 Monaten weit.
- Simulationen sind möglich, wie in der Pflege stellt sich aber die Frage, in wie weit komplexe Situationen der Hebammentätigkeit einschließlich ihres systemischen Kontextes simuliert werden können und wo das Konzept an Grenzen stößt.
- Die Akademisierung der Hebammenkunde steht in Deutschland noch an ihrem Anfang. Bei der Zielsetzung künftiger Vollakademisierung, wie sie seitens des Berufsverbandes gefordert wird, stehen die Studiengänge damit auch vor der Aufgabe, den Wissens- und Forschungsstand zu systematisieren und parallel das theoretische aber insbesondere auch das fachpraktische Niveau der Ausbildung anzugleichen und zu klären, wie in den Praxiseinsätzen auf einem hohen Niveau praktische Lernerfahrungen ermöglicht werden können.

### 3.4 Abbildung studentischen Workloads in den Studienprogrammen vs. Erfüllung berufsgesetzlicher Vorgaben

Wie oben (Kapitel 1.2.1/2 u. 3.1) dargestellt, wurden alle hier untersuchten Studiengänge konstruiert im Spannungsfeld zwischen der inputorientierten Ausrichtung der Berufsgesetze und der durch den Bologna-Prozess geforderten Darstellung des Workloads der Studierenden, differenziert in Präsenz- und Selbstlernzeiten. Vor dem Paradigmenwechsel des Bologna-Prozesses wurde die Zeitstruktur von Studiengängen inputorientiert anhand von Semesterwochenstunden (SWS) angegeben. Diese Maßeinheit wird teilweise als sichere Tradition von den Planungsverantwortlichen der Hochschulen mehr oder weniger offen angewendet. Im Hintergrund ist als bildungsökonomisch ausgerichtete Planungsvorgabe die Kapazitätsverordnung (KapVO) – „die fiese Formel“ (Wiarda 2007, Stich 2010) – wirksam (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 57).

Die in diesem Spannungsfeld gefundenen Lösungen der Modellstudiengänge sollen im Folgenden vergleichend mit Blick auf den bezifferten Studien- und Gesamtworkload (3.4.1), die Einbindung von Praxiszeiten (3.4.2) und die Relation von Präsenz- und Selbstlernzeiten (3.4.3) analysiert werden.

#### 3.4.1 Workload

Für 5 der Modellstudiengänge wird ein Workload von 180 CP und damit ein Stundenvolumen von 5400 Stunden für das Studium angegeben (RWTH Aachen, FH Münster, FH Bielefeld, MHR und KathHO NRW Pflege). Das gilt auch für den ergänzend untersuchten additiven Studiengang Hebammenkunde an der KathHO NRW. Demgegenüber setzen alle Studiengänge der hsg und die Fliedner Fachhochschule ein Volumen von 210 CP, also 6300 Stunden, für das Studium an.

In den drei therapeutischen Studiengängen der hsg und dem Pflegestudiengang der Fliedner Fachhochschule wird mit diesem akkreditierten Stundenvolumen sowohl der Bachelor-Abschluss als auch der Berufsabschluss erreicht. Für alle anderen Studiengänge ist die gesamte Lern-/Arbeitslast höher als die akkreditierte Stundenzahl und variiert zwischen 6120 Stunden (Logopädiestudiengang der RWTH Aachen) und 7600 Stunden für den Pflegestudiengang an der hsg. Solche „Überhänge“ im Volumen der Arbeitslast werden in mehreren Studiengängen explizit im Bereich der praktischen Ausbildung ausgewiesen (Logopädie an der RWTH Aachen: 890 h, hsg Hebammenkunde: 1120 Stunden, hsg Pflege 1300 Stunden, FH Bielefeld und MHR 1800 Stunden). An der FH Münster sind sowohl Anteile aus dem berufsfachschulischen Unterricht und aus der praktischen Ausbildung nicht für den Studiengang akkreditiert (für die beiden Berufe in unterschiedlichen Relationen, s.o. in der Darstellung des Studiengangs, Kapitel 2.6), werden aber als akademisch qualifizierend angesehen und im Diploma Supplement aufgeführt. Auch an der KathHO NRW, sowohl im Modellstudiengang Pflege als auch im vergleichend betrachteten Studiengang Hebammenkunde - ergibt sich ein „Überhang“ aus der Differenz zwischen dem akkreditierten Anteil der berufsfachschulischen Ausbildung (83 CP = 2490 Stunden) und dem Gesamtvolumen der Ausbildung und bezieht sich im Pflegestudiengang sowohl auf theoretischen/fachpraktischen Unterricht (600 Stunden) als auch auf praktische Ausbildungszeit (1510 Stunden)<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> Diese Zahlenwerte ergeben sich aus der Subtraktion von den in das Studium eingerechneten Ausbildungsanteilen, die über die mündliche, die schriftliche (beide als theoretischer/fachpraktischer Unterricht) und die praktische Prüfung (als praktische Ausbildungszeit gewertet) ermittelt werden.

**Tabelle 2: Übersicht über die Lern-/Arbeitslast in den untersuchten Studiengängen**

		Lern-/Arbeitslast (Studium + Ausbildung)			
		Studienvolumen		zusätzliches Volumen (nicht akkreditiert)	gesam- te Ar- beitslast
		180 CP 5400 h	210 CP 6300 h		
Therapiestudiengänge	<b>FH Münster – TGM - Fachrichtung Physiotherapie</b>	X		48 CP / 1440 h im DS ausgew.	6840 h
	<b>FH Münster – TGM - Fachrichtung Logopädie</b>	X		29 CP / 890 h im DS ausgew.	6270 h
	<b>RWTH Aachen - Logopädie</b>	X		720 h	6120 h
	<b>hsg Bochum Ergotherapie</b>		X	-	6300 h
	<b>hsg Bochum Logopädie</b>		X	-	6300 h
	<b>hsg Bochum Physiotherapie</b>		X	-	6300 h
Pfleigestudien- gänge	<b>KatHO NRW</b>	X		2110 h	7510 h
	<b>FH Bielefeld</b>	X		1800 h	7200 h
	<b>Mathias Hochschule Rheine</b>	X		1800 h	7200 h
	<b>Fliedner FH Düsseldorf</b>		X	-	6300 h
	<b>hsg Bochum</b>		X	1300 h	7600 h
	<b>hsg Bochum Hebammenkunde</b>		X	1120 h	7420 h
	<b>KatHO NRW Hebammenkunde</b>	X		2110 h	7510 h

In den *therapeutischen Studiengängen* liegt der Gesamtworkload mit 6120 bis 6300 Stunden relativ dicht beieinander. Er wird in 6 bzw. 7-semstrigen Studiengängen umgesetzt, womit der unterschiedliche nicht akkreditierte „Überhang“ begründet ist.

In der *Hebammenkunde* ist der Gesamtworkload mit 7420 Stunden an der hsg bzw. 7510 Stunden im vergleichend untersuchten Studiengang der KatHO NRW trotz der beiden sehr unterschiedlichen Studienmodelle recht ähnlich.

In den *Pfleigestudiengängen* differiert der Gesamtworkload mit 1300 Stunden erheblich. Während er an der Fliedner FH Düsseldorf dem Studienworkload entsprechend bei 6300 Stunden liegt, bewegen sich alle anderen Hochschulen in einem Gesamtvolumen zwischen 7200 und 7600 Stunden. Damit ergeben sich, abhängig vom akkreditierten Studienvolumen Überhänge von 1300 Stunden für den mit 210 CP konzipierten Studiengang an der hsg und 1800 (FH Bielefeld, MHR) bzw. 2110 Stunden (KatHO NRW) für die Studiengänge, die mit 180 CP konzipiert sind.

### 3.4.2 Einbindung von Praxiszeiten in den Studienworkload

Die Stundenvolumina für die praktische Ausbildung und für die im Rahmen von Lehr-/Lernprozessen zu vermittelnden theoretischen und praktischen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten sind für alle Berufe im Verlauf der Entwicklung der Berufsgesetze historisch gewachsen (vgl. Tab. 3). Die dort angegebenen Werte basieren nicht auf einer empirisch und berufswissenschaftlich fundierten Ermittlung der tatsächlichen Bedarfe an praktischer Ausbildungszeit. In den Pflegeberufen sind die Vorgaben durch die (Anerkennungs-) Richtlinien auf europäischer Ebene vorgegeben (vgl. oben, Kapitel 1.2.2)

**Tabelle 3: Stundenvolumina in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen**

	<b>Ergotherapie</b>	<b>Physio- therapie</b>	<b>Logopädie</b>	<b>Pflege</b>	<b>Hebammen- kunde</b>
<b>Gesamtvolumen d. Ausbildung</b>	4.400 h	4.500 h	3.840 h	4.600 h	4.600 h
<b>„theoretischer / praktischer Unterricht“</b>	2.700 h	2.900 h	1.740 h	2.100 h	1.600 h
<b>„praktische Ausbildung“</b>	1.700 h	1.600 h	2.100 h	2.500 h	3.000 h

Wie sich im vorhergehenden Abschnitt schon andeutet, sind Studienanteile der Praxis in einem sehr unterschiedlichen Umfang und in einem formal abweichenden Verständnis vom Charakter der Lernzeiten in den akkreditierten Workload der Studiengänge eingebunden (vgl. hierzu auch Tabelle 4).

***Volumina der akkreditierten Studienanteile der Praxis (vgl. Spalte 3 in Tabelle 4)***

In den mit 210 CP akkreditierten *therapiewissenschaftlichen Studiengängen* der hsg Bochum bilden die Module der fachpraktischen Studienphasen das gesamte Volumen der in den jeweiligen Berufsgesetzen vorgegebenen Praxiszeiten (vgl. Tabelle 3) ab (54 CP/1620 h in der Physiotherapie, 62 CP/1860 h in der Ergotherapie und 72 CP/2160 h in der Logopädie). Demgegenüber integrieren die mit 180 CP akkreditierten Studiengänge der FH Münster und der RWTH Aachen jeweils nur einen Teil der Praxisausbildung in das Studium (43 CP/1290 h in der Fachrichtung Logopädie bzw. 10 CP/300 h in der Fachrichtung Physiotherapie). Die verbleibenden Stunden werden in den nicht akkreditierten ‚Überhang‘ ausgelagert.

In den *Pflegestudiengängen* differiert das Volumen der akkreditierten fachpraktischen Studienanteile wiederum erheblich. In den mit 210 CP akkreditierten Studiengang der Fliedner FH Düsseldorf wird die gesamte praktische Ausbildungszeit mit 89 CP (2734 h<sup>40</sup>) in das Studium eingerechnet. Demgegenüber werden für den ebenfalls mit 210 CP akkreditieren Studiengang an der hsg Bochum lediglich 1193 der berufsgesetzlich vorgeschriebenen Stunden in die fachbezogenen Module des Studiengangs integriert. In dem mit 180 CP akkreditierten Studiengängen der FH Bielefeld und der Mathias Hochschule Rheine werden 960 bzw. 1138 Stunden in das Studium einbezogen. Im Modellstudiengang der KatHO NRW wird das Ergebnis des praktischen Teils der staatlichen Prüfung (im Prinzip das Learning-Outcome der praktischen Ausbildung) als ein Modul mit 33 CP in das Studium eingerechnet.

In der *Hebammenkunde* sind im mit 210 CP akkreditierten Modellstudiengang an der hsg die Module der fachpraktischen Studienphasen mit 64 CP/1620 h für das Studium akkreditiert. Im vergleichend untersuchten additiven Studiengang an der KatHO NRW wird die zuvor absolvierte Ausbildung mit 89 CP auf das Studium angerechnet, die Relation der

<sup>40</sup> Dieser Wert wurde aus der Summe der im Modulhandbuch angegebenen Stunden ermittelt, das Stundenvolumen eines CP übersteigt die gängige Zuordnungspraxis von 30 h leicht und liegt bei 30,7 h

anerkannten Anteile der praktischen Ausbildung zu denen des theoretischen/fachpraktischen Unterrichts ist auf der Basis der vorliegenden Unterlagen nicht ermittelbar.

Aus diesen Beobachtungen lassen sich die folgenden *Schlussfolgerungen* ziehen: Für die *therapiewissenschaftlichen Studiengänge* erscheint die Integration des Volumens der gegenwärtig in den Berufsgesetzen vorgeschriebenen Zeiten für die Fachpraxis in einem Studiengang mit 210 CP möglich.

Für die *Pflegestudiengänge* ist das Bild demgegenüber uneinheitlich – hier ist im weiteren Verlauf der Untersuchung zu prüfen, ob das Modell der Fliegener FH Düsseldorf, das die gesamte Ausbildung in einem 210 CP umfassenden Studiengang mit abbildet, tragfähig ist, oder ob eine Lösung gesucht werden muss, die einen ‚Überhang‘ für ‚fachpraktische Studienanteile‘ vorsieht.

In der *Hebammenkunde* weisen die Beobachtungen darauf hin, dass ein primärqualifizierender Bachelorstudiengang unter den gegenwärtigen Vorgaben der HebAPrV auch mit 210 CP nicht ohne einen ‚Überhang‘ für fachpraktische Studienanteile zu konzipieren ist.

**Tabelle 4: Übersicht über die Volumina der akkreditierten praktischen Ausbildung**

		Volumen	Präsenzzeit	Kontaktlernzeit	Selbstlernzeit	Begl. d. FH/BFS
Therapiestudiengänge	<b>FH Münster – TGM Logopädie</b>	43 CP (1290 h)	<i>nicht ausgewiesen</i>			BFS
	<b>FH Münster – TGM Physiother.</b>	10 CP (300 h)	<i>nicht ausgewiesen</i>			BFS
	<b>RWTH Aachen – Logopädie</b>	(1420 h)	<i>in Module der Ausbildung integriert – 50% Präsenz-/Kontakt u. 50% Selbstlernzeit</i>			BFS
	<b>hsg Bochum Ergotherapie</b>	62 CP (1860 h)	65%	0%	37%	FH
	<b>hsg Bochum Logopädie</b>	72 CP (2160 h)	29%	38%	33%	FH
	<b>hsg Bochum Physiotherapie</b>	54 CP (1620 h)	69%	6%	25%	FH
Pflegestudiengänge	<b>KatHO NRW</b>	33 CP (990 h)	<i>in BFS-Ausbildung integriert, als Modul für die prakt. Prüf. akkred.</i>			BFS
	<b>FH Bielefeld</b>	32 CP (960 h)	21%		79%	FH/BFS
	<b>Mathias Hochschule Rheine</b>	1138 h	<i>in alle Module integriert, als sog „Transferzeit“ gesondert ausgew.</i>			BFS (FH)
	<b>Fliegener FH Düsseldorf</b>	89 CP (2734 h)	0%		100%	FH/BFS
	<b>hsg Bochum</b>	(1193 h)	<i>in alle Module integriert - durchschnittlich 51% Präsenzzeiten</i>			FH
	<b>hsg Bochum Hebammenkunde</b>	64 CP (1620 h)	75%	0%	25%	FH
	<b>KatHO NRW Hebammenkunde</b>		<i>in Ausbildung integriert</i>			BFS

### **Formales Verständnis vom Charakter der Lernzeiten in der Praxis (vgl. Spalte 4-7 in Tabelle 4)**

Um die akkreditierten Studienanteile der Praxis, die die Studierenden z.B. im Rahmen von Blockpraktika bei den betrieblichen Ausbildungspartnern absolvieren, am Verständnis des Bologna-Prozesses orientiert darzustellen, und gleichzeitig den Vorgaben der Berufsgesetze zu entsprechen, werden an den Hochschulen höchst unterschiedliche Lösungen gefunden.

In den Studiengängen der *hsg Bochum* werden die Anwesenheitszeiten der Studierenden in der betrieblichen Praxis als Präsenzlernzeiten und die Zeiten, die sie für die Vorbereitung bzw. Aufarbeitung der dort gewonnenen Praxiserfahrungen benötigen, als Selbstlernzeit gewertet. Diese Praxis- und Selbstlernzeiten bilden zusammen den Workload der fachpraktischen Studienmodule. Sie korrespondieren, wie dargestellt, mit den jeweils akkreditierten Anteilen der praktischen Ausbildung nach den APrV'n. Geplante Kontakte mit den Lehrenden im Rahmen dieser Module (z.B. in der Form von Begleitseminaren und praktischen Übungen) wurden in diesen Studiengängen von den Untersucherinnen zunächst über die jeweils angegebenen Semesterwochenstunden ermittelt, da in den Modulhandbüchern für die praktischen Studienphasen Differenzen zwischen den angegebenen „Präsenzzeiten“ und den über die SWS errechenbaren „Kontaktlernzeiten“ sichtbar werden. Das Volumen, das auf dieser Grundlage für die Lehre in den fachpraktischen Studienphasen angegeben wird, ist in den Studiengängen recht unterschiedlich. In den *Therapiestudiengängen* werden in der Ergotherapie keine Semesterwochenstunden und damit keine Kontaktlernzeiten aufgeführt, für die Physiotherapie lassen sich 6% des Gesamtvolumens als Kontaktlernzeiten ermitteln und im Studiengang Logopädie werden 33% der Gesamtlernzeit in der Fachpraxis als Kontaktlernzeiten ausgewiesen. Für den *Pflegestudiengang* der hsg sind aus dem Modulhandbuch die Werte nicht in vergleichbarer Form abzulesen, da die Praxisausbildung in die fachpraktischen Module der ersten 7 Semester integriert ist. Laut Evaluationsbericht fallen in den Modulen des Pflegestudiengangs zwischen 22 und 89% der Präsenzzeiten als praktische Ausbildungszeiten an – als Mittelwert für alle Module werden 51% angegeben, für diese Module konnte über die SWS auf der Grundlage des Modulhandbuchs eine Kontaktlernzeit von 38% errechnet werden (vgl. Walkenhorst/Kopczynski 2013, 70 bzw. oben, Kapitel 2.1.5). In der *Hebammenkunde* werden, wie in der Ergotherapie, keine SWS für die praktischen Studienphasen angegeben und damit formal keine Kontaktlernzeiten ausgewiesen, obwohl regelmäßige Praxisbegleitungen auch in diesem Studiengang (wie auch im Studiengang Ergotherapie) durchgeführt werden (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 76).

Demgegenüber wird an der *Fliedner Fachhochschule Düsseldorf* die gesamte Praxislernzeit mit 89 CP als Selbstlernzeit gewertet. Unabhängig von einer tatsächlich erfolgenden Begleitung durch die Hochschule und/oder eine kooperierende BFS (s.o. Kapitel 3.3.3) werden formal für die Praxislernphasen im Modulhandbuch auch keine SWS ausgewiesen.

Auch an der *FH Bielefeld* wird die formale Zuordnungen der Praxislernzeiten genau umgekehrt zur hsg vorgenommen: die Lernkontaktzeiten in den Praxismodulen werden als Präsenzzeiten gewertet (und sind dann äquivalent zu den angegebenen Semesterwochenstunden), während die Lernzeiten in der Praxis im Rahmen dieser Module als Selbstlernzeiten eingeordnet werden. Die für das Studium akkreditierten Praxislernzeiten werden sowohl durch die FH als auch die BFS betreut (vgl. o. Kapitel 3.3.3).

An der *Mathias Hochschule in Rheine* ist die akkreditierte Lernzeit in der Praxis ähnlich wie im Pflegestudiengang an der hsg in Bochum in die Module integriert, wird aber als sogenannte „Transferzeit“ jeweils nachvollziehbar gesondert ausgewiesen. „Transferzeiten“ werden als solche auch gegenüber den kooperierenden Praxisbetrieben gesondert ausgewiesen und in ihrer Zeitstruktur (Blockphasen, Dienstzeiten) gegenüber den nicht akkreditierten Praxiseinsatzzeiten im Rahmen des Ausbildungsverhältnisses abgesetzt. Diese Transferzeiten werden inhaltlich über die curriculare Arbeit der FH mit den BFS'n gesteuert und im Praxisfeld durch die jeweils kooperierende BFS begleitet (vgl. o. Kapitel 3.3.3.).

An der *RWTH Aachen* wird für alle berufsfachschulischen Module eine einheitliche Relation von 50% Präsenz-/Kontaktlernzeit und 50% Selbstlernzeit ausgewiesen – eine Differenzierung für die in die Ausbildung integrierten Praxislernzeiten erfolgt nicht.

An der *FH Münster* folgt die Praxisausbildung als Teil der berufsfachschulischen Ausbildung nicht der hochschulischen Strukturlogik, eine Ausweisung erfolgt damit nicht. Das gilt vergleichbar für die *KatHO NRW*, auch hier werden die Praxislernzeiten über die Volumenangabe hinaus nicht weiter charakterisiert.

Dieses uneinheitliche Bild verdeutlicht eine Problematik die nicht nur im differenten Verständnis von hochschulischen Bildungsprozesse und berufsgesetzlichen Vorgaben begründet ist sondern auch eine Lücke in der Bologna-Reform für die Konzeption von praxisintegrierenden Studiengängen verdeutlicht. Die Intention, Studiengangstrukturen durch die Ausweisung des Workloads für die Nutzer\_innen, insbesondere die Studierenden, transparent zu gestalten, verkehrt sich hier ins Gegenteil.

#### **3.4.3 Relation von Präsenz- und Selbstlernzeiten im gesamten Studium**

Wie einleitend aufgeführt (Kapitel 1.2.1), soll im Verständnis des Bologna-Systems mit dem selbständig und eigenverantwortlich zu bewältigenden Arbeitspensum, dokumentiert durch ausgewiesene Selbstlernzeiten, auch der Grad der Eigenständigkeit der Studierenden als Teil des Akademisierungsprozesses verdeutlicht werden. Demzufolge wäre ein hoher Anteil an Selbstlernzeit im Sinne der akademischen Kompetenzentwicklung eher erstrebenswert. Dem stehen die Anforderungen der Berufsgesetze gegenüber, in denen Unterrichts-/Lehrzeiten bzw. Zeiten für die praktische Ausbildung als Mindestvorgaben definiert werden. Diese Zeiten werden üblicherweise, d.h. auch von Seiten der Aufsichtsbehörden, als Präsenzzeiten verstanden, deren Einhaltung im Sinne der Berufsgesetze anzustreben ist.

Vor diesem Hintergrund und in Anbetracht des vorstehend beschriebenen uneinheitlichen formalen Verständnisses der Praxislernzeiten kann eine Gegenüberstellung der in den Studiengängen ausgewiesenen Präsenz-/Kontakt- und Selbstlernzeiten nur mit Vorbehalten betrachtet werden, eine vergleichende Darstellung ist deshalb nicht sinnvoll und auch nicht zielführend<sup>41</sup>.

Wenn, wie das im Studiengang der *Fliedner FH Düsseldorf* angestrebt wird, in einem Studiengang, der 210 CP umfasst, die gesamte Praxiszeit in das Studium integriert wird, verbleibt, wenn die berufsgesetzlich vorgegebenen Stunden der theoretischen/fachpraktischen Vermittlung als Präsenzzeiten realisiert werden sollen, eine Selbst-

---

<sup>41</sup> Eine tabellarische Zusammenstellung der Daten, die auf der Grundlage der Modulhandbücher für die einzelnen Studiengänge erhoben wurden (vgl. Kapitel 2), findet sich in den Tabellen V.1.2 und V.1.3 im Anhang.

lernzeit von maximal 25%, ein relativer Wert, der deutlich von den gängigen Konzeptionen anderer Hochschulstudiengänge abweicht und für einen Akademisierungsprozess nicht zielführend ist.

## 4 Empfehlungen

### ***Zur Inkompatibilität hochschulischer und beruflicher Ausbildung***

Vor dem Hintergrund der festgestellten Inkompatibilitäten zwischen dem Beruferecht der nicht-medizinischen Heilberufe und den hochschulrechtlichen Vorgaben lässt sich die Notwendigkeit einer Neugestaltung des Gesundheitsberuferechts ableiten (Igl 2013). Die neue Rechtsgrundlage sollte sowohl den Anforderungen an die Qualitätssicherung der hochschulischen Ausbildungen in den nicht-medizinischen Heilberufen als auch den u.a. aus dem Bologna-Prozess erwachsenen hochschulischen Standards Rechnung tragen. Aus den Ergebnissen der Analyse lassen sich einige Schlussfolgerungen für die Neugestaltung ableiten:

- Die hochschulischen Abschlüsse sollten wie die beruflichen Ausbildungen zur Berufsausübung berechtigen und im Unterschied zu diesen erweiterte Aufgabenzuschreibungen vorsehen. Beide Abschlüsse sollten unabhängig, wenn auch aufeinander bezogen sein. Eine Integration der beruflichen in die akademische Ausbildung – wie im Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe (2012) vorgesehen – ist nicht zielführend für die Etablierung primärqualifizierender Studiengänge. Durchlässigkeit wird durch spezielle Angebote der Hochschulstandorte ermöglicht.
- Auch wenn im Sinne der Qualitätssicherung Gegenstände der hochschulischen Ausbildung und Prüfung sowie die staatliche Verantwortung der Prüfung bundesgesetzlich geregelt werden sollten, wie von Igl (2013, 254) empfohlen, so sollten diese Regelungen aber so offen gestaltet sein, dass die Hochschulen Spielräume haben, um etwa eigene thematische Schwerpunkte und die konkreten Modalitäten selbst definieren zu können.

### ***Zur uneinheitlichen Verwendung von Begriffen bei der Selbstbezeichnung***

Bei der Begriffsverwendung sollte im Sinne der Transparenz deutlich zwischen dualen und additiven Studienprogrammen unterschieden werden. Als additiv sind Studiengänge dann zu bezeichnen, wenn Studium und Berufsausbildung weitgehend unabhängig nebeneinander herlaufen und lediglich über formale Vereinbarungen (z. B. Anerkennungsregelungen) miteinander verknüpft sind (WR 2013, 22). Dies gilt für einen Großteil der in der Bundesrepublik angebotenen mit einer Erstausbildung verbundenen Studiengänge in den Pflege- und Gesundheitsfachberufen. Gegenwärtig vorgenommene Differenzierungen der dualen Studienprogramme erübrigen sich zukünftig mit der zu erwartenden veränderten berufsgesetzlichen Regelung der hochschulischen Primärqualifikation in den genannten Berufen.

### ***Zur Zusammenarbeit mit Berufsfachschulen in Bezug auf theoretische und fachpraktische Inhalte***

Studiengänge der *Modellgruppen A und B* können als ausbildungsintegrierende Studiengänge mit unterschiedlichen Akzentsetzungen Professionsentwicklung für die Berufsgruppen weiterbringen (in einigen Berufsgruppen als praxisintegrierende Studiengänge mit Blick auf eine Vollakademisierung). Die Herausforderung für die *A-Modelle* besteht in erster Linie in der Kooperation mit einer hohen Anzahl von Praxiseinrichtungen bei fehlender eigener Tradition in dieser Form der intersystemischen Zusammenarbeit. Um diese Kooperationen sowie auch den fachpraktischen Unterricht an der Hochschule sicherstellen

zu können, sind an den Hochschulen, die solche Modelle einrichten wollen, Ressourcen für ausreichend entsprechend qualifiziertes Personal zur Verfügung zu stellen, um die strukturelle Organisation der Zusammenarbeit zu sichern und die anleitenden Praktiker\_innen inhaltlich und didaktisch-methodisch zu unterstützen und so den Praxis-Theorie-Praxis-Transfer zu optimieren.

In *Modellgruppe B* steht die curriculare Integration von Systemen mit unterschiedlichen Kulturen in ihren Vermittlungsprozessen, die über formale Abstimmungsprozesse hinausgehen sollte, im Vordergrund. Die Hochschulen übernehmen bei diesen Modellen die Gesamtverantwortung für die Ausbildung und das Studium, sie strukturieren die Kooperation und sichern Akzeptanz und Wertschätzung. Die Berufsfachschulen bringen ihre Erfahrung in der Organisation der Kooperationen mit den Trägern der praktischen Ausbildung ein. Transparenz und wechselseitige Anerkennung der vermittelten Kompetenzen und Inhalte bilden die Voraussetzungen für eine inhaltliche Kooperation. Ein entscheidendes Prinzip besteht darin, dass die Vermittlung von Kompetenzen und Inhalten auf EQR 6 Niveau in allen Phasen des theoretischen und fachpraktischen Studiums gewährleistet ist. Hierfür sind folgende Voraussetzungen unabdingbar:

- Bei der Auswahl der Schulen sollten primär solche Schulen berücksichtigt werden, die für eine qualitativ hochwertige Ausbildung bekannt sind.
- Die von den Schulen verantwortete Lehre muss von akademisch qualifizierten Lehrkräften durchgeführt werden, ggf. sind Möglichkeiten für Nachqualifizierung oder Übergangslösungen zu konzipieren.
- Die Zahl der kooperierenden Einrichtungen sollte, um tatsächlich intensive Abstimmungsprozesse auf der Mikroebene realistisch zu ermöglichen und weil gute Kooperation sehr aufwändig ist, fünf nicht übersteigen. Für die Pflege der Kooperationen sind entsprechende Ressourcen z. B. in Form einer wissenschaftlichen Mitarbeiter\_innenstelle erforderlich.
- Die Studierenden sollten auch in den Schulen geschlossene Lerngruppen bilden.

Aufgrund des hohen Aufwands für die Sicherstellung der Kooperation mit den Berufsfachschulen wie auch der Bedeutung der Modellgruppe B im Rahmen des Wandels des Bildungssystems durch Einführung einer neuen Qualifikationsebene sind die B-Modelle perspektivisch vermutlich als „Übergangslösung“ mit hohem Innovationspotenzial zu betrachten.

Bei Studiengängen der *Modellgruppe C* handelt es sich eher um ein additives Studienkonzept und nicht um ein primärqualifizierendes Studium, da Kompetenzvermittlung im berufsfachschulischen Teil auf akademischem Niveau (EQR6) aufgrund der gemischten Lerngruppen nicht sicher möglich ist. Die Evaluator\_innen sind der Auffassung, dass additiven Studiengängen eine wichtige Funktion in der Studienlandschaft der Gesundheitsfachberufe zukommt, z. B. tragen sie die Akademisierung in die Breite, ermöglichen Durchlässigkeit und erlauben unterschiedliche inhaltliche Schwerpunktsetzungen mit Blick auf anschließende Masterstudiengänge. Im Sinne der Transparenz sollten sie aber nicht als primärqualifizierend eingeordnet und bezeichnet werden.

#### ***Zur Zusammenarbeit mit Praxiseinrichtungen und zur strukturellen Einbindung praktischer/klinischer Studienanteile***

- In primärqualifizierenden Studiengängen sind eine unmittelbare Zusammenarbeit der Studiengänge mit den Praxispartnern und von den Hochschulen durchgeführte Pra-

xisbegleitungen, ggf. unter Mitwirkung von Kolleg\_innen aus kooperierenden Berufsfachschulen, unabdingbar, um das akademische Niveau der praktischen Studienanteile sicherstellen zu können. Damit die Hochschulen in die Lage versetzt werden, die Zusammenarbeit auf qualitativ hohem Niveau durchzuführen, müssen entsprechende strukturelle Voraussetzungen geschaffen werden.

- Zukünftig ist zu prüfen, ob eine strukturelle und räumliche Anbindung primärqualifizierender Studiengänge an ausgewählten Kliniken (z. B. Unikliniken oder akademische Lehrkrankenhäuser) für eine engere Kooperation mit den Praxiseinrichtungen zielführend sein könnte. Alternativ schlägt die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2012) die Etablierung von Praxisnetzwerken vor.
- An den Hochschulen müssen für die Pflege der Kooperationen und die Begleitung der Studierenden entsprechende Personalkapazitäten zur Verfügung stehen. So sollten die damit in Verbindung stehenden Tätigkeiten auf das Lehrdeputat von Professor\_innen anrechenbar sein. Darüber hinaus sollten zusätzliche wissenschaftliche Mitarbeiter\_innenstellen eingerichtet werden. Diese wissenschaftlichen Mitarbeiter\_innen (und nach Möglichkeit auch die Hochschullehrer\_innen) sollten über spezifische hochschuldidaktische Kompetenzen zur didaktischen Konzeption erstausbildender Studiengänge verfügen.
- Für die Aus- und Weiterbildung der wissenschaftlichen Mitarbeiter\_innen in primärqualifizierenden Studiengängen sollten spezifische hochschuldidaktische Studienangebote auf Masterniveau eingerichtet werden.
- In den Praxiseinrichtungen sollten für die Anleitung von Studierenden Personen zur Verfügung stehen, die mindestens über einen Bachelorabschluss verfügen (s. für die Pflege DGP und Dekanekonferenz 2012).
- Zukünftig ist darüber hinaus zu untersuchen, welche Lernorte am besten geeignet sind, um berufsqualifizierende Kompetenzen auf Bachelorniveau zu fördern (z. B. der hochschulische Lernort in der Lehr- und Forschungsambulanz, mit Simulationspatient\_innen oder in Skills-Labs einerseits oder der betriebliche Lernort andererseits) und wie Lernerfahrungen an den verschiedenen Lernorten didaktisch angebahnt werden können.

Schließlich sind folgende Spezifika zu beachten:

In den **pfliegewissenschaftlichen und hebammenkundlichen Studiengängen** ist zukünftig zu prüfen, ob ein primärqualifizierendes Pflegestudium bzw. hebammenkundliches Studium weiterhin mit einem Ausbildungsverhältnis verknüpft werden sollte. Diese Diskussion steht in den Berufsgruppen derzeit noch ganz am Anfang. Um eine Datengrundlage für die Auswirkungen eines Ausbildungsverhältnisses im Unterschied zur Ableistung von Praktika zu schaffen, könnten im ersten Schritt zunächst modellhaft alternative Formen der Durchführung der Praxiszeiten erprobt und evaluiert werden.

Gegenwärtig sind für die Ausbildungen in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege bzw. Altenpflege und in der Hebammenkunde Praxiszeiten im Umfang von 2500 (Pflege) bzw. 3000 (Hebammen) Stunden vorgesehen. Da diese umfangreichen Zeiten nicht vollständig in ein Bachelorstudium integriert werden können, ist zukünftig zu klären, wie hoch der Anteil sein soll, der in das Studium integriert wird bzw. wie hoch der Anteil ist, der nicht integriert und in welcher Form der nicht integrierte Anteil mit dem Studium verknüpft wird (z. B. Anerkennungsjahr, Praktisches Jahr). Während die pflegerischen Ausbildungen hinsichtlich der Praxiszeiten an die EU-Anerkennungsrichtlinie gebunden sind, könnte in

der Hebammenkunde darüber hinaus geprüft werden, ob Praxisstunden in diesem Umfang für das Erreichen der angestrebten Kompetenzen und für die Ableistung der in der EU-Anerkennungsrichtlinie vorgeschriebenen Praxisaufgaben erforderlich sind.

In den **therapiewissenschaftlichen Studiengängen** hat die Praxisausbildung aufgrund der berufsgesetzlichen Regelungen in diesen Berufen auch schon jetzt eher den Charakter von betrieblichen Praktika in unterschiedlichen Einsatzfeldern. Hier ist für jede Berufsgruppe zukünftig zu prüfen, inwiefern die gegenwärtig geltenden gesetzlichen Vorgaben für die Zeiten der praktischen Ausbildung übernommen werden müssen oder ob hier eine Kürzung der Quantität zugunsten einer Erhöhung der Qualität gerechtfertigt werden kann. Damit können Spielräume für die Konzeption von konsekutiven Masterstudiengängen mit einem Volumen von 120 CP gewonnen werden. Wenn eine Kürzung nicht sinnvoll ist, sollte, wie in der Pflege und Hebammenkunde geklärt werden, welche Möglichkeiten bestehen, definierte Zeiten der Praxisausbildung unabhängig vom Workload des Studiengangs auszuweisen.

### ***Zur Abbildung studentischen Workloads in den Studienprogrammen***

Im Sinne des Bologna-Prozesses ist die Schaffung von Transparenz bezüglich der Lern-/Arbeits- und Betreuungslast für praxisbezogene Studiengängen dringend zu empfehlen. Die Vermischung zwischen dem hochschulischen und dem berufsfachschulischen Verständnis der Lernzeitstrukturen muss aufgehoben werden, um auch vor dem Hintergrund der Qualitätssicherung der Studiengänge zu einer einheitlichen Regelung für die Rahmenstrukturen zu gelangen. Studierende benötigen die Information, was von ihnen erwartet wird (Mitarbeit im Betrieb, Studium im Betrieb, häusliche Arbeitsleistung). Gleiches gilt für die betrieblichen Kooperationspartner. Außerdem muss erkennbar sein, welche kapazitätsrelevanten Lehrverpflichtungen seitens der Hochschule anfallen.

Für betriebliches Praxislernen wird deshalb empfohlen, das Bologna-System um ein entsprechendes, aussagekräftiges Referenzsystem zu erweitern, das zwischen der Mitarbeit im Betrieb und Zeiten, die der Aufarbeitung von Lernerfahrungen dienen, differenziert. Daneben sollte nach Lösungen gesucht werden, wie der Betreuungsaufwand (Anleitung der betrieblichen Partner und Begleitung/Supervision durch Vertreter\_innen der Hochschule) kapazitär sichergestellt werden kann.

Hinsichtlich des praxisbezogenen Lernens im hochschulischen Kontext sollte zukünftig untersucht werden, in welchem Umfang diese Lernform für die untersuchten Berufsgruppen zielführend ist. Auch beim praxisbezogenen Lernen im hochschulischen Kontext muss zwischen Präsenzzeiten mit Kontakt zur Lehrenden und Selbstlernzeiten unterschieden werden. Bei der Ermittlung der hierfür erforderlichen Kapazitäten ist zu berücksichtigen, dass die Vermittlung im Rahmen der Präsenzzeiten kleine Lerngruppen erfordert. Zudem müssen geeignete Räumlichkeiten/Übungsgelegenheiten zur Verfügung stehen.

Vier der Studiengänge aus den Modellgruppen A und B sind mit 180 CP konzipiert, 6 Studiengänge umfassen 210 CP. Die realisierten Modellstudiengänge belegen, dass für die therapeutischen Studiengänge mit 210 CP die Konzeption einer praxisintegrierenden Lösung möglich ist. Bei der Konzeption von Bachelorstudiengängen mit mehr als 180 CP sollte in Rechnung gestellt werden, dass sich das Volumen für sich anschließende Masterstudiengänge entsprechend reduziert.

## 5 Quellen- und Literaturverzeichnis

### 5.1 Literatur

- Adler, G.; Knesebeck, J.-H von dem (2010): Auf akademischen Wegen. In: Deutsches Ärzteblatt 107, H. 9, S. A386-A390.
- Avenarius, H.; Rux, J. (2003): Rechtsprobleme der Berufsausbildung. Rechtsgutachten im Auftrag der Max-Traeger-Stiftung. Frankfurt a. M./Hagen  
<https://www.gew.de/Binaries/Binary29149/Rechtsgutachten%20Avenarius.pdf>  
[letzter Zugriff: Dezember 2013]
- Bartels, Y.; Simon, A.; Plohmann, D. (2012): Pflegeakademisierung in Deutschland - Bedarf und Angebot. Ergebnisse einer exploratorischen qualitativen Analyse. In: Pflegewissenschaft, 14. Jg., H. 10, S. 548-558.
- BIBB (Bundesinstitut für Berufsbildung) (2012): AusbildungPlus in Zahlen. Trends und Analysen 2012. Berichtszeitraum 1. Mai 2011 bis 30. April 2012.  
<http://www.ausbildungplus.de/html/index.php> [Zugriff: Juni 2012]
- BLK (Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung) (2013): Perspektiven für die duale Bildung im tertiären Bereich. – Bericht der BLK - Materialien zur Bildungsplanung und zur Forschungsförderung. Heft 110.  
<http://www.pedocs.de/volltexte/2008/243/pdf/heft110.pdf> [Zugriff: September 2013]
- BLK 2003 BLK (Bund Länder Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung) (2003): Perspektiven für die duale Bildung im tertiären Bereich – Bericht der BLK, Materialien zur Bildungsplanung und zur Forschungsförderung, Heft 110. Bonn  
<http://www.blk-bonn.de/papers/heft110.pdf> [letzter Zugriff: Dezember 2013]
- Brühe, R.; Hundenborn G. (2008): Netzwerk Pflegeschulen: dip beendet Projekt erfolgreich - Netzwerkarbeit geht weiter. Perspektiven. Informationen des deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V., H. 2/2008, S. 5. Online:  
<http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/perspektiven/perspektiven2-08.pdf>
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (2012): Pflegebildung verstehen – Eine kurze Einführung. Berlin. Online:  
[http://www.dbfk.de/download/download/bildung\\_verstehen\\_web2012-06-08.pdf](http://www.dbfk.de/download/download/bildung_verstehen_web2012-06-08.pdf)  
[Zugriff Dezember 2013]
- Ditton, H. (2009): Evaluation und Qualitätssicherung. In: Tippelt, R.; Schmidt, B. (Hrsg.): Handbuch Bildungsforschung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 607-623.
- Eberhardt, U. (Hrsg.) (2010): Neue Impulse in der Hochschuldidaktik – Sprach- und Literaturwissenschaften. Wiesbaden: Springer
- Fesenfeld, A. (2012): Für die Pflegepraxis studieren. die Bochumer Hochschule für Gesundheit hat einen Pflegestudiengang aus der Taufe gehoben. In: Pflegezeitschrift, 65. Jg., H. 2, S.102-106
- HVG (2010): Empfehlungen des HVG e.V. für die Gestaltung primärqualifizierender/grundständiger Studiengänge für Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie im Rahmen von Modellvorhaben - beschlossen auf der Mitgliederversammlung des HVG am 28. Juni 2010 - <http://www.hv->

[gesundheitsfachbe-fe.de/dokumente/Empfehlungen zu Modellstudiengaengen MV Endfassung.pdf](http://gesundheitsfachbe-fe.de/dokumente/Empfehlungen_zu_Modellstudiengaengen_MV_Endfassung.pdf) ,  
Zugriff: September 2013

- Jahn, H. (2005): Deutsche Studiengangsentwicklung im Kontext des Bologna-Prozesses: Umsetzung in der Pflege. In: PRInterNet, 7 Jg., H. 1, 14-18
- Keller, H.-J.; Zumsteg, B.; Vontobel, P.; Suter, P.: (2004) Begleitetes Selbststudium und Selbststudium an Fachhochschulen. <http://www.elearning.zfh.ch> [Zugriff Oktober 2013]
- KFH (2004): Die Konzeption gestufter Studiengänge: Best Practice und Empfehlungen. 2., aktualisierte Auflage. Bern, Konferenz der Fachhochschulen der Schweiz (KFH).
- Klafki, W. (1993): Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Weinheim und Basel: Beltz, 3. Auflage.
- Kühler, L. L. (2005): Die Orientierung der Reformen im deutschen Hochschulsystem - seit 1998 - am Vorbild des amerikanischen Hochschulwesens. Inaugural-Dissertation a.d. Ludwig-Maximilians-Universität, München. [http://edoc.ub.uni-muenchen.de/4235/1/Kuehler\\_Larissa.pdf](http://edoc.ub.uni-muenchen.de/4235/1/Kuehler_Larissa.pdf) [letzter Zugriff: Dezember 2013]
- Kupfer, F.; Mucke, K (2010): Duale Studiengänge an Fachhochschulen nach der Umstellung auf Bachelorabschlüsse. Eine Übersicht. Schriftenreihe des Bundesinstituts für Berufsbildung, Bonn.  
<http://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/show/id/6178> , [Zugriff: Mai 2013]
- Lehmeyer, S.; Schleinschok, M. (2011): Primärqualifizierende Pflegestudiengänge: Eine systematische Analyse dualer und grundständiger Pflegestudienmodelle in Deutschland. Lage: Jacobs.
- Lepp, S. (2005): Förderung von Schlüsselqualifikationen an Fachhochschulen - Eine Herausforderung für Professorinnen und Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Dissertation an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen. [http://tobias-lib.uni-tuebingen.de/volltexte/2006/2553/pdf/Text06\\_11\\_03.pdf](http://tobias-lib.uni-tuebingen.de/volltexte/2006/2553/pdf/Text06_11_03.pdf) [letzter Zugriff: Dezember 2013]
- Moers, M.; Schöniger, U.; Böggemann, M. (2012): Duale Studiengänge – Chancen und Risiken für die Professionalisierung der Pflegeberufe und die Entwicklung der Pflegewissenschaft. In: Pflege und Gesellschaft, 17. Jg., H. 3, S. 232-248
- Moschner, B. (2010): Möglichkeiten und Grenzen in modularisierten Studiengängen. In: Eberhardt, a.a.O., S.25-43
- Mucke, K.; Schwiedrzyk, B. (2000): Duale berufliche Bildungsgänge im tertiären Bereich – Möglichkeiten und Grenzen einer fachlichen Kooperation von Betrieben mit Fachhochschulen und Berufsakademien. Abschlussbericht des BIBB-Projektes 2.1003. <http://www.bibb.de/dokumente/pdf/Abschlussbericht-duale-Studiengaenge2000.pdf> [Zugriff: Juni 2010]
- Muths, S. (2010): Machbarkeitsstudie zur Konzeption und Überprüfung einer akademischen Erstausbildung von Pflegeberufen auf der Basis des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Land Bremen. In: Schriftenreihe 06 des Institutes für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen. [http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/ipp\\_schriften/ipp\\_schriften06.pdf](http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/ipp_schriften/ipp_schriften06.pdf) [letzter Zugriff: Dezember 2013]

- Oelke, U.; Menke, M. (2002): Gemeinsame Pflegeausbildung. Modellversuch und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Bern: Huber
- Robert Bosch Stiftung (2013): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart.
- Schwarz, C. (2011). Praxisanleitung für die Mitarbeiter/innen der Kooperationspartner. Pilotkurs 2011-2013. Unveröffentlichtes Manuskript, Hochschule für Gesundheit, Bochum.
- Stich, A. (2010): KapVO ‚al dente‘ – kann die Kapazitätsverordnung den Ansprüchen der Bologna-Reform gerecht werden? Ein Werkstattbericht aus Nordrhein-Westfalen. In: die hochschule 2/2010, S. 57 – 72. [http://www.hof.uni-halle.de/journal/texte/10\\_2/Stich.pdf](http://www.hof.uni-halle.de/journal/texte/10_2/Stich.pdf) [Zugriff: November 2013]
- Stöcker, G.; Reinhart, M. (September 2012): Grundständig pflegeberufsausbildende Studiengänge in Deutschland. DBfK, Deutscher Verband für Pflegeberufe. [http://www.dbfk-pflege-als-beruf.de/downloads/Synopse\\_grundst\\_ndig.pdf](http://www.dbfk-pflege-als-beruf.de/downloads/Synopse_grundst_ndig.pdf) [Zugriff: Dezember 2013]
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007 – Kurzfassung. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht07/Kurzfassung%202007.pdf> [Zugriff: Juni 2010]
- Wiarda, J.-M. (2007): Die fiese Formel. Wie eine alte Verordnung die Hochschulen zum Stillstand verurteilt. ZEIT ONLINE v. 20.09.2007 <http://www.zeit.de/2007/39/C-Kapazitaetsverordnung> [Zugriff: November 2013]
- Wissenschaftsrat (2013): Empfehlungen zur Entwicklung des dualen Studiums. Positionspapier. <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/3479-13.pdf> [letzter Zugriff: Dezember 2013]
- Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> , [Zugriff: September 2013]
- World Health Organization (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_HRH\\_HPN\\_10.3\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf) [Zugriff: Mai 2012]

### 5.1.1 Gesetze und Verordnungen

- Akkreditierungsrat 2009: Regeln des Akkreditierungsrates für die Akkreditierung von Studiengängen und für die Systemakkreditierung. Beschluss des Akkreditierungsrates vom 08.12.2009. [http://www.akkreditierungsrat.de/fileadmin/Seiteninhalte/AR/Beschluesse/AR\\_Regeln\\_Studiengaenge\\_aktuell.pdf](http://www.akkreditierungsrat.de/fileadmin/Seiteninhalte/AR/Beschluesse/AR_Regeln_Studiengaenge_aktuell.pdf) [letzter Zugriff: Dezember 2013]
- Alt-PfIAPrV (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers) vom 26 November 2002 (BGBl. I S. 4418), in der Fassung vom 06. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515)

- AltPflG (Gesetz über die Berufe in der Altenpflege - Altenpflegegesetz ) vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), in der Fassung vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854)
- BBiG (Berufsbildungsgesetz) vom 23. März 2005 (BGBl. I S. 931), das zuletzt durch Artikel 22 des Gesetzes vom 25. Juli 2013 (BGBl. I S. 2749) geändert worden ist
- ErgThAPrV (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten) vom 02. August 1999 (BGBl. I S. 1731), in der Fassung vom 02. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686)
- ErgThG (Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten – Ergotherapeutengesetz -) vom 25. Mai 1976 (BGBl. I S. 1246), in der Fassung vom 25. September 2009 (BGBl. I S. 3158)
- HandWO (Gesetz zur Ordnung des Handwerks - Handwerksordnung) in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. September 1998 (BGBl. I S. 3074; 2006 I S.2095), die zuletzt durch Artikel 19 des Gesetzes vom 25. Juli 2013 (BGBl. I S. 2749) geändert worden ist"
- HebG (Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger-Hebammengesetz) vom 04. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), in der Fassung vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983)
- HebAPrV (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger) vom 16. März 1987 (BGBl. I S. 929), in der Fassung vom 02. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686)
- HRG (Hochschulrahmengesetz) in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Januar 1999 (BGBl. I S. 18), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 12. April 2007 (BGBl. I S. 506) geändert worden ist"
- KapVO (1975): Verordnung über die Grundsätze für eine einheitliche Kapazitätsermittlung und -festsetzung zur Vergabe von Studienplätzen (KapVO) vom 03. Dezember 1975 (GV. NRW. S. 688)
- KMK (2008): Anrechnung von außerhalb des Hochschulwesens erworbenen Kenntnissen und Fähigkeiten auf ein Hochschulstudium (II) (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 18.09.2008)  
[http://www.kmk.org/fileadmin/pdf/ZAB/Hochschulzugang\\_Beschluesse\\_der\\_KMK/AnrechaussHochschule2.pdf](http://www.kmk.org/fileadmin/pdf/ZAB/Hochschulzugang_Beschluesse_der_KMK/AnrechaussHochschule2.pdf) [letzter Zugriff: Dezember 2013]
- KMK (2003): Ländergemeinsame Strukturvorgaben für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 10.10.2003 i.d.F. vom 04.02.2010.  
[http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen\\_beschluesse/2003/2003\\_10\\_10-Laendergemeinsame-Strukturvorgaben.pdf](http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2003/2003_10_10-Laendergemeinsame-Strukturvorgaben.pdf) [letzter Zugriff: Dezember 2013]
- KMK (2002): Anrechnung von außerhalb des Hochschulwesens erworbenen Kenntnissen und Fähigkeiten auf ein Hochschulstudium (I) (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 28.06.2002)  
[http://www.kmk.org/fileadmin/pdf/ZAB/Hochschulzugang\\_Beschluesse\\_der\\_KMK/AnrechaussHochschule.pdf](http://www.kmk.org/fileadmin/pdf/ZAB/Hochschulzugang_Beschluesse_der_KMK/AnrechaussHochschule.pdf) [letzter Zugriff: Dezember 2013]
- KMK (2000): Rahmenvorgaben für die Einführung von Leistungspunktsystemen und die Modularisierung von Studiengängen. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.09.2000 i. d. F. vom 22.10.2004.

[http://www.evalag.de/dedievl/projekt01/media/pdf/akk/standards\\_kriterien/kmk/06\\_kmk\\_041022\\_leistungspunktsysteme.pdf](http://www.evalag.de/dedievl/projekt01/media/pdf/akk/standards_kriterien/kmk/06_kmk_041022_leistungspunktsysteme.pdf) [letzter Zugriff: Dezember 2013]

KMK (1998): Einführung eines Akkreditierungsverfahrens für Bachelor-/Bakkalaureus- und Master-/Magisterstudiengänge. Beschluss vom 03.12.1998.

[http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen\\_beschluesse/1998/1998\\_12\\_03-Bachelor-Master-Akkred.pdf](http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/1998/1998_12_03-Bachelor-Master-Akkred.pdf) [letzter Zugriff: Dezember 2013]

KrPflAPrV (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege) vom 10.11.2003 (BGBl. I S. 2263)

KrPflIG (Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege - Krankenpflegegesetz) vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874).

LogAPrO (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Logopäden) vom 01. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1892), in der Fassung vom 02. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686)

LogopG (Gesetz über den Beruf des Logopäden) vom 07. Mai 1980 (BGBl. I S. 529), in der Fassung vom 25. September 2009 (BGBl. I S. 3158)

MPhG (Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie - Masseur- und Physiotherapeutengesetz) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), in der Fassung vom 25. September 2009 (BGBl. I S. 3158)

PhysTh-APrV (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten) vom 06. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3786), in der Fassung vom 06. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515)

## **5.2 Arbeitspapiere und Dokumente zu den einzelnen Studiengängen (unveröffentlicht)**

### **5.2.1 Evaluationsberichte und Arbeitsdokumente der Hochschulen**

Berker, Peter; Heffels, Wolfgang M.; Mijatovic, Anke (2013): Dualer Modellstudiengang Pflege an der Katholischen Hochschule NRW. Zwischenergebnisse der Projekt-evaluation

Bögemann-Großheim, Ellen (2013): Zwischenbericht Dualer Modellstudiengang Pflege und Gesundheit (B.A.) der Fliegener Fachhochschule. Berichtszeitraum: Wintersemester 2011/2012 – Sommersemester 2013

Walkenhorst, Ursula; Kopczynski, Sascha (2013): Evaluation der Modellstudiengänge Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie, Pflege und Physiotherapie an der Hochschule für Gesundheit, Bochum - gemäß den Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 16. November 2009 - Zweiter Zwischenbericht vom 31. Mai 2013

KatHO NRW-Akk (2010): Antrag auf Akkreditierung eines Bachelorstudiengangs Dualer Studiengang Pflege - Bachelor of Science des Fachbereichs Gesundheitswesen der Abteilung Köln im November 2010

Latteck, Änne-Dörte; Knigge-Demal, Barbara; Mertin, Matthias; Müller, Irene; Seidl, Norber; Backhaus, Jutta; Grebe, Christian (2013): Zweiter Evaluationsbericht zum dualen Bachelorstudiengang „Gesundheits- und Krankenpflege“ (B.Sc.) zur zweiten Studienkohorte im WS 2011/2012 an der Fachhochschule Bielefeld

- Narbei, Ethel; Kühme, Benjamin; Holtmann, Andrea; Mohr, Petra; Hähner, Kerstin; Ahaus, Peter; Adolph, Jens; Zimmermann, Marcus (2012): Zwischenbericht 2012 zum Modellstudiengang Pflege, B.Sc., Studienkohorte 2010-2014 der Mathias Hochschule Rheine
- Störkel, Friederike/Bonato, Marcellus (2013): Zwischenbericht zum Modellstudiengang Therapie- und Gesundheitsmanagement (TGM) an der Fachhochschule Münster vorgelegt vom Fachbereich Pflege und Gesundheit der Fachhochschule Münster
- Störkel, Friederike/Bonato, Marcellus (2010): Antrag auf Zulassung gemäß Modellklausel für den Bachelor-Studiengang Therapie- und Gesundheitsmanagement (TGM) an der Fachhochschule Münster – vorgelegt vom Fachbereich Pflege und Gesundheit der Fachhochschule Münster
- RWTH Aachen, Akkreditierungsantrag (o.J.): Antrag auf Akkreditierung der Studiengänge Bachelor Logopädie und Master Lehr- und Forschungslogopädie der Medizinischen Fakultät und der Philosophischen Fakultät der RWTH Aachen
- Prüfungsordnung RWTH Aachen (2012): Prüfungsordnung für den dualen Bachelor-Studiengang Logopädie (Modellstudiengang) der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen
- Zimmermann, Marcus; Kühme, Benjamin; Narbei, Ethel; Gieseke, Martin; Ruge, Ralf-Georg (2013): Zwischenbericht 2013 der Mathias Hochschule Rheine. Evaluation zum Modellstudiengang Pflege, B.Sc. – Erste und zweite Studiengangskohorte (PF1 2010-2014 u. PF2 2011-2015)

### **5.2.2 Modulhandbücher der Studiengänge (MHB):**

- RWTH Aachen: Bachelorstudiengang Logopädie – Anlage 2.2 z. Akkreditierungsantrag
- FH Bielefeld: Studiengang Gesundheits- und Krankenpflege – Stand: Januar 2012
- Hochschule für Gesundheit, Bochum:
- hsg - Studiengang Ergotherapie – amtliche Fassung 2012
  - hsg - Studiengang Hebammenkunde – amtliche Fassung 2011
  - hsg - Studiengang Logopädie – amtliche Fassung 2011
  - hsg - Studiengang Pflege – amtliche Fassung 2012
  - hsg - Studiengang Physiotherapie – amtliche Fassung 2012
- Fliedner FH Düsseldorf: Dualer Bachelor-Studiengang „Pflege und Gesundheit“ der Fliedner Fachhochschule Düsseldorf, korrigierte Fassung 2012
- Fachhochschule Münster: Therapie- und Gesundheitsmanagement (Fachrichtung Logopädie und Physiotherapie) – Stand: Oktober 2011
- Mathias Hochschule Rheine: Studiengang Pflege – Stand: August 2011
- Katholische Hochschule NRW – September 2011

### **5.2.3 Paraphrasierende Transkripte der durchgeführten Expert\_innen-Fokus-Gruppen zum Praxis-Theorie-Praxis-Transfer mit den Modellstudiengängen:**

- Exp-FK-Gruppe hsg-ErgTh: Studiengang Ergotherapie (B.Sc), Hochschule für Gesundheit, Bochum, am 08.08.2013
- Exp-FK-Gruppe hsg-Logp: Studiengang Logopädie (B.Sc), Hochschule für Gesundheit, Bochum, am 23.04.2013

Exp-FK-Gruppe hsg-PhysTh: Studiengang Physiotherapie (B.Sc), Hochschule für Gesundheit, Bochum, am 17.05.2013

Exp-FK-Gruppe hsg-Hebk: Studiengang Hebammenkunde (B.Sc), Hochschule für Gesundheit, Bochum, am 25.04.2013

Exp-FK-Gruppe hsg-Pfl: Studiengang Pflege (B.Sc), Hochschule für Gesundheit, Bochum, am 11.06.2013

Exp-FK-Gruppe MHR-Pfl: Studiengang Pflege (B.Sc), Mathias Hochschule Rheine am 24.06.2013

Exp-FK-Gruppe TGM-PhysTh: Studiengang Therapie- und Gesundheitsmanagement, Fachrichtung Physiotherapie, Fachhochschule Münster am 26.06.2013

Exp-FK-Gruppe TGM-Logp: Studiengang Therapie- und Gesundheitsmanagement, Fachrichtung Logopädie, Fachhochschule Münster am 27.06.2013

Exp-FK-Gruppe FH-Dü-Pfl: Studiengang Pflege (B.A.), Fliegener Fachhochschule, Düsseldorf, am 16.10.2013

Exp-FK-Gruppe FH-Bi-Pfl: Studiengang Pflege (B.Sc), Fachhochschule Bielefeld am 19.11.2013

Exp-FK-Gruppe KatHO-Pfl: Studiengang Pflege (B.Sc), Katholische Hochschule NRW, Köln, am 20.11.2013

---

## **II. Analyse der Prüfungsmodalitäten**

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Miriam Tariba Richter

Wir danken

für den konstruktiven Austausch und die wertvollen

inhaltlichen Anregungen.

**Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)**

**Abteilung 4: Qualifikations- und Curriculumforschung**

Bremen, Dezember 2013

# 1 Methode

Datenbasis für das vorliegende Kapitel bilden im Wesentlichen die Zwischen- und Evaluationsberichte der eingeschlossenen Modellstudiengänge sowie die Prüfungsordnungen. Eine ausführliche Darstellung der verwendeten Quellen ist Anhang V.2 zu entnehmen. Die vorliegenden Dokumente wurden hinsichtlich ihrer Aussagen zu folgenden Fragen aus den Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben (BMG 2009) zu dem Block „staatliche Prüfung“ (1.3) untersucht:

- 1.1.1 Wie wird die Prüfung an der Hochschule organisiert?
- 1.1.2 Welche Auswirkungen hat die Ansiedlung der Ausbildung an der Hochschule auf die Zusammensetzung der Prüfungskommission?
- 1.1.3 Sind bei den Hochschulen besondere Schwierigkeiten mit der Umsetzung der Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zur staatlichen Prüfung aufgetreten? Wenn ja, welche?
- 1.1.4 Waren im Hinblick auf die bestehenden Abweichungsmöglichkeiten beim theoretischen und praktischen Unterricht Probleme bei der Umsetzung der Prüfungsvorschriften erkennbar? Wenn ja, welche?
- 1.1.5 Enthalten die hochschulischen Ausbildungen Inhalte und Kompetenzen, die über die Regelungen der staatlichen Prüfung hinaus geprüft werden sollten oder wurden?
- 1.1.6 Wie werden die Regelungen zur staatlichen Prüfung bei Ausbildungen an Hochschulen und im Vergleich zur fachschulischen Ausbildung grundsätzlich bewertet?

Die Aussagen wurden in einer Synopse (siehe Anhang V.2) gesammelt und auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede analysiert. Die Ergebnisse der vergleichenden Analyse werden im Folgenden dargestellt.

## 2 Ergebnisse

Aus der parallelen Anwendung sowohl beruferechtlicher als auch hochschulrechtlicher Vorgaben zur Durchführung der Prüfungen ergeben sich eine Reihe von formalen und inhaltlichen Herausforderungen für deren praktische Gestaltung und Umsetzung. Diese beziehen sich nicht nur auf die konkrete Prüfungsgestaltung, sondern es stellen sich zudem professionstheoretische und didaktische Fragen.

Eine wesentliche Problematik ergibt sich aus den beiden unterschiedlichen **Prüfungssystemen** der beruflichen Abschlussprüfung bestehend aus i.d.R. drei punktuellen Abschlussprüfungen einerseits und der hochschulischen Prüfungen bestehend aus abschichtenden Modulprüfungen und der BA-Abschlussprüfung andererseits. Für die Bildung der Abschlussnote finden den Berufsgesetzen zufolge – eine Ausnahme bildet die Altenpflegeausbildung - ausbildungsbegleitende Leistungs- und Lernkontrollen keine Verwendung. Zusätzlich werden hochschulische Studienleistungen, wie z.B. das Selbststudium, für den Berufsabschluss nicht angerechnet.

Zudem existieren unterschiedliche **Zuständigkeiten**. Während für die Berufsabschlussprüfungen als staatliche Prüfungen überwiegend die Bezirks- und Landesregierungen zuständig sind und Vertreter\_innen der staatlichen Prüfungsbehörde Mitglied im Prüfungsausschuss sein müssen, liegen Inhalt und Aufbau der Prüfungen an Hochschulen in der Zuständigkeit der jeweiligen Hochschulen. Die Prüfungsordnungen müssen dabei von der entsprechenden Landesbehörde (Wissenschaftsministerium) genehmigt sein. Bei den Berufsabschlussprüfungen im Rahmen der Modellstudiengänge gibt es auf Seiten der

Hochschulen erheblichen Abstimmungsbedarf mit den Landes- und Bezirksbehörden sowie den Kooperationspartnern (Praxiseinrichtungen und ggf. Berufsfachschulen).

Für die Prüfungen im Rahmen der Modellstudiengänge werden aufgrund der unterschiedlichen anzuwendenden rechtlichen Vorgaben zwei verschiedene **Prüfungsausschüsse** in unterschiedlicher Zusammensetzung benötigt. Die Prüfungskommission für die hochschulischen Abschlussprüfungen ist interdisziplinär und aus akademisch qualifizierten Prüfer\_innen zusammengesetzt. In einem Evaluationsbericht wird dafür plädiert, in diese Kommission auch (akademisch qualifizierte) Praxisanleiter\_innen aufzunehmen, um dem hohen Gewicht praktischer Studienanteile Rechnung zu tragen. Der Prüfungsausschuss für die Berufsabschlussprüfungen besteht dagegen etwa aus Vertreter\_innen von Behörden, Praktiker\_innen, Lehrenden und Mitgliedern der Schulverwaltung bzw. -leitung und ist daher auch mit Nichtakademiker\_innen besetzt. In einem der Evaluationsberichte wird vor dem Hintergrund ausbildungs- und studienbezogener Ziele kritisiert, dass die Berufsgruppe der Mediziner\_innen im Prüfungsausschuss für die Berufsabschlussprüfungen zwingend vertreten sein muss. Bei beiden Ausschüssen wird eine pädagogische Eignung für die Abnahme der Prüfungen nicht durchgehend vorausgesetzt.

Ein besonderes Merkmal der Modellstudiengänge besteht in der **Abhängigkeit des Hochschulabschlusses von dem Berufsabschluss**, d.h. wenn ein\_e Studierende\_r das Berufsexamen nicht besteht, kann auch der BA-Abschluss nicht erworben werden.

Bei der praktischen Umsetzung der Berufsabschlussprüfungen wird in den Evaluationsberichten als ein weiteres Problem die unterschiedliche **Bekanntgabe der Prüfungsleistungen** genannt. Im Hochschulkontext erfolgt die Bekanntgabe der Abschlussnoten relativ unmittelbar nach jeder Prüfungsleistung, während diese bei den Berufsabschlussprüfungen zumindest formal erst am Ende des Prüfungszyklus stattfindet. Somit könnten die Studierenden während der Berufsabschlussphase ihre Lernanstrengungen nicht an die Rückmeldung des Lernerfolgs anpassen. Des Weiteren besteht für die Berufsabschlussprüfung, eine Ausnahme bilden die Studiengänge der Logopädie, im Gegensatz zu den hochschulischen Prüfungsvorgaben keine Möglichkeit einer mehrfachen **Wiederholung**, sondern nur der einmaligen Wiederholung der durchgefallenen Prüfungsteile.

Neben der formalen erweist sich insbesondere die **inhaltliche bzw. curriculare Struktur** der Prüfungen als Herausforderung. Dabei fällt vor allem die Inkompatibilität einer Fächer- (Lernfeld-, Themen-) Orientierung bei den Berufsabschlussprüfungen und einer Kompetenz- und Handlungsorientierung bei den Hochschulabschlussprüfungen ins Gewicht. Durch die mangelnde Übereinstimmung von einerseits Modulen und andererseits Lernfeldern, Themenbereichen und Fächern entsteht nicht nur ein Mehraufwand für die Prüfungsgestaltung, sondern kommt es auch zum Teil zu einer Trennung eigentlich zusammengehöriger Inhalte und der damit verbundenen Noten. Dennoch gibt es auch Überschneidungen zwischen den hochschulischen Modulprüfungen und den Berufsabschlussprüfungen, so dass einige Studiengänge Teile der beruflichen Examensprüfung gleichzeitig als Modulabschlussprüfungen anerkennen. Ferner schränkt die strikt getrennte Aufteilung in eine mündliche, praktische und schriftliche Prüfung mit genauer Angabe der zu verwendenden Methoden die Möglichkeiten von Hochschulen, hochschulischen Standards entsprechende kompetenzübergreifende, fall- und handlungsorientierte Prüfungen durchzuführen, ein. Einige Studiengänge, z. B. der Pflegestudiengang an der MHR, realisieren aber auch alternative Formen (hier der mündlichen Prüfung). Nicht unbedingt auf die Inkompatibilität der rechtlichen Vorgaben zurückzuführen, aber dennoch eine Heraus-

forderung für die Hochschulen stellt der Einbezug praktischer Prüfungsanteile in die hochschulischen Prüfungen dar.

Mit der curricularen Struktur im Zusammenhang stehen die unterschiedlichen **Kompetenzniveaus** der Abschlussprüfungen. Während die beruflichen Abschlussprüfungen eigentlich formal auf DQR-Niveau 4/5 stattfinden, sind die hochschulischen Abschlussprüfungen auf DQR-Niveau 6 angesiedelt.

Zusammenfassend geht aus der Analyse der Evaluationsberichte hervor, dass die Umsetzung der unterschiedlichen rechtlichen Vorgaben für die berufliche Abschlussprüfung einerseits und die hochschulischen Prüfungen andererseits den Modellstudiengängen Lösungen abverlangen, die mit einer akademischen Erstausbildung nicht zu vereinbaren und mit erheblichem Arbeitsaufwand verbunden sind.

### 3 Empfehlungen

Aus dem Kreis der Modellstudiengänge ist inzwischen ein Konzept „Staatliche Prüfungen zur Qualitätssicherung in den Gesundheitsfachberufen – Zukunftsorientierte Überlegungen zur Gestaltung und Durchführung der Staatlichen Prüfungen im Rahmen der grundständigen Studiengänge in den Berufen der Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie, Pflege und Physiotherapie zur Weiterentwicklung der Berufe“ (Walkenhorst/Pietsch 2013) entstanden, das Perspektiven für eine Weiterentwicklung der Berufsgesetze aufzeigt, denen sich die Evaluator\_innen anschließen.

### 4 Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2009): Bekanntmachung von Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben nach §4 Absatz 6 Satz 3 des Ergotherapeutengesetzes, § 6 Absatz 4 Satz 3 des Hebammengesetzes, § 4 Absatz 6 Satz 3 des Logopädengesetzes und § 9 Absatz 3 Satz 3 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes vom 16. November 2009. Online: <http://www.bmg.bund.de/?id=540> [Zugriff: November 2011].

Walkenhorst, U.; Pietsch, A. (2013): Konzept „Staatliche Prüfungen zur Qualitätssicherung in den Gesundheitsfachberufen – Zukunftsorientierte Überlegungen zur Gestaltung und Durchführung der Staatlichen Prüfungen im Rahmen der grundständigen Studiengänge in den Berufen der Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie, Pflege und Physiotherapie zur Weiterentwicklung der Berufe“. Unveröffentlichtes Manuskript. Bochum.

---

### **III. Langfristige Wirkungen (Outcome) der akademischen Primärqualifikation**

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Nicole Duveneck

Wir danken

für den konstruktiven Austausch und die wertvollen

inhaltlichen Anregungen.

**Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)**

**Abteilung 4: Qualifikations- und Curriculumforschung**

Bremen, Dezember 2013

# 1 Literaturreview Logopäd\_innen

## 1.1 Methode

Mittels einer systematischen Literaturrecherche in den Datenbanken Pubmed, CINAHL, Cochrane und SpeechBITE wurden international und national relevante empirisch gestützte Studienergebnisse gesucht, die einen Zusammenhang zwischen einer akademischen Primärqualifikation der Logopäd\_innen und dem Patient\_innenoutcome belegen. In den genannten Datenbanken wurde systematisch sowohl über Freitext- als auch Schlagwortsuche mit Hilfe der Begriffe bachelor, baccalaureate, graduate, educational level, education, competency, competence, speech therapy, speech language, logopedic, patient outcome, effect, benefit, outcome und entsprechenden logischen Booleschen Operatoren gesucht. Eingeschlossen wurden deutsche und englischsprachige Publikationen. Aufgrund der überschaubaren Datenlage wurden keine zeitlichen und methodischen Eingrenzungen vorgenommen. Alle Studien des westlichen Kulturraums mit Aussagen zum Zusammenhang zwischen akademischer Primärqualifikation der Logopäd\_innen und dem Patient\_innenoutcome sowie den Lernergebnissen der akademischen Logopädieausbildung wurden berücksichtigt. Die folgenden Tabellen verdeutlichen die Suchstrategie und legen den Auswahl- und Ausschlussprozess, der während der Recherche durchlaufen wurde, dar.

**Tabelle 5: Recherche in Pubmed, Datenbestand vom 27. - 28.08.2013**

Nr.	Suchanfrage	Anzahl	Relevante <sup>42</sup> Publikationen „Zusammenhang aka- demische Qualifikation und Pati- ent_innenoutcome“	Relevante Publikationen „learning outcome“
#1	speech therapy AND bachelor Filters: English; German	2	0	0
#2	speech therap* AND bachelor Filters: English; German	0		
#3	speech therapy AND baccalaure- ate Filters: English; German	2	0	0
#4	speech therapy AND graduate AND effects Filters: English; German	22	0	0
#5	speech therapy AND graduate AND effect* Filters: English; German	41	0	1
#6	speech therapy AND graduate AND (effects OR benefit) Filters: English; German	24	0	1

<sup>42</sup> nach Sichtung der Titel und Abstracts

#7	speech therapy AND graduate AND benefit Filters: English; German	3	0	1
#8	speech therapy AND graduate AND patient outcome Filters: English, German	15	0	1
#9	speech therapy AND graduate Filters: English; German	147	0	13
#10	speech therap* AND graduate Filters: English; German	55	0	3
#11	speech therapy AND education* AND effects Filters: English; German	234	0	2
#12	speech therapy AND education* AND effects Filters: English; German	235	0	2
#13	speech therapy AND education AND effect* Filters: English; German	554	0	11
#14	speech therapy AND education AND benefit Filters: English; German	87	0	2
#15	speech therapy AND education AND patient outcome Filters: English; German	129	1	1
#16	speech therapy AND educational level Filters: English; German	190	0	2
#17	speech therapy AND competency Filters: English; German	43	0	0
#18	speech therapy AND competenc* AND outcome Filters: English; German	35	1	1
#19	speech therapy AND assistan* Filters: English; German	131	0	2
#20	logopedic Filters: English, German	104	0	0
#21	speech language AND bachelor Filters: English, German	6	0	2
#22	speech language AND baccalau- -reate Filters: English, German	7	0	0
#23	speech language AND compe- -tency Filters: English; German	91	0	1
#24	speech language AND compe- -tenc* AND (outcome OR effects OR benefit) Filters: English; German	137	0	5

**Tabelle 6: Recherche in CINAHL, Datenbestand vom 29.08.2013**

Nr.	Suchanfrage	Anzahl	Relevante Publikationen „Zusammenhang akademische Qualifikation und Patient_innenoutcome“	Relevante Publikationen „learning outcome“
#1	TX speech therapy AND TX bachelor Limiters - Language: English, German	4	0	2
#2	TX speech therap* AND TX bachelor Limiters - Language: English, German	6	0	3
#3	TX speech therapy AND TX baccalaureate Limiters - Language: English, German	7	0	1
#4	TX speech therap* AND TX baccalaureate Limiters - Language: English, German	15	0	2
#5	TX speech therap* AND TX graduate AND TX ( effect* OR benefit OR outcome ) Limiters - Language: English, German	47	0	3
#6	TX speech therap* AND TX graduate Limiters - Language: English, German	85	1	10
#7	TX speech therap* AND TX educational level AND TX ( effect* OR benefit OR outcome ) Limiters - Language: English, German	3	0	0
#8	TX speech therap* AND TX education* AND TX ( effect* OR benefit OR outcome ) Limiters - Language: English, German	301	0	7
#9	TX speech therap* AND TX competenc* AND TX ( effect* OR benefit OR outcome ) Limiters - Language: English, German	62	0	3
#10	TX speech therap* AND TX assistan* Limiters - Language: English, German	159	0	4

#11	TX logopedic Limiters - Language: English, German	33	0	0
#12	TX speech language AND TX bachelor Limiters - Language: English, German	24	0	3
#13	TX speech language AND TX baccalaurate Limiters - Language: English, German	59	0	2
#14	TX speech language AND TX competency Limiters - Language: English, German	113	0	5
#15	TX speech language AND TX competenc* AND TX ( effects OR outcome OR benefit ) Limiters - Language: English, German	141	0	1

**Tabelle 7: Recherche in Cochrane Library, Datenbestand vom 29.08.2013**

Nr.	Suchanfrage	Anzahl	Relevante Publikationen „Zusammenhang akademische Qualifikation und Patient_innenoutcome“	Relevante Publikationen „learning outcome“
	speech therapy AND bachelor	7	0	0
	speech therap* AND bachelor	7	0	0
	speech therap* AND baccalaurate	0		
	speech therap* AND graduate	42	1	0
	speech therap* AND education AND (effect* OR benefit OR outcome)	188	0	3
	speech therap* AND educational level	128	0	2
	speech therap* AND competenc*	50	0	2
	speech therap* AND assistan*	0		
	logopedic	1	0	0
	speech language AND bachelor	18	0	0
	speech language AND baccalaurate	2	0	0
	speech language AND competency	50	0	2

**Tabelle 8: Recherche in SpeechBITE, Datenbestand vom 29.08.2013**

Nr.	Suchanfrage	Anzahl	Relevante Publikationen „Zusammenhang akademische Qualifikation und Patient_innenoutcome“	Relevante Publikationen „learning outcome“
	speech therap* AND bachelor	0		
	speech therap* AND baccalaureate	0		
	speech therap* AND graduate	0		
	speech therap* AND education	23	0	0
	speech therap* AND educational level	4	0	0
	speech therap* AND competency	0		
	speech therap* AND competenc*	6	0	0
	speech therap* AND assistan*	11	0	0
	logopedic	37	0	0
	speech language AND bachelor	0		
	speech language AND baccalaureate	0		
	speech language AND competenc*	9	0	0

## 1.2 Ergebnisse

Es wurden insgesamt 3936 Datensätze identifiziert, die auf den untersuchten Gegenstand „Zusammenhang zwischen einer akademischer Primärqualifikation von Logopäd\_innen und dem Patient\_innenoutcome“ hindeuten bzw. Hinweise auf Lernergebnisse und Kompetenzen der logopädischen Hochschulausbildung geben. Nach Sichtung der Titel und Abstracts konnten in Bezug auf den Zusammenhang zwischen einer akademischen Primärqualifikation von Logopäd\_innen und dem Patient\_innenoutcome vier relevante Eintragungen bestimmt werden. Zudem erbrachte die Recherche insgesamt 109 relevante Datensätze, die Aussagen zu Lernergebnissen und Kompetenzen als Ergebnis der logopädischen Hochschulausbildung trafen. Aufgrund der schwachen Datenlage wurden zunächst auch solche Befunde eingeschlossen, die nur einen geringen Anhaltspunkt auf den Untersuchungsgegenstand boten. Nach Ausschluss von Redundanzen wurden schließlich 59 Artikel im Volltext geprüft. Die Schneeballmethode mit Sichtung der Literaturverzeichnisse der gefundenen Quellen lieferte keine weiteren relevanten Publikationen. Zudem konnten zwei Artikel nicht im Volltext beschafft werden. Auf Grundlage der Vollversionen wurden die Beiträge anhand ihrer Fragestellung geordnet und beurteilt. Ausgeschlossen wurden Artikel, die keine spezifischen Aussagen zum Zusammenhang zwischen akademischer Qualifikation und dem Patient\_innenoutcome bzw. zu den Lernergebnissen der hochschulischen Logopädieausbildung treffen, keine neuen relevanten Ergebnisse liefern (z.B. Diskussionspapiere), methodische Schwächen aufweisen und deren Untersuchungsergebnisse nicht aus dem westlichen Kulturraum stammen. Es kann hierbei keine

Interrater-Reliabilität ausgewiesen werden, denn die Qualitätsbeurteilung und die Auswahl erfolgten nur durch die Autorin.

Nach Begutachtung der Volltexte lag keine Studie vor, die den Zusammenhang zwischen einer akademischen Primärqualifikation von Logopäd\_innen und dem Patient\_innenoutcome untersucht. Es wurde eine Studie ermittelt, die die Zusammenarbeit zwischen akademisch gebildeten Logopäd\_innen und sprachtherapeutischen Assistent\_innen fokussiert, elf Aufsätze befassen sich mit Lernergebnissen und Kompetenzen der hochschulischen Logopädieausbildung im weitesten Sinne.

Die Untersuchung von McCartney et al. (2005) beleuchtet aus der subjektiven Sicht der Logopäd\_innen die Organisation der Behandlung von Kindern mit einem primären Sprachfehler unterstützt durch logopädische Assistent\_innen sowie die Vor- und Nachteile der Arbeit mit logopädischen Assistent\_innen. Als wesentliches Ergebnis wird konstatiert, dass die fünf interviewten Logopäd\_innen fast einstimmig die unmittelbare Sprachtherapie als wichtigen Teil der Entscheidungsfindung und der Therapieplanung sehen, die nicht einfach zu ersetzen ist. Diese Schwierigkeiten im Einsatz von Assistent\_innen deklarieren die Logopäd\_innen, obwohl die an der Studie teilnehmenden Assistent\_innen alle einen Hochschulabschluss in Psychologie haben.

In sechs Publikationen werden Lernergebnisse pädagogischer Interventionen in der logopädischen Ausbildung dargelegt (Hill et al. 2012; Horton et al. 2004; Kaplan/ Dreyer 1974; Scott et al. 2012; Zraick et al. 2003). Die Wirksamkeit des Einsatzes von Simulationspatient\_innen wird hinsichtlich der interpersonellen und kommunikativen Fähigkeiten (Zraick et al. 2003) sowie der Reflexionsfähigkeit (Hill et al. 2012) geprüft. Ein signifikanter Effekt auf die interpersonellen und kommunikativen Fähigkeiten durch eine Unterrichtseinheit mit dem Einsatz einer Simulationspatientin bzw. eines Simulationspatienten bei Studierenden im ersten Semester lässt sich nicht nachweisen (Zraick et al. 2003, 242). Die Studie von Hill et al. (2012, 419ff.) belegt zwar, dass die Mehrzahl der Dritt- bzw. Viertsemester-Studierenden der Logopädie über Merkmale von Reflexionsfähigkeit verfügen, der Nachweis eines Zuwachses durch die Intervention (je drei Lerneinheiten mit einer Simulationspatientin bzw. einem Simulationspatienten) konnte aber nicht erbracht werden. Eine weitere Studie betrachtet ein komplexeres Interventionsprogramm, in das ebenfalls Simulationen therapeutischer Behandlungen integriert sind, die Teilnehmer\_innen aber darüber hinaus Feedback von erfahrenden Logopäd\_innen erhalten. Das Interventionsprogramm führt der Studie zufolge zu einer signifikanten Verbesserung der therapeutischen Interaktion. Da sowohl Bachelor- als auch Masterstudierende teilnahmen, können aber keine differenzierten Aussagen zu dem Lernzuwachs des Programms in Bezug auf die akademische Primärqualifikation der Logopäd\_innen getroffen werden. Die Entwicklung und die Implementierung eines interdisziplinären Lernmodells am Arbeitsplatz für Masterstudierende im Abschlussjahr untersucht Baxter (2004). Dieses Programm wird mittels qualitativer Feedbacks und Gruppendiskussionen sowie anhand eines standardisierten Instruments, der „Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)“ evaluiert. Die Masterstudierenden geben u.a. an, dass sie das Lernsetting bestehend aus Studierenden der Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie, Pflege und Medizin und Lehrenden aus den genannten Professionen als hilfreich empfanden, dass sie aufgrund des interdisziplinären Lernmodells die Rollen der anderen Professionen besser verstehen und das Konzept ihnen ermöglicht, besser in einem multiprofessionellen Team zu arbeiten. Zudem konstatieren sie, dass das Klient\_innen-Verständnis zunehme (Baxter 2004, 105f.). Das systematische Review von Scott et al. (2012) verweist auf zwei Interventionsstudien zum Wis-

senstransfer in der logopädischen Ausbildung, wobei die angeführte quantitative Untersuchung zu keinem signifikantes Ergebnis kommt und die qualitative ebenfalls keinen eindeutig positiven Effekt einer einmaligen Intervention feststellt. Einzig die Studie von Kaplan und Dreyer aus dem Jahr 1974 beschreibt positive Auswirkungen der Gruppenintervention zur Stärkung des Selbstbewusstseins auf die Therapeut\_innen-Klient\_innen-Beziehung im Hinblick auf die soziale Betreuung, die positiven mimischen und gestischen Rückmeldungen sowie das achtsame und nicht restriktive Verhalten der Studierenden.

Neben den geschilderten pädagogischen Interventionsstudien befassen sich einzelne Untersuchungen mit Lernergebnissen ihrer Ausbildungsprogramme. Hoben et al. (2007) legen dar, dass Studierende der Logopädie Schwierigkeiten zeigen, Probleme auf einer tiefergehenden, abstrakten Ebene zu erfassen, die diagnostische Vorgehensweise zu planen, eingehende Informationen zu ordnen, die Entwicklung zu evaluieren und Befunde zu interpretieren. Dies betrifft sowohl Master- als auch Bachelorstudierende, denn es wurde keine Trennung zwischen den beiden Gruppen vorgenommen. Eine weitere Untersuchung kommt zu dem Schluss, dass Logopäd\_innen in US-amerikanischen, öffentlichen Schulen ihr Wissen über Genetik mehrheitlich im Web-basierten Selbststudium und durch internetgestützter Recherche sowie durch die betriebliche Ausbildung, aus Zeitungen und der Boulevardpresse erwerben (Tramontana et al. 2013, 106).

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

### **1.3 Zusammenfassung**

Auf der Basis der Literaturrecherche in den Datenbanken Pubmed, CINAHL, Cochrane und SpeechBITE konnte keine Untersuchung zum Zusammenhang zwischen akademischer Primärqualifikation der Logopäd\_innen und dem Patient\_innenoutcome ermittelt werden. Die gefundenen Studien fokussieren entweder die Lernergebnisse der akademischen Ausbildung hinsichtlich der allgemeinen Kompetenzen der Absolvent\_innen oder die Effekte pädagogischer Interventionen. Nur einige wenige nehmen Bezug auf das learning outcome bzw. die Kompetenzen der Studiengangabsolventinnen und -absolventen in der akademischen Erstausbildung.

## 1.4 Literaturverzeichnis

### 1.4.1 Gesichtete Quellen, die eingeschlossen wurden

- ASHA, American Speech-Language-Hearing-Association (2013): Frequently Asked Questions: Speech-Language Pathology Assistants (SLPAs). Verfügbar unter: <http://www.asha.org/associates/SLPA-FAQs.htm#a1> [letzter Zugriff 29.10.2013].
- Baxter, S. (2004): Perspectives and practice: speech and language therapy student views of an interprofessional learning experience. In: *Learning in Health and Social Care* (3) 2, 102-110.
- Hill, A.E.; Davidson, B.J.; Theodoros, D.G. (2012): Reflection on clinical learning in novice speech-language therapy students. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 47 (4), 413-426.
- Hoben, K.; Varley, R.; Cox, R. (2007): Clinical reasoning skill of speech and language therapy students. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 42 (S1), 123-135.
- Horton, S.; Byng, S.; Bunning, K.; Pring, T. (2004): Teaching and learning therapy skills: the effectiveness of classroom as clinic in speech and language therapy student education. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 39 (3), 365-390.
- Kaplan, N.R.; Dreyer, D.E. (1974): The effect of self-awareness training on student speech pathologist-client relationship. In: *Journal of Communication Disorders* 7 (4), 329-342.
- McCartney, E.; Boylew, J.; Bannatyne, S.; Jessiman, E., Campell, C.; Kelsey, C.; Smith, J.; McArthur, J.; O'Hare, A. (2005): 'Thinking for two': a case study of speech and language therapists working through assistants. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 40 (2), 221-235.
- Scott, S.D., Albrecht, L.; O'Leary, K.; Bali, G.D.C.; Hartling, L.; Hofmeyer, A.; Jones, C.A.; Klassen, T.P.; Kovacs Burns, K.; Newton, A.; Thompson, D.; Dryden, D.M. (2012): Systematic review of knowledge translation strategies in the allied health professions. In: *Implimentatin Science* 2012 (7), 70.
- Spek, B.; Wieringa-de Waard, M.; Lucas, C.; van Dijk, N. (2013): Teaching evidence-based Practice (EBP) to speech-language therapy students: are students competent and confident EBP users? In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 48 (4), 444-452.
- Tramontana, G.M.; Blood, I.M.; Blood, G.W. (2012): Speech-language pathologists' knowledge of genitics: Perceived confidence, attitudes, knowledge acquisition and practice-based variables. In: *Journal of Communication Disorders* 46 (1), 100-110.
- Van Lierde, K.M.; D'haeseleer, E.; Wuyts, F.L.; De Ley, S.; Geldorf, R.; De Vuyst, J.; Sofie, C. (2010): The Objective Vocal Quality, Vocal Risk Factors, Vocal Complaints, and Corporal Pain in Dutch Female Students Training to be Speech-Language Pathologists During 4 Years of Study. In: *Journal of Voice* 24 (5), 592-598.
- Warhurst, S.; Madill, C.; McCabe, P.; Heard, R.; Yiu, E. (2010): The Vocal Clarity of Female Speech-Language Pathology Students: An Explorative Study. In: *Journal of Voice* 26 (1), 63-68.

Zraick, R.I.; Allen, R.M.; Johnson, S.B. (2003): The Use of Standardized Patients To Teach and Test Interpersonal and Communication Skill with Students in Speech-Language Pathology. In: *Advanced in Health Science Education* 8 (3), 237-248.

#### 1.4.2 Gesichtete Quellen, die ausgeschlossen wurden

- Anderson, H. (2001): Clinical teaching and mentoring: vital in the development of competent therapists. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 36 (S1), 138-143.
- Bilda, K.; Brenner, S. (2011): Der Modellstudiengang Logopädie der Hochschule für Gesundheit Bochum. In: *Forum Logopädie* 25 (5), 34-41.
- Brodnitz F.S. (1986): Academe and the clinic. In: *ASHA* 28 (12), 25-26.
- Brumfitt, S.; Hoben, K.; Enderby, P.; Goddard, V. (2010): Informing educational change to improve clinical competence. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 36 (S1), 406-410.
- Campell, P.; Ciarello, L.; Wilcox, M.J.; Milbourne, S. (2009): Preparing Therapists as Effective Practitioners in Early Intervention. In: *Infants & Young Children* 22 (1), 21-31.
- Chipchase, L.S.; Buttrum, P.J.; Dunwoodie, R.; Hill, A.E.; Mandrusiak, A.; Moran, M. (2012): Characteristics of student preparedness for clinical learning: clinical educator perspectives using the Delphi approach. In: *BMC Medical Education* 12, 112.
- Chrichton-Smith, I.; Wright, J.; Stackhouse, J. (2003): Attitudes of speech and language therapists towards stammering: 1985 and 2000. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 38 (3), 213-234.
- Duncan, E.A.S.; Murray, J. (2012): The barriers and facilitators to routine outcome measurement by allied health professionals in practice: a systematic review. In: *BMC Health Services Research* 12, 96.
- Farmer A.P.; Légaré F.; Turcot, L.; Grimshaw J.; Harvey, E.; McGowan, J.; Wolf, F.M. (2008): Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes (Review). In: *Cochrane Database Systematic Review* 2008 (3), CD004398.
- Fellows, D.; Wilkinson, S.; Moore, P. (2004): Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/ or carers. In: *Cochrane Database Systematic Review* 2004 (2), CD003751.
- Finn, P. (2010): Critical thinking: knowledge and skills for evidence-based practice. In: *Language, Speech & Hearing Services in Schools* 42 (1), 69-72.
- Gillam, Sandra L.; Gillam, Ronald B (2006): Making Evidence-Based Decisions About Child Language Intervention in Schools. In: *Language, Speech & Hearing Services in Schools* 37 (4), 304-315.
- Greenwald, M.L. (2006): Teaching Research Methods in Communication Disorders: A Problem-Based Learning Approach. In: *Communication Disorders Quarterly* 27 (3), 173-179.
- Hancock A.B.; Brundage S.B. (2010): Formative feedback, rubrics, and assessment of professional competency through a speech-language pathology graduate program. In: *Journal of allied health* 39 (2), 110-119.

- Hahn, V. (2008): Was brache uns das Studium? Eine Absolventenbefragung des Studiengangs für Logopädie der HAWK Hildesheim. In: *Forum Logopädie* 22 (4), 30-33.
- Hersh, D.; Cruice, M. (2010): Beginning to teach the end: the importance of including discharge from aphasia therapy in the curriculum. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 45 (3), 263-274.
- Hetzroni, O.E.; Tannous, J. (2004): Effects of a Computer-Based Intervention Program on the Communicative Function of Children with Autism. In: *Journal of Autism and Developmental Disorders* 34 (2), 95-113.
- Ho, D.W.; Whitehill, T.L.; Ciocca, V. (2013): Performance of speech-language pathology students in problem-based learning tutorials and in clinical practice. In: *Clinical Linguistics and Phonetics, Early Online*: 1-15.
- Ho, D.W.; Whitehill, T. (2009): Clinical supervision of speech-language pathology students: Comparison of two models of feedback. In: *International Journal of Speech-Language Pathology* 11 (3), 244-255.
- Huttunen, K.H. (2001): Educational needs of speech and language therapists in the field of audiology. In: *Scandinavian Audiology* 30 (52), 88-89.
- Jin, L.; Hill, H. (2001): Students' expectations of learning key skills and knowledge. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 36 (S1), 333-338.
- Justice, L.M.; Fey, M.E. (2004): Evidence-Based Practice in Schools. Integrating Craft and Theory with Science and Data. In: *ASHA Leader* 9 (17), 30-32.
- Leahy, M.M.; McTiernan, K.; Smith, M.M.; Walsh, I.P.; Walshe, M.; Ni Colmain, C. (2010): Foundation Studies in Education for Therapy Practice: Curriculum Updating. In: *Folia Phoniatica et Logopaedica* 62 (5), 255-259.
- Less, R.; Stark, C.; Baird, J.; Birse, S. (2000): Primary care professionals' knowledge and attitudes on speech disfluency in pre-school children. In: *Child Language Teaching and Therapy* 16 (3), 241-254.
- Litosseliti, L.; Leadbeater, C. (2011): Speech and language therapy/ pathology: perspective on a gendered profession. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 48 (1), 90-101.
- McAllister, S.; Lincoln, M.; Ferguson, A.; McAllister, L. (2011): A systematic program of research regarding the assessment of speech-language pathology competencies. In: *International Journal of Speech-Language Pathology* 13(6), 469-479.
- McAllister, S.; Lincoln, M.; Ferguson, A.; McAllister, L. (2010): Issues in developing valid assessments of speech pathology students' performance in the workplace. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 45 (1), 1-14.
- McCartney, E. (2002): Cross-sector working: speech and language therapists in education. In: *Journal of Management in Medicine* 16(1), 67-77.
- McQuiston, S., Kloczko, N. (2011): Speech and language development: monitoring process and problems. In: *Pediatrics in Review* 32 (6), 230-238.
- Mitchell, M.M.; Kampfe, C.M. (1993): Student Coping Strategies and Perceptions of Fieldwork. In: *The American Journal of Occupational Therapy* 47 (6), 535-540.
- Moore, P.M.; Rivera Mercado, S.; Grez Artigues M.; Lawrie T.A. (2013): Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. In: *Cochrane Database Systematic Review* 2013 (3), CD003751.

- Pain, K.; Magill-Evans, J.; Darrah, J.; Hagler, P.; Warren, S. (2004): Effects of profession and facility type on research utilization by rehabilitation professionals. In: *Journal of allied health* 33 (1), 3-9.
- Preis, J. (2008): Effect of an Undergraduate Elective Course, Cultural Diversity in Communication, on Attitudes and Behavior of Communication Science and Disorders Students: A Pilot Study. *Journal of Allied Health* 37 (4), 255E- 277E.
- Quattlebaum, P.; Stepling, M. (2010): Preparation for ending therapeutic relationships. In: *International Journal of Speech-Language Pathology* 12 (4), 313-316.
- Reeves, S.; Zwarenstein, M.; Barr, H.; Freeth, D.; Hammick, M.; Koppel, I. (2009): Inter-professional education: effects on professional practice and health care outcomes (Review). In: *Cochrane Database Systematic Review* 2009 (4), CD002213.
- Rodger, S.; Webb, G.; Devitt, L.; Gilbert, J.; Wrightson, P.; McMeeken, J. (2008): Clinical Education and Practice Placements in the Allied Health Professions: An International Perspective. In: *Journal of Allied Health* 37 (1), 53-62.
- Rondon, S.; Chiarion Sassi, F.; Furquim, C.R. (2013): Computer game-based and traditional learning method: a comparison regarding students' knowledge retention. IN: *BMC Medical Education* 13, 30
- Slattery, J.; Douglas, J. (2013): An exploration of novice and experienced problem-based learning facilitators' perceptions of their roles in a speech-language pathology programme. Does experience matter? In: *Clinical Linguistics and Phonetics*, Early Online: 1-12.
- Sheepway, L.; Lincoln, M.; Togher, L. (2010): An international study of clinical education practices in speech-language pathology. In: *International Journal of Speech-Language Pathology* 13 (2), 174-185.
- Spek, B.; Wieringa-de Waard, M.; Lucas, C.; van Dijk, N. (2013): Competent in evidence-based practice (EBP): validation and measurement tool that measures EBP self-efficacy and task value in speech-language therapy students. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 48 (4), 453-457.
- Schaub-de Jong, M.A.; van der Schans, C.P. (2010): Teaching Reflection: Speech & Language Therapy Students Using Visual Clues for Reflection. In: *Education for Health* 23 (3), 285.
- Smith, C.H.; Mahon, M.; Newton, C. (2013): Speech and language therapy students: how do those with 'non traditional' university entry qualifications perform? In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 48 (4), 394-401.
- Upton, D.; Upton, P. (2006): Knowledge and use of evidence-based practice by allied health and health science professionals in the United Kingdom. In: *Journal of allied health* 35 (3), 127-133.
- Tyler, A.A. (2008): What works: evidence-based intervention for children with speech sound disorders. In: *Seminar in Speech & Language* 29 (4), 320-330.
- van Mersbergen, M.; Ostrem, J.; Titze, I.R. (2001): Preparation of the Speech-Language Pathologist Specializing in Voice: An Educational Survey. In: *Journal of Voice* 15 (2), 237-250.
- Walden, P.R.; Bryan, V.C. (2011): Speech-language pathologists' informal learning in healthcare settings: behaviours and motivations. In: *International Journal of Speech-Language Pathology* 13 (4), 378-388.

Zipoli, R.P. Jr.; Kennedy, M. (2005): Evidence-based practice among speech-language pathologists: attitudes, utilization, and barriers. In: American Journal of Speech-Language Pathology 14 (3) 208-220.

## 2 Literaturreview Hebammen / Entbindungspfleger

### 2.1 Methode

Um international und national relevante empirisch gestützte Studienergebnisse zum Zusammenhang zwischen einer akademischen Primärqualifikation der Hebammen und Entbindungspfleger und dem Patient\_innenoutcome zu identifizieren, wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Pubmed, CINAHL und Cochrane durchgeführt. Mittels der Begriffe bachelor, baccalaureate, graduate, educational level, education, competency, competence, midwifery, midwife, patient outcome, effect, benefit, outcome, intervention, birth, interaction, maternity, disability, morbidity und entsprechenden logischen Booleschen Operatoren wurde in den genannten Datenbanken systematisch über Freitext- als auch Schlagwortsuche recherchiert. Eingeschlossen wurden deutsche und englischsprachige Publikationen, eine zeitliche und methodische Begrenzung wurde nicht vorgenommen, da die Datenlage sich übersichtlich zeigte. Berücksichtigt wurden alle Studien des westlichen Kulturraums mit Aussagen zum Zusammenhang zwischen akademischer Primärqualifikation der Hebammen und Entbindungspfleger und dem Patient\_innenoutcome sowie den Effekten der akademischen Ausbildung in der Hebammenkunde.

Die angewendete Suchstrategie sowie der Auswahl- und Ausschlussprozess, der während der Recherche durchlaufen wurde, werden in nachfolgenden Tabellen dargelegt.

**Tabelle 9: Recherche in Pubmed, Datenbestand vom 25. - 30.09.2013**

Nr.	Suchanfrage	Anzahl	Relevante <sup>43</sup> Publikationen „Zusammenhang akademische Qualifikation und Patient_innenoutcome“	Relevante Publikationen „learning outcome“
#1	midwifery AND bachelor AND patient outcome Filters: English; German	1	0	1
#2	midwifery AND bachelor AND effect* Filters: English; German	28	0	3
#3	midwifery AND bachelor Filters: English; German	119	0	8
#4	midwifery AND baccalaureate AND patient outcome Filters: English; German	5	0	0

<sup>43</sup> nach Sichtung der Titel und Abstracts

#5	midwifery AND baccalaureate AND outcome Filters: English; German	21	0	0
#6	midwifery AND baccalaureate AND effect* Filters: English; German	117	0	3
#7	midwifery AND baccalaureate AND benefit Filters: English; German	13	0	0
#8	midwifery AND graduate AND patient outcome Filters: English; German	13	0	0
#9	midwifery AND graduate AND outcome Filters: English; German	39	0	0
#10	midwifery AND graduate AND effect* Filters: English; German	115	0	1
#11	midwifery AND graduate AND benefit Filters: English; German	17	0	0
#12	midwifery AND education AND patient outcome Filters: English; German	311	0	0
#13	midwifery AND education AND effects Filters: English; German	545	0	0
#14	midwifery AND education AND effect Filters: English; German	365	0	2
#15	midwifery AND education AND learning outcome Filters: English; German	58	0	0
#16	midwifery AND education AND benefit Filters: English; German	219	2	0
#17	midwifery AND educational level AND (benefit OR effect OR outcome) Filters: English; German	100	1	0
#18	midwifery AND competenc* AND patient outcome Filters: English; German	73	0	0
#19	midwifery AND competenc* AND (benefit OR effect OR outcome) Filters: English; German	274	1	1
#20	midwifery AND bachelor AND (intervention OR birth OR interaction OR maternity OR disability OR morbidity) Filters: English; German	26	0	2

#21	midwifery AND graduate AND (intervention OR birth OR interaction OR maternity OR disability OR morbidity) Filters: English; German	93	0	1
#22	midwifery AND baccalaureate AND (intervention OR birth OR interaction OR maternity OR disability OR morbidity) Filters: English; German	75	0	0

**Tabelle 10: Recherche in CINAHL, Datenbestand vom 26. - 30.09.2013**

Nr.	Suchanfrage	Anzahl	Relevante Publikationen „Zusammenhang akademische Qualifikation und Patient_innenoutcome“	Relevante Publikationen „learning outcome“
#1	TX midwi* AND TX bachelor Limiters - Language: English, German	169	0	2
#2	TX midwi* AND TX baccalaureate TX (outcome OR effect* OR benefit) Limiters - Language: English, German	149	0	1
#3	TX midwi* AND TX graduate AND TX (effect* OR benefit OR outcome) Limiters - Language: English, German	289	2	1
#4	TX midwi* AND TX educational level AND TX (effect* OR benefit OR outcome) Limiters - Language: English, German	17	0	0
#5	midwi* AND education AND (effect* OR benefit OR outcome) Limiters - Language: English, German	907	1	3
#6	midwi* AND bachelor AND intervention Limiters - Language: English, German	1	0	0
#7	TX midwi* AND TX bachelor AND TX intervention Limiters - Language: English, German	18	0	0

#8	TX midwi* AND TX bachelor AND TX birth Limiters - Language: English, German	36	0	2
#9	TX midwi* AND TX bachelor AND TX breastfeeding Limiters - Language: English, German	2	0	0
#10	TX midwi* AND TX bachelor AND TX breast feeding Limiters - Language: English, German	2	0	0
#11	TX midwi* AND TX bachelor AND TX informed choice Limiters - Language: English, German	0		
#12	TX midwi* AND TX bachelor AND TX section Limiters - Language: English, German	22	0	0
#13	TX midwi* AND TX bachelor AND TX interaction Limiters - Language: English, German	5	0	0
#14	TX midwi* AND TX bachelor AND TX maternity Limiters - Language: English, German	10	0	0
#15	TX midwi* AND TX bachelor AND TX disability Limiters - Language: English, German	11	0	0
#16	TX midwi* AND TX bachelor AND TX morbidity Limiters - Language: English, German	0	0	0
#17	TX midwi* AND TX graduate AND TX intervention Limiters - Language: English, German	94	0	0
#18	TX midwi* AND TX graduate AND TX birth Limiters - Language: English, German	134	0	1
#19	TX midwi* AND TX graduate AND TX (breastfeeding OR breast feeding) Limiters - Language: English, German	20	0	0
#20	TX midwi* AND TX graduate AND informed choice Limiters - Language: English, German	3	0	0
#21	TX midwi* AND TX graduate AND section Limiters - Language: English, German	106	0	1

#22	TX midwi* AND TX graduate AND interaction Limiters - Language: English, German	31	0	0
#23	TX midwi* AND TX graduate AND maternity Limiters - Language: English, German	44	1	0
#24	TX midwi* AND TX graduate AND disability Limiters - Language: English, German	52	0	0
#25	TX midwi* AND TX graduate AND morbidity Limiters - Language: English, German	6	0	0
#26	TX midwi* AND TX baccalaureate AND TX intervention Limiters - Language: English, German	54	0	0
#27	TX midwi* AND TX baccalaureate AND TX birth Limiters - Language: English, German	45	0	0
#28	TX midwi* AND TX baccalaureate AND TX section Limiters - Language: English, German	68	0	0
#29	TX midwi* AND TX baccalaureate AND TX (interaction OR maternity OR disability OR morbidity) Limiters - Language: English, German	63	0	0
#30	TX midwi* AND TX competenc* AND TX (effect* OR benefit OR outcome) Limiters - Language: English, German	448	0	0

**Tabelle 11: Recherche in Cochrane Library, Datenbestand vom 30.09.2013**

Nr.	Suchanfrage	Anzahl	Relevante Publikationen „Zusammenhang akademische Qualifikation und Patient_innenoutcome“	Relevante Publikationen „learning outcome“
	midwi* AND bachelor	0		
	midwi* AND graduate	1	0	0
	midwi* AND baccalaureate	1	0	0
	midwi* AND education	5	0	0
	midwi* AND educational level	1		
	midwi* AND competenc*	6	0	0

## 2.2 Ergebnisse

Durch die verschiedenen Recherchestrategien in den angeführten Datenbanken wurden insgesamt 5447 Datensätze aufgedeckt. Die Sichtung der Titel und Abstracts ergab im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen akademischer Primärqualifikation der Hebammen und Entbindungspfleger und dem Patient\_innenoutcome acht relevante Eintragungen bzw. im Hinblick auf Lernergebnisse und Kompetenzen der Hochschulausbildung in der Hebammenkunde 33 Vermerke. Bereits in der Begutachtung der Titel und Abstracts wurde deutlich, dass in vorliegenden Untersuchungen häufig keine Differenzierung zwischen den Studierenden in der Hebammenkunde und in der Pflegewissenschaft vorgenommen wird und somit keine spezifischen, trennscharfen Belege zur akademischen Primärqualifikation bzw. zu den Lernergebnissen in der Hebammenkunde vorliegen. Darüber hinaus werden Lernergebnisse hochschulischer Ausbildung zumeist nur im Zusammenhang mit der Evaluation pädagogischer Interventionen (z.B. POL, Simulation) oder hinsichtlich spezifischer Fortbildungsprogramme (z.B. Still- und Laktationsberatung) erfasst. Das Patient\_innenoutcome wird lediglich als Ergebnis einer hebammengeleiteten Intervention und nicht als Ergebnis eines bestimmten Qualifikationsniveaus untersucht.

Nach dem Ausschluss redundanter Belege wurden insgesamt 20 Artikel im Volltext geprüft. Weitere relevante Publikationen konnten durch die Schneeballmethode mit Sichtung der Literaturverzeichnisse der gefundenen Quellen nicht festgestellt werden. Anhand ihrer Fragestellungen wurden die Volltextbeiträge geordnet und bewertet. Dabei wurden Publikationen ausgeschlossen, die zum Zusammenhang zwischen akademischer Primärqualifikation und dem Patient\_innenoutcome bzw. zu den Lernergebnissen der hochschulischen Ausbildung in der Hebammenkunde keine spezifischen bzw. neuen Ergebnisse (d.h. Diskussionspapiere etc.) liefern, methodische Schwächen haben und sich nicht auf den westlichen Kulturraum beziehen. Da die Auswahl und die Qualitätsbeurteilung nur durch die Autorin erfolgten, kann keine Interrater-Reliabilität bestimmt werden.

Auf Grundlage der Begutachtung der Volltexte konnten nur zwei Studien ermittelt werden, die Lernergebnisse der hochschulischen Ausbildung in der Hebammenkunde dokumentieren. Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen akademischer Primärqualifikation in der Hebammenkunde und dem Patient\_innenoutcome liegen allerdings nicht vor. Die Querschnittuntersuchung von McKenna et al. (2011) fokussiert die Entwicklung von Empathie im dreijährigen Bachelorstudiengang Hebammenkunde, wobei die Messung anhand des Messinstruments „Jefferson Scala of Physician Empathy (JSPE)-Health Professional (HP) Version“ erfolgte. Anhand der Untersuchung wird nachgewiesen, dass Studierende höherer Fachsemester auch höhere Empathiewerte erzielen als ihre Kommiliton\_innen aus niedrigeren Fachsemestern. Allerdings liegt der Mittelwert an Empathie für die untersuchte Gruppe insgesamt unter dem der Kohorten anderer Studien, die das Instrument JSPH nutzten, sodass das Ergebnis kritisch zu betrachten ist. Auch lassen sich durch Querschnittuntersuchungen keine ursächlichen Zusammenhänge ermitteln. Hinweise auf die von der Profession erwarteten Kompetenzen gibt die Studie von Fasan et al. (2012), auch wenn diese aufgrund der methodischen Schwächen nur sehr begrenzte Aussagekraft besitzt. Sie deutet aber darauf hin, dass Absolvent\_innen der Bachelorstudiengänge in der Hebammenkunde zweier verschiedener italienischer Universitäten in der Mehrzahl ein ausreichendes Maß an Kernkompetenzen erkennen lassen (Fasan et al. 2012, 212).

## 2.3 Zusammenfassung

Studien zum Zusammenhang zwischen einer akademischen Primärqualifikation in der Hebammenkunde und dem Patient\_innenoutcome konnten anhand der Literaturrecherche in den Datenbanken Pubmed, CINAHL und Cochrane nicht ermittelt werden. Ebenso liegen kaum Studienergebnisse zu den Lernergebnissen bzw. Kompetenzen der Studiengangabsolvent\_innen in der Hebammenkunde vor. Zudem stützen sich die beiden gefundenen (quantitativen) Studien nur auf kleine Stichproben, sodass sich die Ergebnisse kaum verallgemeinern lassen. Es besteht folglich eine erhebliche Forschungslücke hinsichtlich der Effekte von Bachelorstudiengängen in der Hebammenkunde.

## 2.4 Literaturverzeichnis

### 2.4.1 Gesichtete Quellen, die eingeschlossen wurden

Fasan, J.; Zavarise, D.; Palese, A.; Marchesoni, D. (2012): Midwifery students' perceived independence within the core competencies expected of the midwifery community upon graduation: an Italian study. In: *International Nursing Review* 59 (2), 208-214.

McKenna, L.; Boyle, M.; Brown, T.; Williams, B.; Molloy, A.; Lewis, B.; Molloy, L. (2011): Levels of empathy in undergraduate midwifery students: An Australian cross-sectional study. In: *Woman and Birth* 24 (2), 80-84.

### 2.4.2 Gesichtete Quellen, die ausgeschlossen wurden

Allen, J.; Brown, L.; Duff, C.; Nesbitt, P.; Hepner, A. (2013): Development and evaluation of a teaching and learning approach in cross-cultural care and antidiscrimination in university nursing students. In: *Nurse Education Today*. In Press. Available online 15 January 2013.

Blais, R.; Joubert, P.; (2000): Evaluation of the Midwifery Pilot Project in Quebec: An Overview. In: *Canadian Journal of Public Health* 91 (1), 11-14.

Clarke, J.C.; Warr, J. (1997): Academic validation of prior and experiential learning: evaluation of the process. In: *Journal of Advanced Nursing* 26 (6), 1235-1242.

Cragin, L.; Powell Kennedy, H. (2006): Linking Obstetric and Midwifery Practice With Optimal Outcomes. In: *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 35 (6), 779-785.

Davis, D.; Foureur, M.; Clements, V.; Brodie, P.; Herbison, P. (2012): The self reported confidence of newly graduated midwives before and after their first year of practice in Sydney, Australia. In: *Woman and Birth* 25 (3), e1-e10.

Erfanian, F.; Khadivzadeh, T. (2011): Evaluation of midwifery students' competency in providing intrauterine device services using objective structured clinical examination. In: *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 16 (3), 191-196.

Fraser, D.M.; Hughes, A.J. (2009): Perceptions of motherhood: The effect of experience and knowledge on midwifery students. In: *Midwifery* 25 (3), 307-316.

Hardwick, S.; Jordan, S. (2002): The impact of part-time post-registration degrees on practice. In: *Journal of Advanced Nursing* 38 (5), 524-535.

- Hastings-Tolsma, M.; Vincent, D.; Park, J.-H.; Pan, D. (2009): Treatments patterns and outcomes in a low-risk nurse-midwifery practice. In: *Applied Nursing research* 22 (1), 10-17.
- Lauder, W.; Watson, R.; Topping, K.; Holland, K.; Johnson, M.; Porter, M.; Roxburgh, M.; Behr, A. (2008): An evaluation of fitness for practice curricula: self-efficacy, support and self-reported competence in preregistration student nurses and midwives. In: *Journal of Clinical Nursing* 17 (14), 1858-1867.
- McCall, L.; Wray, N.; McKenna, L. (2009): Influence of clinical placement on undergraduate midwifery students' career intentions. In: *Midwifery* 25 (4), 403-410.
- McKenna, L.; Gilmore, C.; Biro, M.A.; McIntyre, M.; Bailey, C.; Jones, J.; Miles, M.; Hall, H.; McLellend, G. (2012): Undergraduate midwifery students' sense of belongingness in clinical practice. In: *Nurse Education Today* 33 (8), 880-883.
- Mehl-Madrone, L.; Mehl Madrone, M. (1997): Physician- and midwifery-attended home birth. Effects of Breech, Twin, and Post-Dates Outcome Data on Mortality Rates. In: *Journal of Nurse-Midwifery* 42 (2), 91-98.
- Mirmolei, T.; Shabani, H.; Babaei, G.; Abdehagh, Z. (2004): Comparison of critical thinking among first and last trimester baccalaureate midwifery students. In: *Hayat* 10 (3) 69-77.
- Norman, I.J.; Watson, R.; Murrells, T.; Calman, L.; Redfern, S. (2001): The validity and reliability of methods to assess the competence to practise of pre-registration nursing and midwifery students. In: *International Journal of Nursing Studies* 39 (2), 133-145.
- Rolls, C.; McGuinness, B. (2007): Women's experiences of a Follow Through Journey Program with Bachelor of Midwifery students. In: *Woman and Birth* 20 (4), 149-152.
- Sutcliffe, K.; Caird, J.; Kavanagh, J.; Res, R.; Oliver, K.; Dickson, K.; Woodman, J.; Barnett-Paige, B.; Thomas, J. (2012): Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. In: *Journal of Advanced Nursing* 68 (11), 2376-2386.
- Vincent, D.; Hastings-Tolsma, M. (2004): Down the Rabbit Hole: Examining Outcomes of Nurse Midwifery Care. In: *Journal of Nursing Care Quality* 9 (4), 361-367.

## **IV. Erste Zwischenergebnisse: Online- Befragung der Studierenden (Kohorte WS 2010/11)**

Prof. Dr. Stefan Görres

Dr. Martina Stöver

Jaqueline Bomball

Christin Adrian

Jenny Oldenburger

**Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)**

**Abteilung 3: Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung“ (iap)**

Bremen, Dezember 2013

# 1 Einleitung

Seit Inkrafttreten der pflegerischen Berufsgesetze 2003 und 2004, sowie des Gesetzes zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäd\_innen, Physiotherapeut\_innen und Ergotherapeut\_innen (ModellKIG) 2009 können duale bzw. primärqualifizierende Studiengänge für die entsprechenden Berufe entwickelt und eingerichtet werden, die neben dem Bachelorabschluss auch zu einer Berufszulassung führen.

Das Bundesland Nordrhein-Westfalen hat in den letzten Jahren zehn Modellstudiengänge genehmigt, die im Auftrag für das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) vom Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen und der Katholischen Stiftungshochschule München wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden.

Als Teil des Leistungspaketes B (Punkt: 7 - Bewertung), welches die geordnete und synthetisierende Auswertung von Daten und Informationen über zehn der elf Modellstudiengänge an fünf (Hoch-)Schulen im Bundesland Nordrhein-Westfalen umfasst (der Logopädiestudiengang an der RWTH Aachen wird lt. Vertrag nicht in die Onlineerhebung einbezogen), widmet sich der vorliegende Zwischenbericht der deskriptiven Darstellung erster Zwischenergebnisse der Online-Befragung der ersten Studierenden-Kohorte (Start: WS 2010/2011).

Die Einbettung der Ergebnisse in den aktuellen Stand der Forschung sowie eine vertiefende Analyse der Daten werden sowohl im Anschluss an die zweite Onlinebefragung der 1. Kohorte als auch im Anschluss an die Onlinebefragung der 2. Kohorte, die im Wintersemester 2011/2012 startete, erfolgen (vgl. Kap. 3).

## 2 Ziele

Ziel des Evaluationsauftrages ist es laut Leistungspaket B: 7. Bewertung, die Studierenden zu möglichst vielfältigen Aspekten der Faktorengruppen des Evaluationsmodells nach Ditton (2006) zu befragen.

Ditton (2006) unterscheidet in seinem „Modell zu Evaluation und Qualitätssicherung im Bildungswesen“ erstens und zweitens die Bedingungen bzw. die Intentionen (*intendiertes Curriculum*), drittens und viertens die Qualität der einzelnen Bildungseinrichtungen bzw. die Qualität der Lehr- und Lernsituation (*implementiertes Curriculum*) und fünftens und sechstens den Output bzw. das Outcome (*erreichtes Curriculum*).

Ziel dieses Zwischenberichtes ist es vor diesem Hintergrund, erste Meinungen zur Bewährung der Modellvorhaben aus Sicht der Studierenden zu ermitteln sowie Bedarfe und Herausforderungen in Bezug auf die Weiterentwicklung der Studiengänge ausfindig zu machen. Im Rahmen der ersten Online-Befragung werden dazu, neben der Studienmotivation und den Erwartungen an das jeweilige Studium, spezifische Rahmenbedingungen zum Theorie-Praxis- bzw. Praxis-Theorie-Transfer und zur Berufssozialisation bzw. Rollenwahrnehmung der Studierenden erfragt.

### 3 Methodisches Vorgehen

Methodisch orientiert sich die Untersuchung an einer klassischen Querschnittsstudie (Studienanfängerkohorte WS 2010/11 und WS 2011/12, jeweils ein Messzeitpunkt) und Längsschnittstudie (Studienanfängerkohorte WS 2010/11, zwei Messzeitpunkte)<sup>44</sup>.

Aufgrund des unkomplizierten und bedarfsgerechten Versands des Fragebogens, wird eine Vollerhebung der Zielgruppen mittels einer standardisierten Online-Befragung durchgeführt<sup>45</sup>.

Onlinebefragungen – wie auch alle anderen Formen der Datenerhebung und Untersuchungen am Menschen – stehen immer im besonderen Fokus eines Datenschutzorientierten Forschungsverständnisses. Grundsätzlich werden Fragen des Datenschutzes an der Universität Bremen durch die „Satzung der Universität Bremen über die Erhebung und Verarbeitung von personenbezogenen Daten (DV-Satzung) vom 19.5.2010“<sup>46</sup> geregelt. Dieser Satzung sind die Mitarbeiter\_innen der Universität Bremen verpflichtet. Die Onlinebefragung, deren Ergebnisse im Folgenden beschrieben werden, wurde anonymisiert durchgeführt. Außer der Zuordnung der Teilnehmenden zu den jeweiligen Hochschulen, sind keine weiteren personenbezogenen Rückschlüsse möglich. So wurde der Fragebogen nicht direkt von den Mitarbeiter\_innen des IPP an die Studierenden versandt, sondern als Link an die Verantwortlichen der Hochschulen geschickt, die diesen dann an die Studierenden weiterleiteten. Dadurch kann ausgeschlossen werden, dass E-Mail-Adresse und Fragebogen in einen Zusammenhang gebracht werden können. Der von den Studierenden bearbeitete Online-Fragebogen wird dann direkt durch die Teilnehmenden in der Onlinesoftware des IPP gespeichert. Die Befragungen werden mit der Internetgestützten Software „questback – EFSsurvey“ durchgeführt. Die QuestBack AG ist zertifiziert nach ISO 27001<sup>47</sup> und verpflichtet sich damit anerkannten Standards in der Datensicherheit. Die Rohdaten verbleiben über die Dauer der Projektlaufzeit auf den uniinternen Rechnern und werden zum Ende des Projektes gelöscht. Das Projektende ist bislang für den 30.12.2014 vorgesehen. Die Daten werden nicht für sekundäranalytische Zwecke genutzt. Die Beschreibung der Daten erfolgt in personenunabhängiger/anonymisierter Form.

Die Feldphase der ersten Online-Erhebung erstreckte sich über den Zeitraum von November 2012 bis Januar 2013. Weitere Datenerhebungen finden im November 2013 (2. Kohorte WS 2011/2012) und im I-II Quartal 2014 (1. Kohorte 2010/2011, 2. Messzeitpunkt) statt (vgl. Abb. 16).

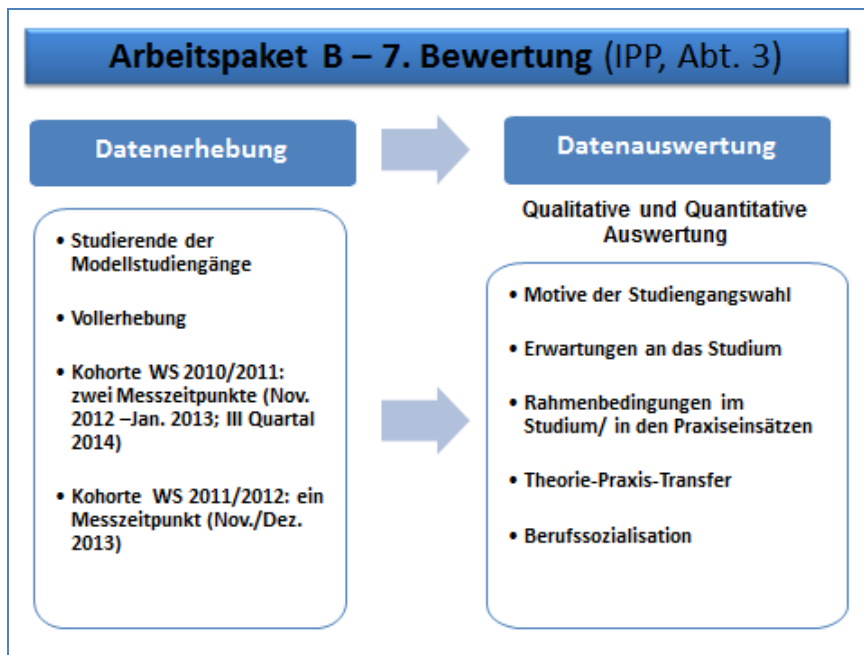
---

44 Bei einer Querschnittsanalyse werden mehrere Merkmale einer repräsentativen Stichprobe zu einem bestimmten Zeitpunkt erhoben (vgl. Börtz & Döring 2002). Bei Längsschnittstudien werden die Daten einer Stichprobe zu mehreren Zeitpunkten erhoben und die Ergebnisse einzelner Untersuchungen miteinander verglichen (vgl. Schell et al. 2005).

45 Die Online- Befragung wurde mit der Software EFS Questback vorgenommen.

46 Diese Satzung wurde gemäß § 80 Abs. 1 durch den Akademischen Senat der Universität Bremen aufgrund § 11 Bremisches Hochschulgesetz (BremHG; Neufassung vom 9.5.2007, BremGBI S.339) auf der Sitzung am 19.5.2010 beschlossen.

47 Alle Informationen zu dieser ISO-Norm sind beim Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik verfügbar. Vgl. [www.bsi.bund.de](http://www.bsi.bund.de) oder: BSI 2008: Zertifizierung nach ISO 27001 auf der Basis von IT-Datenschutz. Bonn.



**Abbildung 16: Zeitpunkte der Datenerhebungen im Arbeitspaket B**

Studierende folgender (Fach-)Hochschulen und Studiengänge wurden in die erste Erhebung einbezogen:

- Hochschule für Gesundheit Bochum:
  - Hebammenkunde (B. Sc.),
  - Logopädie (B. Sc.),
  - Ergotherapie (B. Sc.),
  - Pflege (B. Sc.),
  - Physiotherapie (B. Sc.)
- Fachhochschule Münster:
  - Therapie- und Gesundheitsmanagement (B. Sc.) mit dem Schwerpunkt Physiotherapie
  - Therapie- und Gesundheitsmanagement (B. Sc.) mit dem Schwerpunkt Logopädie
- Fachhochschule Bielefeld:
  - Gesundheits- und Krankenpflege (B. Sc. )
- Matthias Hochschule Rheine:
  - Pflege (B. Sc.)
- Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen Köln:
  - Pflege und Gesundheit (B. Sc.)

### 3.1 Rücklaufquote

Von den insgesamt 287 Studierenden der zehn Modellstudiengänge nahmen 184 Personen an der ersten Online-Befragung (Kohorte WS 2010/2011) teil. Die Gesamtrücklaufquote liegt damit bei 64,1%. Der höchste Rücklauf ist dabei für die Hochschulen Münster (Schwerpunkt Logopädie; 100%), Rheine (84,6%), Bielefeld (83,3%) und Köln (77,0%) zu verzeichnen. Die folgende Tabelle 12 zeigt die differenzierten Rücklaufquoten für alle Studienstandorte und Studiengänge.

**Tabelle 12: Rücklaufquote nach (Fach-)Hochschulen**

Studiengang	Grund- gesamtheit	Rücklauf	Prozent	Gesamt
<b>Bochum</b>				
Hebammenkunde (B. Sc.)	32	8 <sup>48</sup>	25,0%	
Logopädie (B. Sc.)	33	11 <sup>49</sup>	33,3%	
Ergotherapie (B. Sc.)	22	12	54,5%	46,6%
Pflege (B. Sc.)	26	18	69,2%	
Physiotherapie (B. Sc.)	35	20	57,1%	
<b>Münster: Therapie- und Gesundheitsmanagement</b>				
Schwerpunkt Physiotherapie(B. Sc.)	14	9	64,3%	82,1%
Schwerpunkt Logopädie(B. Sc.)	14	14	100,0%	
<b>Bielefeld</b>				
Gesundheits- und Krankenpflege (B. Sc. )	24	20	83,3 %	83,3 %
<b>Rheine</b>				
Pflege (B. Sc.)	26	22	84,6 %	84,6 %
<b>Köln</b>				
Pflege und Gesundheit (B. Sc.)	61	47	77,0 %	77,0 %
Keine Angaben		3		
<b>Gesamt</b>	<b>287</b>	<b>184</b>	<b>64,1%</b>	

48 Aufgrund der geringen Rücklaufquote lassen die Ergebnisse keine Rückschlüsse auf den gesamten Studiengang zu.

49 Aufgrund der geringen Rücklaufquote lassen die Ergebnisse keine Rückschlüsse auf den gesamten Studiengang zu.

## 3.2 Beschreibung des Samples

### *Geschlechterverteilung*

Frauen sind in den Pflege- und Gesundheitsfachberufen<sup>50</sup> deutlich überrepräsentiert. Dies spiegelt sich auch in der Geschlechterverteilung der Studierenden innerhalb der Online-Erhebung wieder: 71,7% der Befragten sind weiblich, während der männliche Anteil bei 12,5% liegt (Abb. 17).

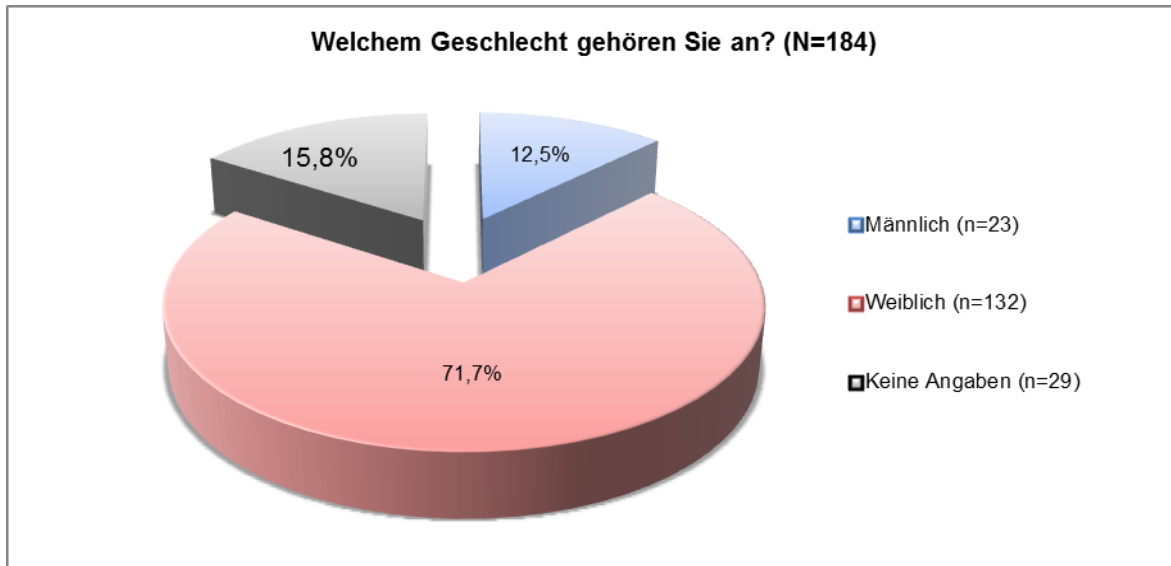


Abbildung 17: Geschlechterverteilung in der Stichprobe

### *Altersverteilung*

Etwa 50% der Befragten sind zwischen 18 und 22 Jahre alt. Zur Altersgruppe der 23 bis 27-Jährigen gehören knapp 27% der Studierenden. Die verbleibenden 11% der Befragten sind 28 Jahre alt und älter. Rund die Hälfte davon (4,9%) sind 33 bis 37-Jährige (Abb.18).

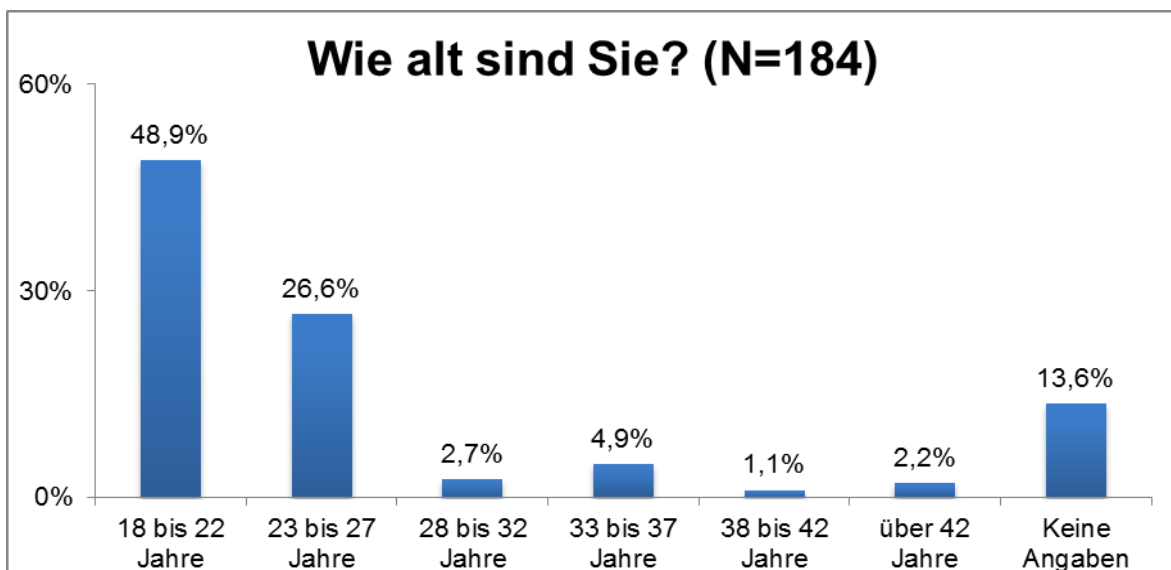
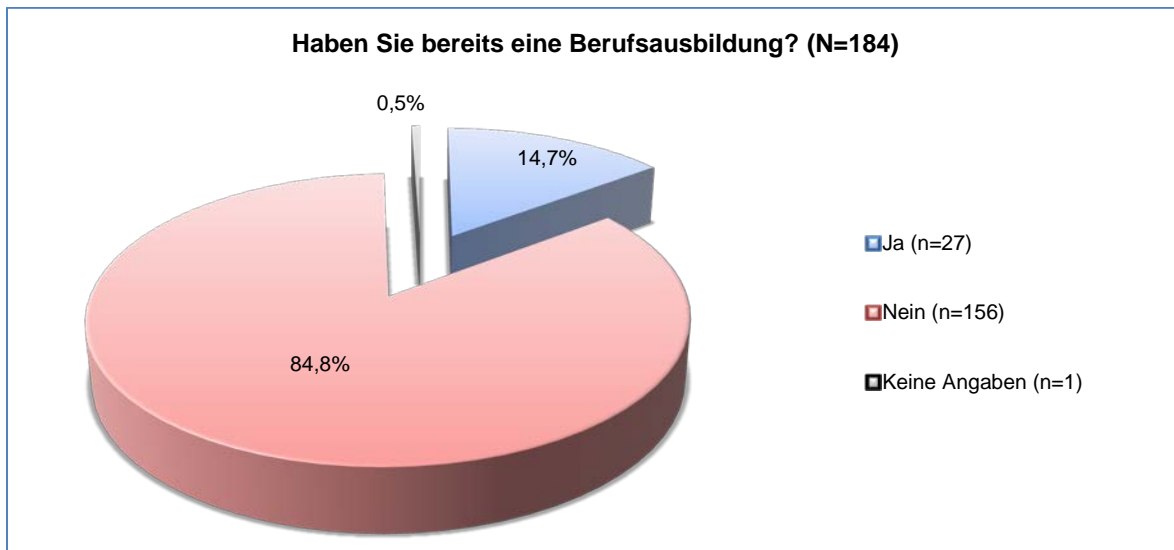


Abbildung 18: Altersverteilung in der Stichprobe

<sup>50</sup> Der Frauenanteil liegt in den Gesundheits- und Pflegeberufen bei 74% und in den Therapeutischen Berufen bei 84% (Statistisches Bundesamt 2011).

### 3.3 Berufsausbildung vor dem Studium

Der Großteil der Studierenden verfügt über keine vorherige Berufsausbildung (84,8%). Knapp 15,0% der Befragten absolvierten bereits vor Beginn des Studiums eine Lehre (Abb. 4).



**Abbildung 19: Abschluss einer Berufsausbildung**

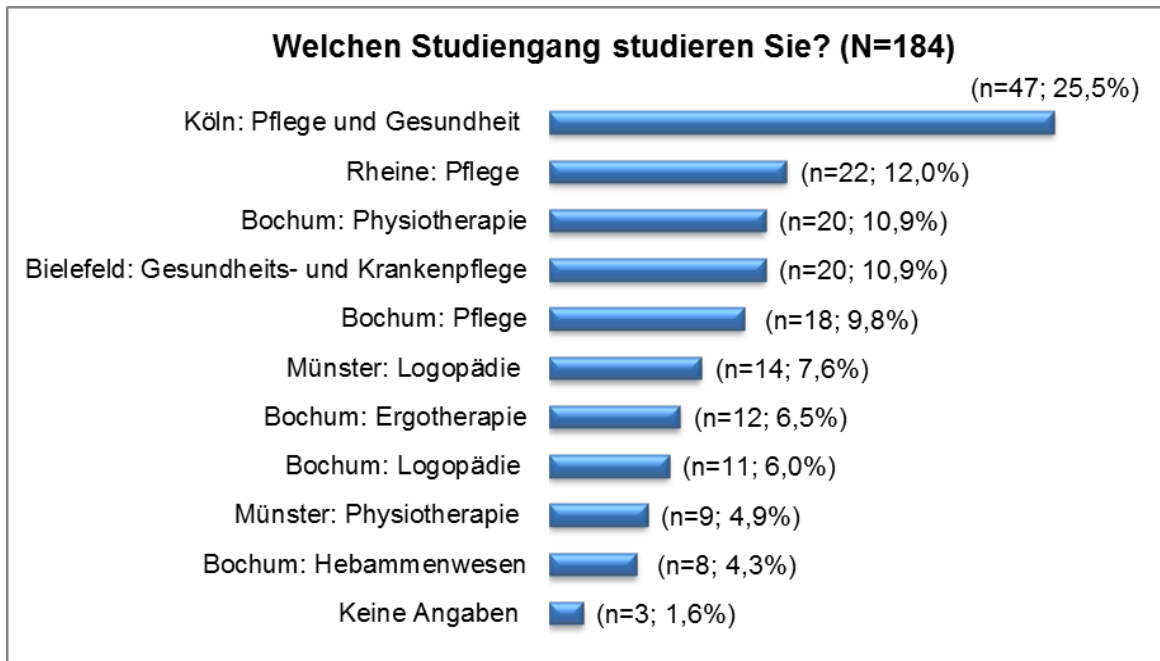
Ein Viertel der Befragten mit Berufsausbildung verfügt über einen kaufmännischen Hintergrund (25,9%). Weitere 18,5% der Studierenden besitzen bereits einen Abschluss in einem Gesundheitsfachberuf (Tab. 13).

**Tabelle 13: Vorherige Berufsausbildung der Studierenden**

Haben Sie bereits eine Berufsausbildung abgeschlossen? Wenn ja, welche? (N=27)				
Berufsfeld	Berufsbezeichnung	Anzahl der Nennungen	Anzahl der Befragten (%)	
<b>Kaufmännische Berufe</b>	Bankkauffrau/-kaufmann, Industriekauffrau/-kaufmann, Betriebswirtschaftslehre	7	7	(25,9%)
<b>Gesundheitsfachberufe</b>	Ergotherapeut_in, Physiotherapeut_in, Gesundheits- und Krankenpfleger_in, Diabetes-berater_in,	5	5	(18,5%)
<b>Med. Assistenzberufe</b>	Rettungssanitäter_in, med. Fachangestellte_r	3	3	(11,1%)
<b>Berufe rund um Sport und Bewegung</b>	Sport- und Gymnastiklehrer_in	2	2	(7,4%)
<b>Soziale Arbeit</b>	Diplomsozialpädagoge_in	2	2	(7,4%)
<b>Sonstige</b>	Innenarchitektur, Tischler, Masseur_in	5	5	(18,5%)
<b>Keine Angaben</b>		3	3	(11,1%)

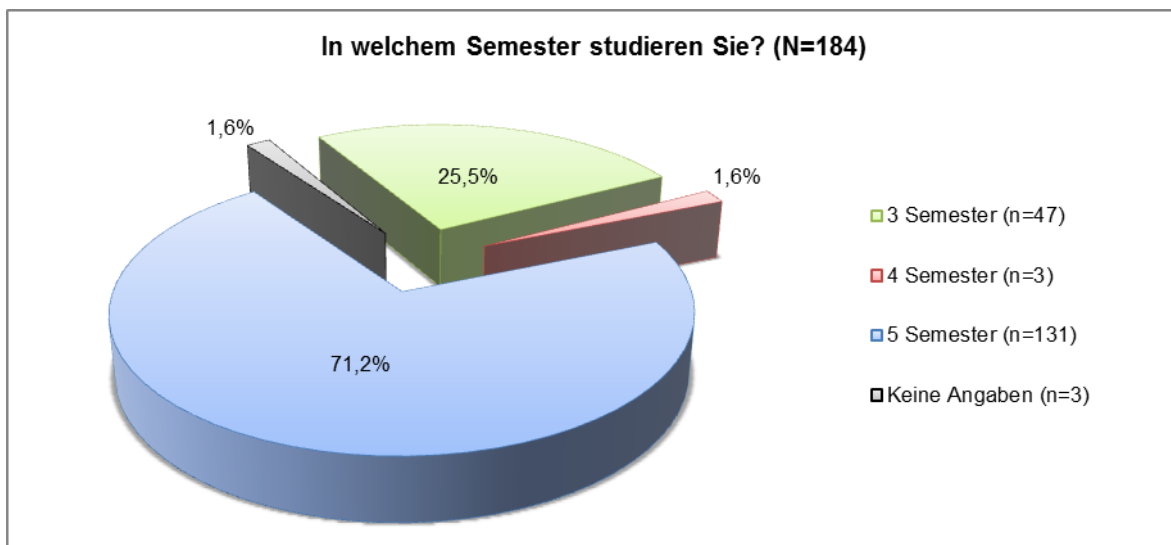
### 3.4 Studiengang/Semester

Insgesamt studiert die Mehrzahl der Befragten in den Studiengängen „Gesundheits- und Krankenpflege“ bzw. „Pflege und Gesundheit“ (n=107, 58,2%), wovon der Großteil (25,5%) an der Katholischen Hochschule NRW studiert. Der Anteil der Studierenden in einem therapeutischen Studiengang bzw. im Studiengang Hebammenkunde beträgt demnach 40,2% (n=74). Die weitere Verteilung ist der nachstehenden Abbildung zu entnehmen (Abb. 20).



**Abbildung 20: Anteil der Studierenden nach Modellstudiengängen**

Die befragten Studierenden befinden sich überwiegend im fünften (71,2%) und im dritten Semester (25,5%) (Abb. 21).



**Abbildung 21: Anteil der Studierenden nach Semestern**

## 4 Zwischenergebnisse

### 4.1 Erwartungen der Studierenden an das Studium/ Studiengangsmotivation

#### *Erwartungen der Studierenden an das Studium*

Am häufigsten erwarten die Studierenden eine "umfassende theoretische und praktische Vorbereitung" auf das Berufsleben (55,8%) sowie "gute Studienbedingungen" im gewählten Studiengang (26,8%). Darüber hinaus richten sich die Erwartungen auf die eigene "Professionalisierung und Qualifizierung" (21,7%), auf "bessere berufliche Perspektiven" (18,1%) sowie auf einen "guten Theorie-Praxis-Transfer" (10,0%). Weitere Aussagen zu den Erwartungen an das Studium sind in Tabelle 14 dargestellt.

**Tabelle 14: Erwartungen der Studierenden an das Studium**

Welche Erwartungen hatten Sie zu Beginn des Studiums? (N = 138, Mehrfachnennungen)			
Erwartungen	Anzahl der Nennungen	Anzahl der Befragten (%)	
Umfassende theoretische und praktische Vorbereitung	86	77	(55,8%)
Gute Studienbedingungen	41	37	(26,8%)
Eigene Professionalisierung und Qualifizierung	31	30	(21,7%)
Gute berufliche Perspektive	26	25	(18,1%)
Guter Theorie-Praxis-Transfer	18	18	(13,0%)
Erweiterung des (Wissens-) Horizonts	17	17	(12,3%)
Keine besonderen Erwartungen	15	15	(10,9%)
Vermittlung von Techniken wissenschaftlichen Arbeitens	13	13	(9,4%)
Qualitativer Abschluss	5	5	(3,6%)
Möglichkeit der Mitwirkung zur Verbesserung des Gesundheitssystems	4	4	(2,9%)
Ähnlicher Ablauf wie die Ausbildung	2	2	(1,4%)
Sonstige	5	4	(2,9%)

#### *Motive für die Wahl des Studienganges*

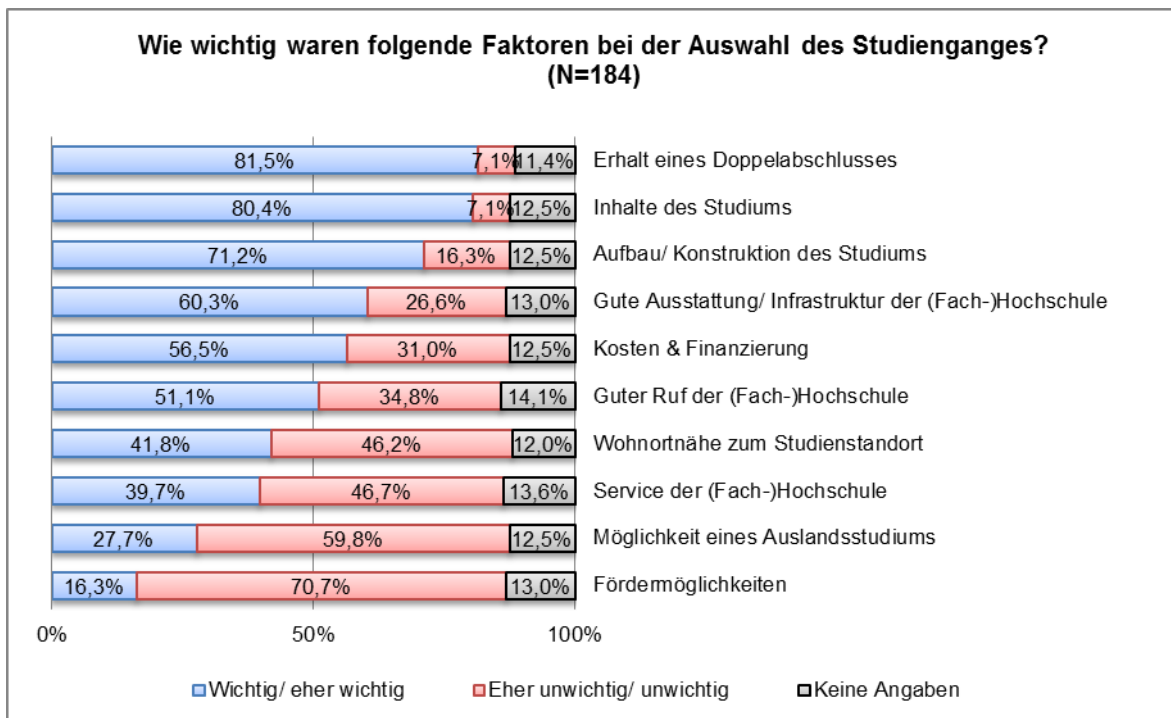
Ein zentrales Motiv zur Entscheidung für das Studium liegt in der Möglichkeit der "Kombination einer beruflichen Ausbildung mit einem Studium" und dem damit einhergehenden Erwerb eines „Doppelabschlusses“ (26,1%). Als weitere Motive werden „bessere und vielfältigere Chancen auf dem Arbeitsmarkt“ (25,5%), allgemein das „Interesse am (Gesundheits-)Beruf“ (19,6%) sowie die „Möglichkeit zur beruflichen Weiterqualifizierung bzw. -entwicklung“ (15,7%) genannt. Eine Übersicht über weitere Motive zur Studienwahl zeigt die nachstehende Tabelle 15.

**Tabelle 15: Begründung zur Studiengangwahl**

Warum haben Sie sich für diesen speziellen Studiengang entschieden?  
(N=153, Mehrfachnennungen)

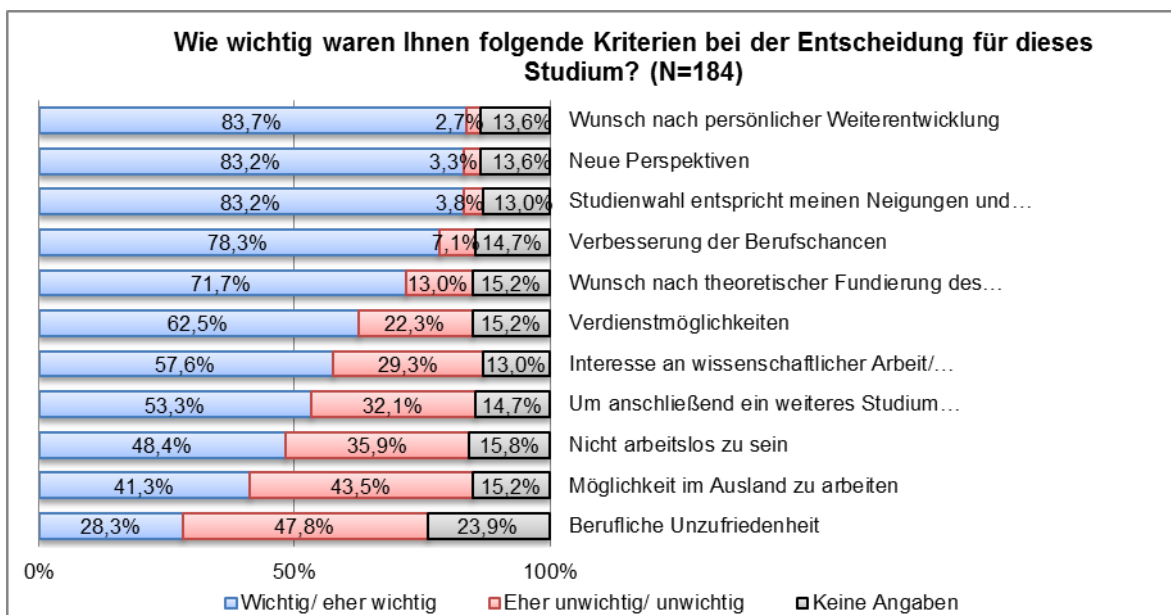
<b>Gründe</b>	<b>Anzahl der Nennungen</b>	<b>Anzahl der Befragten (%)</b>
Kombination berufliche Ausbildung & Studium/ Doppelabschluss	41	40 (26,1%)
Bessere und vielfältigere Chancen auf dem Arbeitsmarkt	45	39 (25,5%)
Interesse am (Gesundheits-)Beruf	33	30 (19,6%)
Möglichkeit zur (beruflichen) Weiterqualifizierung/-entwicklung	24	24 (15,7%)
Umfassende (Fach-) Wissensvermittlung	21	20 (13,1%)
Verkürzte Studien-/Ausbildungsdauer	18	18 (11,8%)
Akademisierung und Professionalisierung des Berufsfeldes	21	15 (9,8%)
Informationsvortrag über das Studium	14	14 (9,2%)
Akademischer Abschluss	14	14 (9,2%)
Interesse an Arbeit mit Menschen	13	13 (8,5%)
Geringe Ausbildungskosten	13	12 (7,8%)
Interesse an theoretisch und empirisch fundierter Ausbildung / wissenschaftlicher Arbeit	9	9 (5,9%)
Interdisziplinarität/Vielfältigkeit des Berufs	9	9 (5,9%)
Persönliches Interesse	8	8 (5,2%)
Rahmenbedingungen des Studiengangs	8	8 (5,2%)
Verbindung zwischen Theorie und Praxis	6	6 (3,9%)
Gute/bessere Verdienstmöglichkeit	5	5 (3,3%)
Sonstige	3	3 (2,0%)

Neben der offenen Erhebung von Motiven (vgl. Tab. 15) wird mittels vorgegebener Items und Antwortkriterien die Relevanz der in Abbildung 22 dargestellten Motive für die Studienentscheidung erfasst: Ein wichtiges bzw. eher wichtiges Motiv stellt für die Studierenden auch hier der „*Erhalt eines Doppelabschlusses*“ (81,5%) dar. Daneben sind die „*Inhalte des Studiums*“ (80,4), der „*Aufbau/die Konstruktion des Studiums*“ (71,2%) sowie eine „*gute Ausstattung/ Infrastruktur der (Fach-) Hochschule*“ (60,3%) für die Auswahl des Studienganges von zentraler Bedeutung. Als eher unwichtig bis unwichtig bewertet die Mehrheit der Studierenden die „*Fördermöglichkeiten*“ (70,7%) und die „*Möglichkeit eines Auslandsstudiums*“ (59,8%) (Abb. 22).



**Abbildung 22: Bewertung der Faktoren bei der Auswahl des Studiengangs**

Weitere Kriterien, die bei der Auswahl des Studiums als wichtig bzw. eher wichtig bewertet werden, sind der "Wunsch nach persönlicher Weiterentwicklung" (83,7%) sowie die "Eröffnung neuer Perspektiven" (83,2%). Zudem wird von den meisten Studierenden (83,2%) als wichtig erachtet, dass "die Studienwahl ihren Neigungen und Begabungen entspricht". Als eher unwichtig bzw. unwichtig werden die Kriterien „Möglichkeit im Ausland zu arbeiten“ (43,5%) und die "berufliche Unzufriedenheit“ (47,8%) eingeschätzt (Abb. 23).



**Abbildung 23: Wichtigkeit der Kriterien bei der Entscheidung für das Studium**

## 4.2 Theorie-Praxis-/ Praxis-Theorie-Transfer

### Beurteilung des Theorie-Praxis-Transfers

Insgesamt wird der Theorie-Praxis-Transfer von den Studierenden im hohen Maße als „sehr gut/gut“ bewertet. Jede/r fünfte Befragte empfindet den Theorie-Praxis-Transfer als „schlecht/sehr schlecht“.

Differenziert betrachtet zeigt sich, dass die „Praxisbegleitung“ häufiger als „sehr gut/gut“ bewertet wird als die „Praxisanleitung“ (Abb. 24). Etwa jede/r Vierte beurteilt die Praxisanleitung als „schlecht/sehr schlecht“.

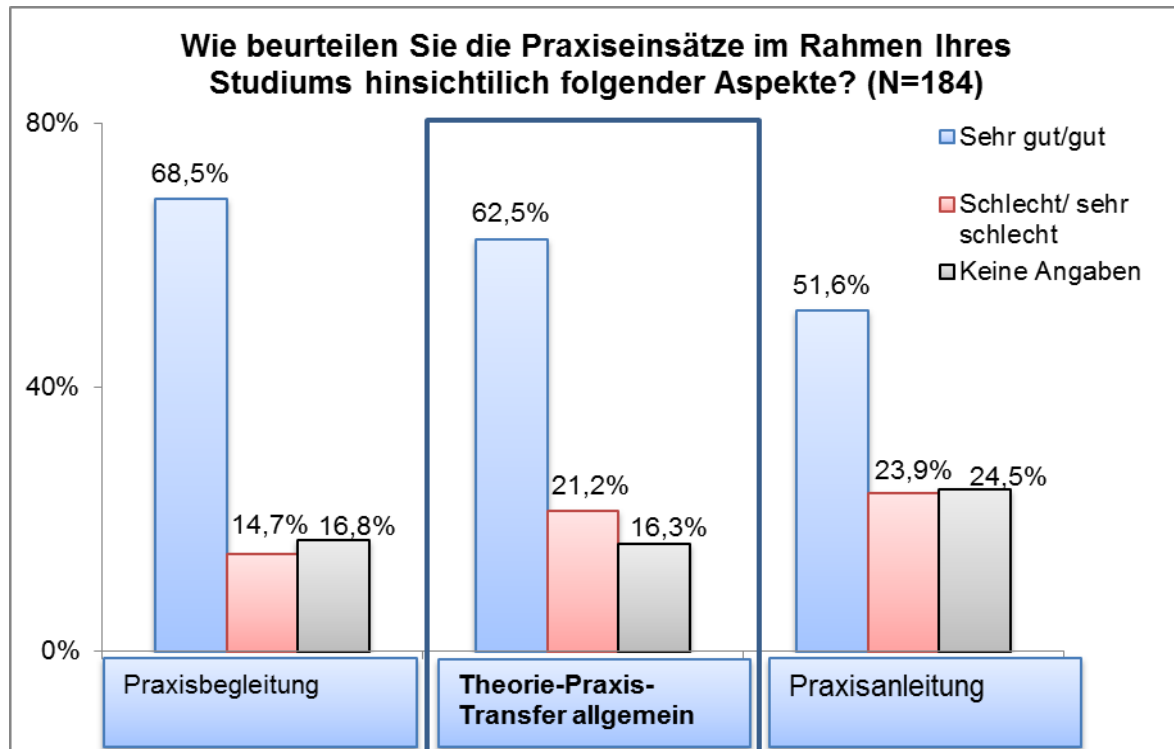
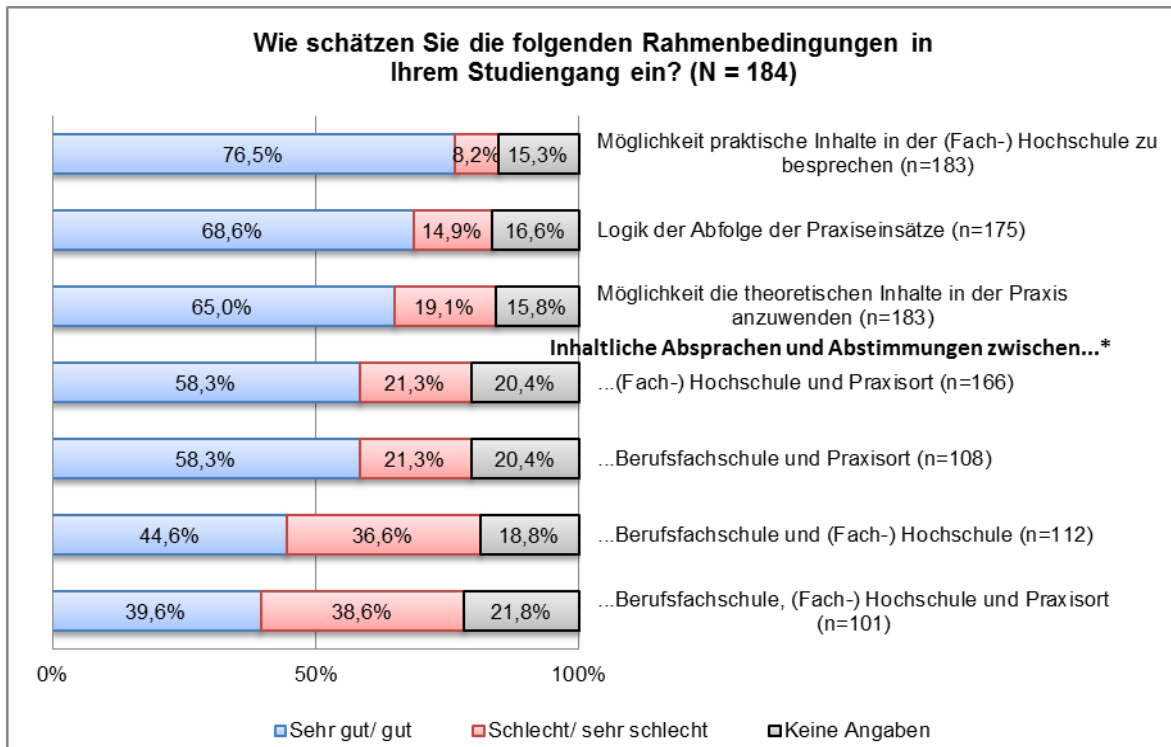


Abbildung 24: Beurteilung des Theorie-Praxis-Transfers

### Rahmenbedingungen im Studiengang

Die Mehrzahl der Studierenden schätzt die Rahmenbedingungen für den Theorie-Praxis-/Praxis-Theorie-Transfer insgesamt als gut bzw. sehr gut ein. Zu diesen Bedingungen gehören die Möglichkeit der „Reflexion praktischer Erfahrungen in der Hochschule“, die „Logik der Abfolge der Praxiseinsätze“ sowie die „Möglichkeit der Anwendung von theoretischen Inhalten in der Praxis“.

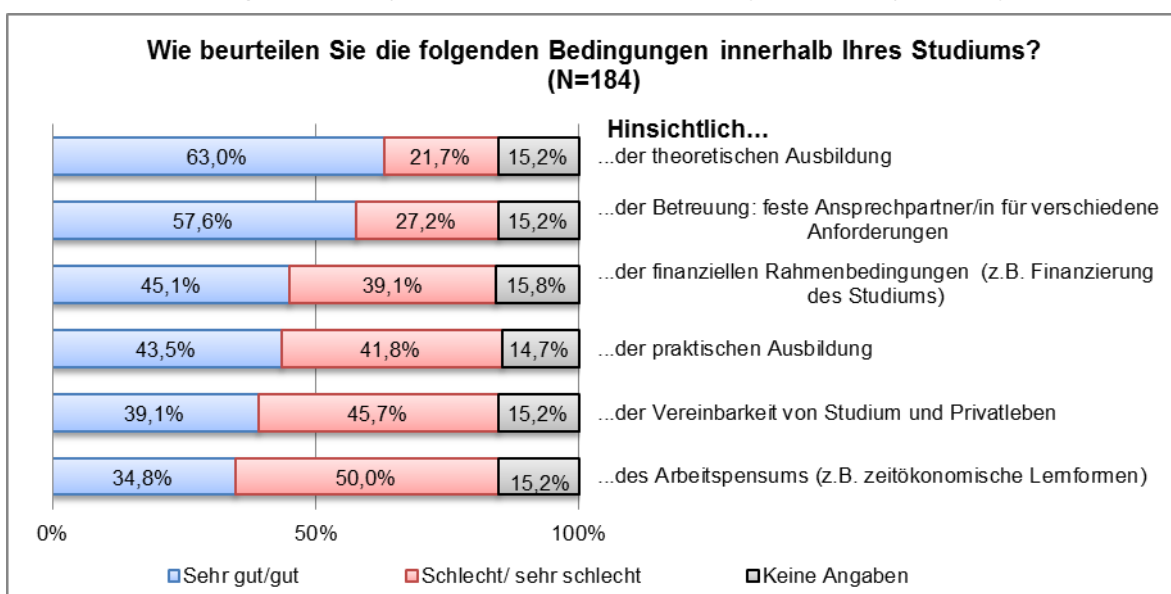
Etwas weniger Zustimmung zeichnet sich bezüglich der Absprachen und Abstimmungen zwischen den Lernorten ab (Abb. 25). Etwa jede\_r fünfte Studierende (21,3%) bewertet die Absprachen zwischen „(Fach-)Hochschule und Praxisort“ bzw. „Berufsfachschule und Praxisort“ als schlecht/sehr schlecht. Die Absprachen zwischen „Berufsfachschule und (Fach-)Hochschule“ sowie „Berufsfachschule, (Fach-)Hochschule und Praxisort“ werden von knapp 40% der Studierenden als schlecht/sehr schlecht bewertet.



**Abbildung 25: Einschätzung der Rahmenbedingungen im Studiengang**

\*Da die Hochschule für Gesundheit Bochum (N=69) lediglich mit Praxiseinrichtungen (und nicht mit Berufsfachschulen) kooperiert, wurden die Antworten der Studierenden bzgl. der „Inhaltlichen Absprachen und Abstimmungen“ nur bei der Auswertung des Items „...(Fach-) Hochschule und Praxisort“ berücksichtigt.

Bei der weiteren Beurteilung der **Rahmenbedingungen innerhalb des Studiums** schätzen die Befragten mehrheitlich die „*theoretische Ausbildung*“ (63,0%) sowie die „*Verfügbarkeit eines/r festen Ansprechpartners/in*“ (57,6%) als sehr gut bzw. gut ein. Als insgesamt weniger gut werden die „*finanziellen Rahmenbedingungen*“ (schlecht/sehr schlecht 39,1%), die Rahmenbedingungen der „*praktischen Ausbildung*“ (schlecht/sehr schlecht 41,8%), die „*Vereinbarkeit von Studium und Privatleben*“ (schlecht/sehr schlecht 45,7%) sowie das „*Arbeitspensums*“ (schlecht/sehr schlecht 50%) bewertet (Abb. 26).



**Abbildung 26: Einschätzung der Bedingungen innerhalb des Studiums**

### Rahmenbedingungen in den Praxiseinsätzen

Die in Abbildung 27 dargestellten Rahmenbedingungen werden von der Mehrheit der Studierenden in ihren Praxiseinsätzen vorgefunden. Eine Ausnahme stellt, wie bereits in Abbildung 24 ersichtlich, die „regelmäßige/ kontinuierliche Praxisanleitung (durch die Praxisanleiter\_innen)“ dar (38,6% trifft eher nicht zu/ trifft nicht zu).

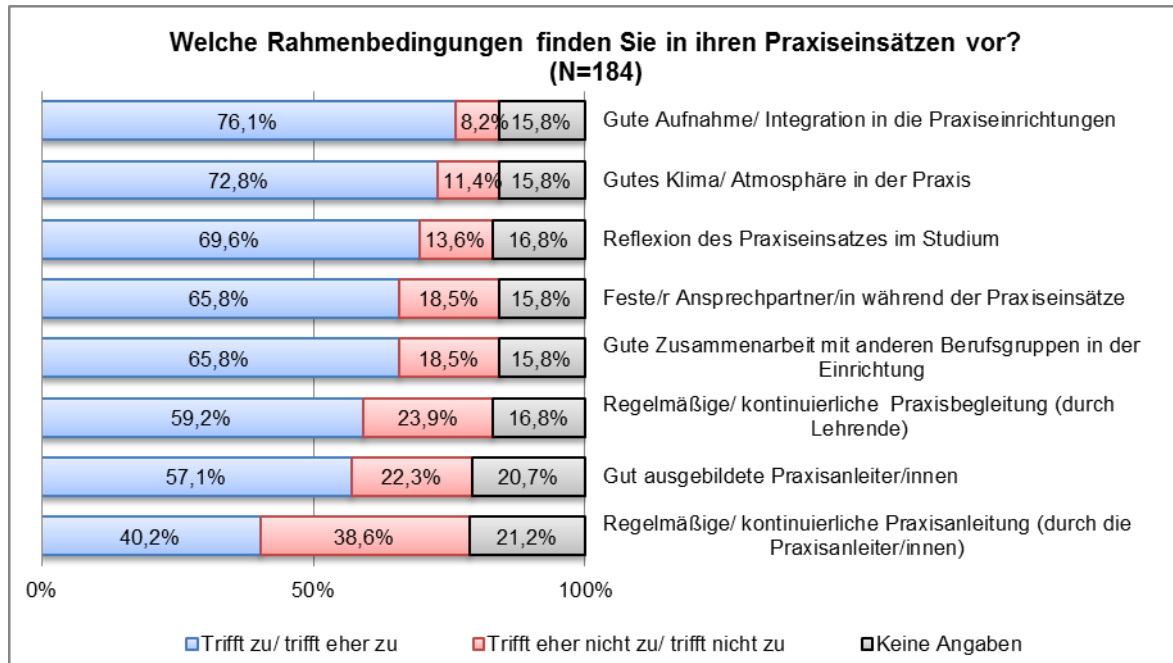


Abbildung 27: Einschätzung der Rahmenbedingungen in den Praxiseinsätzen

### Optimierungsvorschläge für die Praxiseinsätze

Die Möglichkeit, Optimierungsvorschläge in Bezug auf die Praxiseinsätze zu formulieren, nutzen 91 Studierende. Verbesserungsbedarf wird vor allem hinsichtlich des Theorie-Praxis-/Praxis-Theorie-Transfers gesehen und hier insbesondere bei den bereits identifizierten Schwachstellen „Praxisanleitung“ (33,0%) sowie „Absprachen und Abstimmungen zwischen den Lernorten“ (30,8%) (vgl. Tab. 16).

Tabelle 16: Optimierungsvorschläge der Studierenden für die Praxiseinsätze

Bezogen auf die Praxiseinsätze: Was könnte Ihrer Meinung nach optimiert werden?  
(N=91, Mehrfachnennungen)

Aspekte/Rahmenbedingungen	Anzahl der Nennungen	Anzahl der Befragten (%)
Zuverlässige und qualifizierte Praxisanleitung (incl. Stellvertreterregelung)	31	30 (33,0%)
Kommunikation/Absprachen der Lernorte (Fach-) Hochschule, Praxisort, Berufsschule)	31	28 (30,8%)
Regelmäßige Begleitung und Reflexion mit Lehrenden	19	15 (16,5%)
Information der Praxiseinsatzorte über Studiengang	16	15 (16,5%)
Information der Praxisanleiter über Praxisaufgaben	13	13 (14,3%)

<b>Aspekte/Rahmenbedingungen</b>	Anzahl der Nennungen	Anzahl der Befragten (%)
Arbeitsbedingungen und Zusammenarbeit (des Arbeitsteams) am Praxisort	13	12 (13,2%)
Höhere Anzahl an Praxisanleiter_innen	8	8 (8,8%)
Beteiligung der Studierenden bei der Planung von Praxiseinsätzen	9	8 (8,8%)
Theorie-Praxis-Transfer (allgemein)	8	8 (8,8%)
Sonstiges	4	4 (4,4%)

### 4.3 Berufliche Sozialisation und Rollenwahrnehmung

#### *Praxisreaktionen*

In den Einsatzorten werden die Studierenden der Modellstudiengänge unterschiedlich wahrgenommen: Als **positive Reaktionen** auf die Studierenden werden besonders häufig die Bekundung von "*Interesse an den Studieninhalten und erworbenen Fachkenntnissen/Kompetenzen der Studierenden*" genannt (68,5%). Darüber hinaus sehen nach Meinung der Studierenden einige Mitarbeiter\_innen in der „*Professionalisierung/Akademisierung*“ eine "*Notwendigkeit für die Zukunft des Berufes*“ (28,2%). Eine Übersicht über weitere positive Reaktionen seitens der Praxis zeigt die nachstehende Tabelle 17.

**Tabelle 17: Positive Reaktionen auf die Studierenden in der Praxis**

Erinnern Sie sich bitte an Ihre bisherigen Praxiseinsätze. Hatten Sie das Gefühl, dass man auf Sie als Student/in in besonderer Weise reagierte? Ja, positiv - in welcher Form? (N=124, Mehrfachnennungen)

<b>Positive Reaktionen</b>	<b>Anzahl der Nennungen</b>	<b>Anzahl der Befragten (%)</b>
Interesse an Studieninhalten und erworbenen Fachkenntnisse/Kompetenzen der Studierenden	106	85 (68,5%)
Notwendigkeit der Professionalisierung/Akademisierung für die Zukunft des Berufes	39	35 (28,2%)
Anerkennung und Unterstützung seitens des ärztlichen und pflegerischen Personals	30	26 (21,0%)
Intensive(r) Informationsaustausch und Zusammenarbeit im Team	16	15 (12,1%)
Übertragung von verantwortungsvollen Aufgaben	13	13 (10,5%)
Weder positive noch negative Reaktion	6	6 (4,8%)
Interesse und Vertrauen seitens der Patient_innen und Angehörigen	4	4 (3,2%)
Sonstige	1	1 (0,8%)

Als **negativ** empfanden etwa die Hälfte der Studierenden häufig mit "*Konkurrenzdenken seitens der Mitarbeiter\_innen*" konfrontiert zu sein. Aufgrund der vorherrschenden Unsicherheit der Praxiseinsatzorte über die Inhalte des Studiums und das spätere Aufgabenfeld der Studierenden kommt es darüber hinaus häufig zur bewussten oder unbewussten "*Ignoranz der Studierenden*" und „*Desinteresse gegenüber den Studierenden von Seiten*“

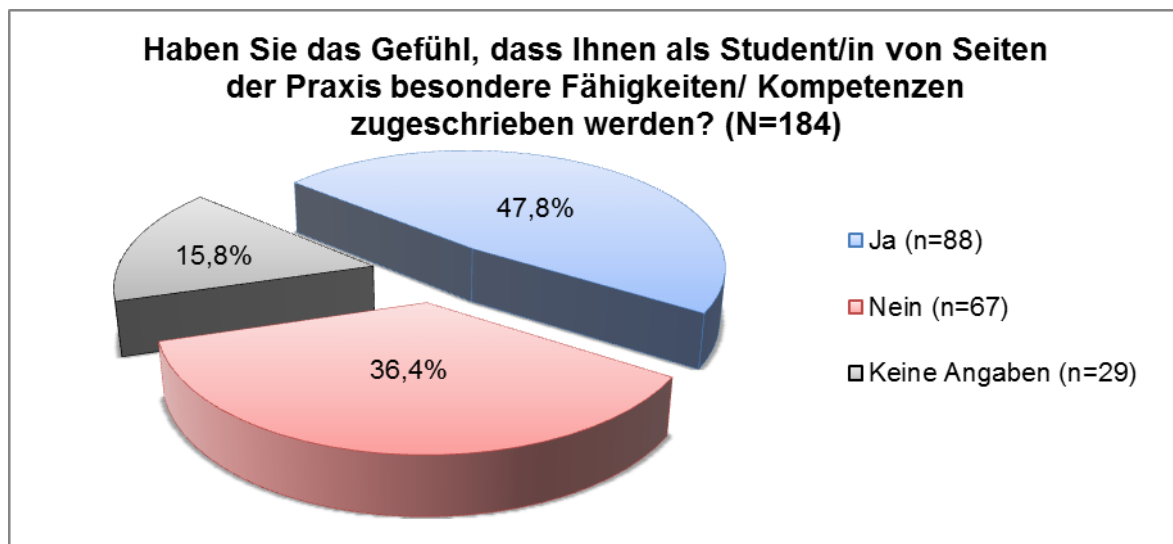
des ärztlichen und pflegerischen Personals" (37,6%) sowie zur "Abwertung der Fachkenntnisse/Kompetenzen der Studierenden" (23,9%) (Tab. 18).

**Tabelle 18: Negative Reaktionen auf die Studierenden in der Praxis**

Erinnern Sie sich bitte an Ihre bisherigen Praxiseinsätze. Hatten Sie das Gefühl, dass man auf Sie als Student/in in besonderer Weise reagierte? Ja, negativ - in welcher Form? (N=109, Mehrfachnennungen)			
Negative Reaktionen	Anzahl der Nennungen	Anzahl der Befragten (%)	
Konkurrenzdenken seitens der Mitarbeiter_innen (Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes)	63	50	(45,9%)
Ignoranz und Desinteresse seitens des ärztlichen und pflegerischen Personals	47	41	(37,6%)
Abwertung der Fachkenntnissen/Kompetenzen der Studierenden	30	26	(23,9%)
Widerstand gegen die Akademisierung/Professionalisierung des Berufes	21	21	(19,3%)
Überschätzung der Fachkenntnissen und Kompetenzen der Studierenden	15	13	(11,9%)
Sonstige	3	3	(2,8%)

**Zuschreibung besonderer Fähigkeiten/Kompetenzen**

Knapp die Hälfte der Befragten ist der Meinung, dass ihnen als Studierende von Seiten der Praxis besondere Fähigkeiten/Kompetenzen zugeschrieben werden (47,8%) (Abb. 28).



**Abbildung 28: Einschätzung der seitens der Praxis zugeschriebenen Kompetenzen**

Zu den **zugeschriebenen Kompetenzen/Fähigkeiten** gehören sowohl die Anerkennung ihres "fundierten und evidenzbasierten Denken und Handelns" (54,2%), ihres "umfangreichen (Fach-)Wissensstands" (54,2%) sowie ihres „Reflexionsvermögens“ (24,1%) als auch ihrer hohen "sozialkommunikativen Kompetenzen" (34,9%). Weitere von Seiten der Praxis zugeschriebene Fähigkeiten/Kompetenzen sind in Tabelle 19 dargestellt.

**Tabelle 19: Fähigkeiten/Kompetenzen der Studierenden**

Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen als Student\_in besondere Fähigkeiten/ Kompetenzen zugeschrieben werden? Wenn ja, welche Fähigkeiten/Kompetenzen sind das?  
(N=83, fW=5, Mehrfachnennungen)

Fähigkeiten/Kompetenzen	Anzahl der Nennungen	Anzahl der Befragten (%)
Fundiertes und evidenzbasiertes Denken und Handeln	46	45 (54,2%)
Umfangreicher (Fach-)Wissensstand	45	45 (54,2%)
Sozialkommunikative Kompetenzen	29	29 (34,9%)
Reflexionsvermögen	20	20 (24,1%)
Ganzheitliches Denken und Handeln	17	17 (20,5%)
Hohe Lernbereitschaft/Wissbegier	16	16 (19,3%)
Verantwortungsbewusstsein	9	9 (10,8%)
Führungsfähigkeit, Teamfähigkeit	6	6 (7,2%)
Empathie, Kreativität, Flexibilität, Motivation	6	6 (7,2%)
Gute und schnelle Auffassungsgabe	2	2 (2,4%)
Sonstige	2	2 (2,4%)

Die von Seiten der Praxis zugeschriebenen Fähigkeiten/Kompetenzen stimmen bei der Mehrheit der Studierenden mit Fähigkeiten/Kompetenzen über sich selbst überein (53,3%). Knapp ein Viertel der Befragten verneint eine Kongruenz (24,5%) (Abb.29).



**Abbildung 29: Selbsteinschätzung der Fähigkeiten/Kompetenzen**

Von den 45 Studierenden, die keine Übereinstimmung der zugeschriebenen Fähigkeiten/Kompetenzen wahrnehmen, begründen 37 Personen ihre Antwort mit der bestehenden „Unklarheit über Lerninhalte des Studiums und den Erwartungshorizont der Praxis“ (29,7%), der „fehlenden Anerkennung der Studierenden in der Praxis“ (18,9%) und der „geringen Selbsteinschätzung in Bezug auf die eigenen Fähigkeiten/Kompetenzen“ (18,9%).

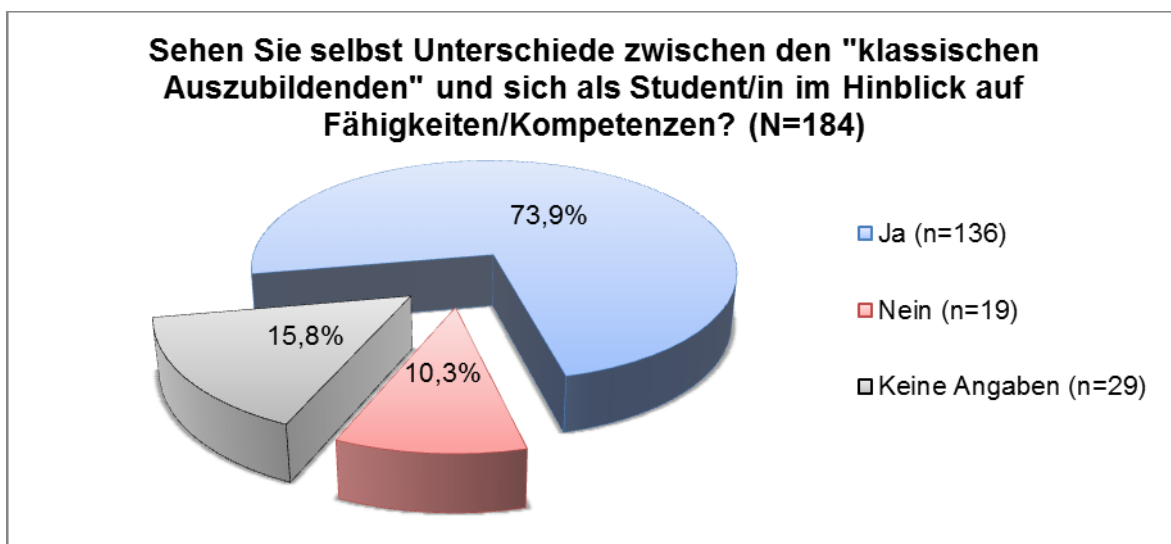
Einige der Befragten berichten darüber hinaus, dass sie in den Praxiseinsatzorten mit zu hohen Anforderungen konfrontiert werden (18,9%), denen sie sich nicht oder noch nicht gewachsen fühlen (Tab. 20).

**Tabelle 20: Selbsteinschätzung der Studierenden**

Stimmen die Ihnen von Seiten der Praxis zugeschriebenen Fähigkeiten/Kompetenzen mit der Einschätzung überein, die Sie selbst von sich haben? Wenn nein, begründen Sie bitte Ihre Antwort (N=37, fW=8, Mehrfachnennungen)

Begründung	Anzahl der Nennungen	Anzahl der Befragten (%)
Unwissenheit über Lerninhalte des Studiums und Erwartungshorizont der Praxis	11	11 (29,7%)
Fehlende Anerkennung der Studierenden in der Praxis	7	7 (18,9%)
Geringe Selbsteinschätzung in Bezug auf eigene Fähigkeiten/Kompetenzen	7	7 (18,9%)
Überschätzung der Kompetenzen/Fähigkeiten in der Praxis	7	7 (18,9%)
Unterschätzung von Kompetenzen/Fähigkeiten in der Praxis	6	5 (13,5%)
Keine Erwartungen in Bezug auf Fähigkeiten/Kompetenzen (durch die Praxis)	3	3 (8,1%)
Mangelnde Vermittlung von Kompetenzen/Fähigkeiten an der Hochschule	3	3 (8,1%)
Schwierigkeiten beim Theorie-Praxis-Transfer	2	2 (5,4%)
Sonstige	2	2 (5,4%)

**Unterschiede zwischen den „klassischen Auszubildenden“** und sich als Studierende\_n im Hinblick auf berufsrelevante Fähigkeiten/Kompetenzen sieht die Mehrheit der Befragten (73,9%) (Abb. 30).



**Abbildung 30: Rollenwahrnehmung der Studierenden**

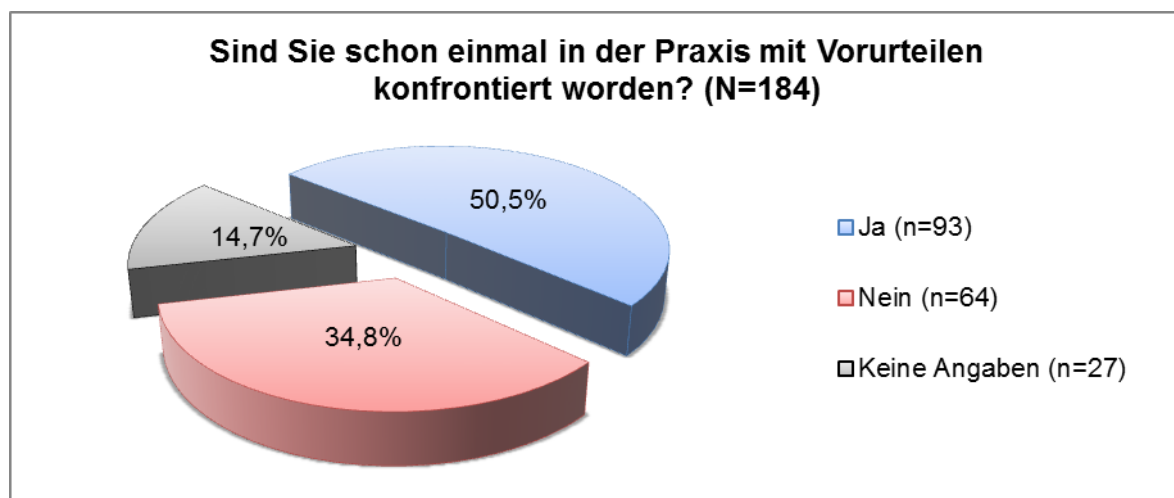
**Unterschiede** werden vor allem im Rahmen der erworbenen theoretischen und praktischen Kenntnisse wahrgenommen: Nach Meinung der Befragten verfügen Studierende im Vergleich zu den „klassischen“ Auszubildenden über „*fundierte und evidenzbasiertes Wissen*“ (63,9%) und können ihre „*Handlungspraxis auf Basis ihres Wissens kritischer reflektieren und evaluieren*“ (36,9%). Dagegen schätzt ein Teil der Studierenden seine praktischen Erfahrungen als geringer ein als die der beruflich Ausgebildeten (20,5%) (Tab. 21).

**Tabelle 21: Unterschiede zwischen den Studierenden und „klassischen Auszubildenden“**

Sehen Sie selbst Unterschiede zwischen den "klassischen Auszubildenden" und sich als Student/in im Hinblick auf Fähigkeiten/Kompetenzen? Wenn ja, welche Unterschiede sind das? (N=122, Mehrfachnennungen)

Unterschiede	Anzahl der Nennungen	Anzahl der Befragten (%)
Studierende...		
... verfügen über fundiertes und evidenzbasiertes Wissen	92	78 (63,9%)
... können ihre Handlungspraxis auf Basis ihres Wissens kritisch reflektieren und evaluieren	52	45 (36,9%)
... verfügen über eine geringere praktische Expertise	25	25 (20,5%)
... sind fähig zur komplexen Situations- und Problemwahrnehmung	14	14 (11,5%)
... können selbständig und strukturiert arbeiten	17	14 (11,5%)
... kennen die Akteure in ihrem Handlungsfeld und können mit diesen agieren	10	9 (7,4%)
... und Auszubildenden besitzen unterschiedliche theoretische und praktische Kenntnisse	9	9 (7,4%)
... sind fähig, die Führungsverantwortung in der Praxis zu übernehmen	7	7 (5,7%)
... kennen die gesundheitspolitischen und rechtlichen Rahmenbedingungen zur Ausübung ihrer Tätigkeit	6	6 (4,9%)
Sonstige	4	4 (3,3%)

Mit **Vorurteilen** in den Praxiseinsatzorten konfrontiert sieht sich etwa jede/r zweite Befragte (Abb. 31).



**Abbildung 31: Erfahrung mit Vorurteilen in der Praxis**

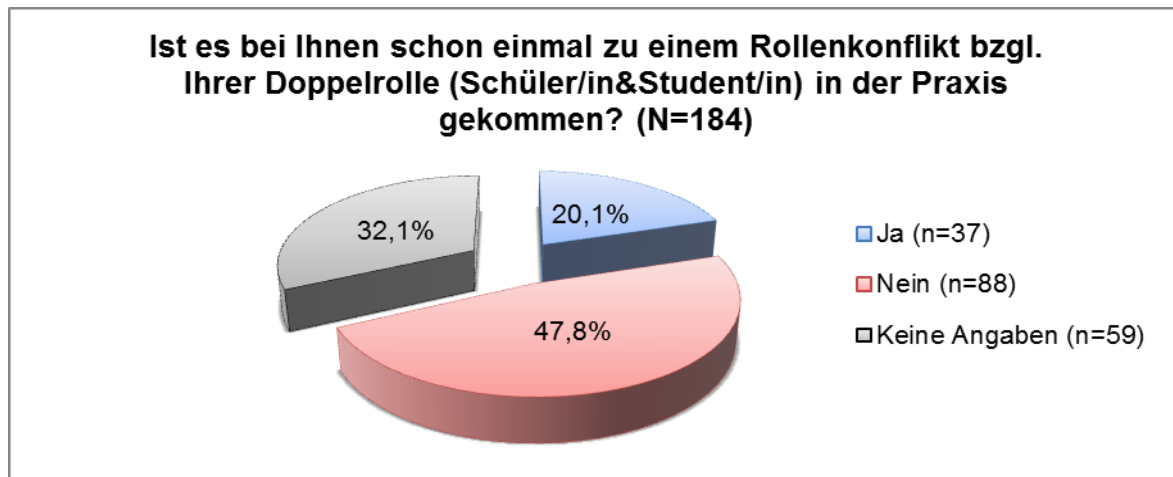
Die **Vorurteile** von Seiten der Praxiseinsatzorte beziehen sich insbesondere auf die „umfangreichere theoretische und somit nicht ausreichende Praxisorientierung“ der Studierenden (59,0%) (Tab. 22).

**Tabelle 22: Beispiele für die Vorurteile**

Sind Sie schon einmal in der Praxis mit Vorurteilen konfrontiert worden? Wenn ja, welche sind das? (N=83, Mehrfachnennungen)

Vorurteile	Anzahl der Nennungen	Anzahl der Befragten (%)
Studierende...		
...sind mehr theorie- und nicht praxisorientiert	49	49 (59,0%)
... halten sich für überlegener	22	21 (25,3%)
...werden in der Praxis nicht gebraucht	19	18 (21,7%)
...streben nach höherer Position	17	17 (20,5%)
...sollten mehr wissen und können	16	16 (19,3%)
...besetzen die zukünftigen Arbeitsplätze der „klassischen“ Auszubildenden	9	9 (10,8%)
...haben bessere Verdienstmöglichkeiten	5	5 (6,0%)
Sonstige	3	3 (3,6%)

Die bestehenden hohen Erwartungen an die Studierenden sowie die teilweise vorhandenen Vorurteile in den Praxiseinsatzorten führen in der Regel jedoch nicht zu einem **Rollenkonflikt** der Studierenden (Abb. 32).



**Abbildung 32: Erleben eines Rollenkonfliktes bzgl. der Doppelrolle in der Praxis**

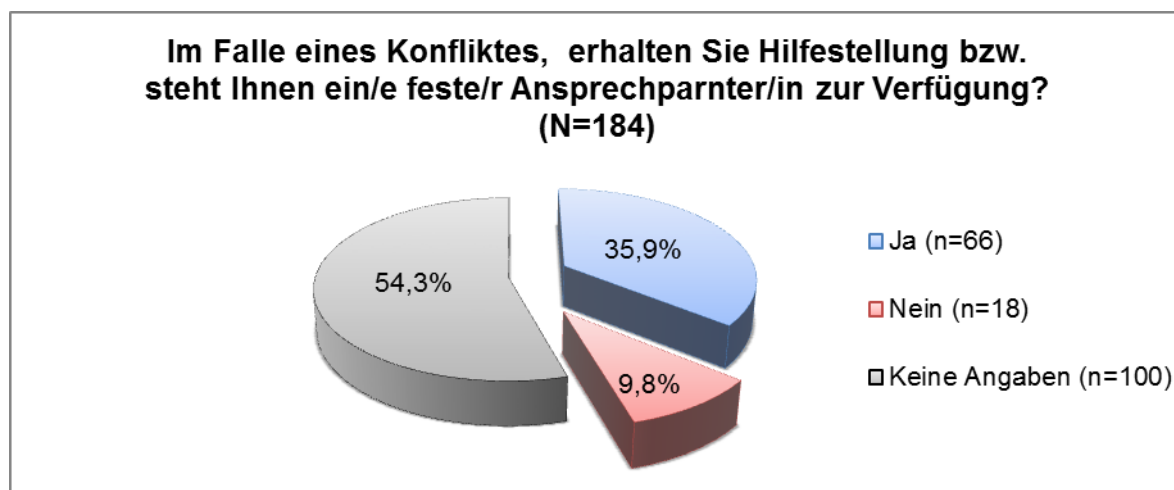
**Konfliktsituationen** werden von 35 Studierenden wahrgenommen. Diese beziehen sich überwiegend auf die „*fehlende Anerkennung der Studenten\_innen in der Praxis*“ (37,1%) sowie insgesamt auf die „*Doppelbelastung durch das theoretische Studium und die praktische Ausbildung*“ (17,1%)(Tab. 23).

**Tabelle 23: Erlebte Konfliktsituationen**

Ist es bei Ihnen schon einmal zu einem Rollenkonflikt bzgl. Ihrer Doppelrolle (Schüler & Student) in der Praxis gekommen? Wenn ja, beschreiben Sie und bitte die Konfliktsituation (N=35, fW=2, Mehrfachnennungen)

Konfliktsituation	Anzahl der Nennungen	Anzahl der Befragten (%)
Fehlende Anerkennung der Studenten_innen in der Praxis	13	13 (37,1%)
Doppelbelastung durch theoretisches Studium und praktischer Ausbildung	6	6 (17,1%)
Unstimmigkeit/Diskrepanz bzgl. der Lerninhalte zwischen Theorie und Praxis	5	5 (14,3%)
Interpersonelle Konflikte im Team	5	5 (14,3%)
Schlechte Rahmenbedingungen in der Praxis	4	4 (11,4%)
Zu hohe Erwartungen an Kompetenzen/Fähigkeiten der Studierenden in der Praxis	3	3 (8,6%)
Unklarheit über Inhalte und Anforderungen des Studiums in der Praxis	3	3 (8,6%)
Schlechte Absprachen zwischen Berufsfachschule und (Fach-) Hochschule	2	2 (5,7%)
Sonstige	3	3 (8,6%)

Im Falle benötigter **Unterstützung bei Konfliktsituationen** steht bei etwa 36% der Studierenden grundsätzlich ein\_e feste\_r Ansprechpartner\_in zur Verfügung. Bei knapp 10% ist kein\_e feste\_r Ansprechpartner\_in vorhanden (Abb. 33).



**Abbildung 33: Hilfestellung/Ansprechpartner\_innen in Konfliktsituationen**

Für rund die Hälfte der Studierenden stehen in Konfliktsituationen **Ansprechpartner\_innen** an (Fach-)Hochschulen und Berufsfachschulen zur Verfügung. Dagegen scheint es in den Praxiseinsatzorten an festen Ansprechpartner\_innen zu mangeln (Tab. 24).

**Tabelle 24: Ansprechpartner\_innen in Konfliktsituationen**

Erhalten Sie Hilfestellung bzw. steht Ihnen ein\_e feste\_r Ansprechpartner\_in zur Verfügung? Wenn ja, wer steht Ihnen als Ansprechpartner\_in zur Verfügung?  
(N=66, Mehrfachnennungen)

<b>Ansprechpartner_in</b>	<b>Anzahl der Nennungen</b>	<b>Anzahl der Befragten (%)</b>
(Fach-)Hochschule	35	35 (53,0%)
Berufsfachschule	32	32 (48,5%)
Praxisort	16	16 (24,2%)

## 5 Zusammenfassung

Das Ziel der ersten Befragung der Studierenden bestand darin, neben der Erfassung von Motiven zur Studiengangwahl und der Erwartungen an das Studium, erste Meinungen zur Bewährung der Modellvorhaben aus Sicht der Studierenden zu erhalten. Darüber hinaus sollten Daten zu unterschiedlichen Aspekten des Evaluationsmodells (intendiertes, implementiertes und erreichtes Curriculum) generiert werden. Die vorliegenden Zwischenergebnisse zur ersten Onlinebefragung der Studierenden (Kohorte WS 2010/2011) liefern damit erste studiengangübergreifende Erkenntnisse zu folgenden Themen:

- Motive der Studiengangwahl/Erwartungen
- Theorie-Praxis-Transfer
- Berufssozialisation

Insgesamt konnten die Daten von 184 Personen ausgewertet werden (Gesamtrücklaufquote 64,1%). Einige Studiengänge waren in dieser Erhebung aufgrund der geringen Beteiligung der Studierenden unterrepräsentiert, so dass auch die Ergebnisse der Einzelauswertungen (die nicht in diesen Bericht einfließen) keine Rückschlüsse auf den gesamten Studiengang zulassen. Am häufigsten vertreten sind Studierende aus pflegerisch ausgerichteten Studiengängen (107 Personen). Die Mehrzahl der befragten Studierenden befand sich zum Erhebungszeitpunkt im fünften Semester.

### **Motive der Studiengangwahl/Erwartungen**

Das bedeutsamste Motiv zum Ergreifen des Studiums stellt die Möglichkeit, einen „*Doppelabschluss*“ zu erhalten und damit bessere und vielfältigere Chancen auf dem Arbeitsmarkt zu haben, dar. Darüber hinaus motivieren die „*Inhalte des Studiums, der Aufbau und die Konstruktion des Studiums, die Ausstattung und Infrastruktur der (Fach-) Hochschule*“, die Studierenden zum Studium am jeweils ausgewählten Studienstandort. Weiterhin sind allgemeine Kriterien bedeutend, wie der Wunsch nach „*persönlicher Weiterentwicklung*“, die „*Eröffnung neuer Perspektiven*“, die Ausgestaltung „*eigener Neigungen und Begabungen*“ sowie der „*Wunsch nach theoretischer Fundierung des eigenen Handelns*“.

Auch die Erwartungen zu Beginn des Studiums sind eher allgemein formuliert und richten sich insbesondere auf eine „*umfassende theoretische und praktische Vorbereitung*“ auf das spätere Berufsleben sowie auf „*gute Studienbedingungen*“. Darüber hinaus wird mit der Aufnahme des Studiums die Annahme verbunden, einen „*Beitrag zur eigenen Professionalisierung und Qualifizierung*“ zu leisten.

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass scheinbar keine sehr konkreten Vorstellungen von Seiten der Studierenden über den jeweiligen Studiengang vorherrschen. Insbesondere Angaben, die sich explizit auf die akademische Ausbildung bzw. auf das Studium richten, wie z.B. „*Interesse an wissenschaftlicher Arbeit/Forschung*“ oder Erwartungen in Bezug auf die „*Vermittlung wissenschaftlicher Kompetenzen*“, werden kaum angekreuzt.

### **Theorie-Praxis-Transfer**

Insgesamt betrachtet zeigt sich im Querschnitt der Hochschulen bereits eine hohe Zustimmung der Studierenden zur Organisation der Schnittstellen zwischen Theorie und Praxis. Die Rahmenbedingungen für den Theorie-Praxis-/Praxis-Theorie-Transfer werden von den Studierenden in hohem Maße als gut bzw. sehr gut beurteilt. Hier sind es vor allem die Möglichkeit der „*Reflexion praktischer Erfahrungen in der Hochschule*“, die „*Logik der Abfolge der Praxiseinsätze*“ und die „*Möglichkeit der Anwendung von theoretischen Inhalten in der Praxis*“, die hervorgehoben wurden.

Leichte Defizite im Theorie-Praxis-/Praxis-Theorie-Transfer liegen hingegen im Bereich der Praxisanleitung vor: Eine „*regelmäßige und qualifizierte Praxisanleitung*“ findet bisher nach Einschätzung der Studierenden in den Praxiseinrichtungen nur unzureichend statt. Ebenso werden „*die inhaltlichen Abstimmungs- und Kommunikationsprozesse zwischen den Lernorten*“ weniger gut bewertet. Insbesondere die Kommunikation und Absprachen zwischen der Hochschule und dem Praxisort sind nach Meinung der Befragten optimierungsbedürftig.

So beziehen sich dann auch die Verbesserungsvorschläge der Studierenden vor allem auf eine zuverlässige und qualifizierte Praxisanleitung sowie kontinuierliche Kommunikationsprozesse zwischen den Lernorten. Darüber hinaus wünschen sich die Befragten eine regelmäßige und gezielte Information der Praxiseinsatzorte und der Praxisanleiter\_innen über die Studieninhalte und den Kompetenzerwerb sowie eine intensive Begleitung und Reflexion durch die Lehrenden.

Die Ergebnisse zum Theorie-Praxis-Transfer verwundern nicht, da auch in der „klassischen“ Ausbildung das Lehren und Lernen in der Praxis insgesamt als (noch) überwiegend defizitär bezeichnet wird, wenngleich zunehmend Bemühungen zur curricularen Gestaltung der praktischen Ausbildung bzw. zu Instrumenten und Methoden der Lernortkooperation und des lernortübergreifenden Wissenstransfers zu verzeichnen sind (Unger 2013, Stöver 2010). Die bereits in zahlreichen Studien identifizierten Mängel am Lernort Praxis beziehen sich, wie auch die Evaluationsergebnisse der Modellstudiengänge zeigen, vor allem auf unzureichende geplante und gezielte Praxisanleitungen sowie nicht ausreichende lernprozesssteuernde Gespräche. Als Hauptursachen werden Zeitmangel sowie eine unzureichende pädagogisch-didaktische Qualifizierung der Praxisanleiter\_innen genannt (ebd.).

### **Berufssozialisation**

Mehr als die Hälfte der Studierenden hatte innerhalb ihrer bisherigen Praxiseinsätze die Einschätzung, dass die dortigen Mitarbeiter\_innen interessiert auf ihre Studieninhalte und Kompetenzen reagieren. Ebenso vermutet die Hälfte der Studierenden von Seiten der Praxis eine Zuschreibung von „*besonderen Fähigkeiten/Kompetenzen*“, wie z.B. fundiertes und evidenzbasiertes Denken und Handeln, hohe Fach- und sozialkommunikative Kompetenzen, Reflexionsvermögen und die Fähigkeit zu ganzheitlichem Denken und

Handeln. Für gut die Hälfte der Studierenden stimmen die von Seiten der Praxis zugeschriebenen Kompetenzen auch mit Ihrer Selbsteinschätzung überein. Dagegen sieht fast ein Drittel der Studierenden keine Übereinstimmung zwischen der eigenen Kompetenzeinschätzung und der Einschätzung seitens der Praxis. Dies wird vor allem mit der Unklarheit über die Lerninhalte und der Unsicherheit über den Erwartungshorizont auf Seiten der Hochschule und der Praxiseinsatzorte begründet.

Darüber hinaus geben die Studierenden mehrheitlich an, „*Unterschiede im Kompetenzerwerb*“ zwischen den Studierenden und den „klassischen Auszubildenden“ zu bemerken. Die Differenzen beziehen sich auch hier auf das fundierte, evidenzbasierte Wissen der Studierenden im Vergleich zu den beruflich Ausgebildeten. Zudem sind die Studierenden der Meinung, dass sie ihre Handlungen auf Basis ihres Wissens kritischer reflektieren und evaluieren können, jedoch über geringere praktische Erfahrungen im Vergleich zu den „klassischen Auszubildenden“ verfügen.

Ferner sieht sich jede/r zweite Studierende mit „*Vorurteilen in der Praxis*“ konfrontiert. Die Vorurteile beziehen sich aus Sicht der Studierenden auch hier auf die höhere theorie- und nicht ausreichend praxisorientierte Ausbildung.

Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse zur Berufssozialisation, dass zum einen erweiterte Kompetenzen von den Studierenden wahrgenommen werden, die im herkömmlichen Ausbildungssystem nicht erworben werden, wie beispielsweise die Anwendung aktuellen wissenschaftlichen Wissens. Zum anderen ist möglicherweise eine Abgrenzung zwischen der „klassischen“ und der akademischen Ausbildung für die Studierenden schwierig. Abgrenzungsprobleme bereitet vor allem der große Stellenwert der klinischen Expertise in der beruflichen Ausbildung. Obwohl die hohe Stundenanzahl für die praktische Ausbildung laut Berufsgesetzen auch für die Modellstudiengänge bindend ist, wird eine klinische Expertise von Seiten der Praxis den Studierenden zufolge vor allem den beruflich Ausgebildeten zugeschrieben.

Letztendlich ermöglichen die deskriptiven Ergebnisse der ersten Befragung einen ersten Eindruck von der Bewährung der Modellvorhaben aus Sicht der Studierenden. Eine vertiefende Analyse der Daten wird im Anschluss an die weiteren Befragungen stattfinden.

## 6 Literaturverzeichnis

- Bortz, J. / Döring, N. (2002): Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler. 3. Auflage.
- Darmann-Finck, I. / Görres, S. / Reuschenbach, B. (2012): „Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW“. Antragstellung. Unveröffentlicht.
- Deutscher Bundestag (2009): Entwurf eines Gesetzes zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten. Drucksache 16/9898. Online verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/098/1609898.pdf>, zuletzt geprüft am 20.06.2013.
- Ditton, H. (2006): Evaluation und Qualitätssicherung. In: Tippelt, R./ Schmidt, B. (2010): Handbuch Bildungsforschung, 3. durchgesehene Auflage. S. 607-623.
- North, K. / Reinhardt, K. / Sieber-Suter, B. (2012): Kompetenzmanagement in Der Praxis: Mitarbeiterkompetenzen Systematisch Identifizieren, Nutzen Und Entwickeln mit vielen Fallbeispielen. 2. Auflage. Springer Gabler
- Schnell, R. / Hill, P. B. / Esser, E. (2005): Methoden der empirischen Sozialforschung, 7. Aufl., München/Wien: Oldenbourg.
- Statistisches Bundesamt (2011): Mikrozensus. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland. Fachserie 1 Reihe 4.1.1. Online verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetige/StandEntwicklungErwerbstaetigkeit2010411117004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetige/StandEntwicklungErwerbstaetigkeit2010411117004.pdf?__blob=publicationFile), zuletzt geprüft am 21.06.2013.
- Stöver, M. (2010): Die Neukonstruierung der Pflegeausbildung in Deutschland. Eine vergleichende Studie typischer Reformmodelle zu Gemeinsamkeiten und Differenzen sowie deren Nachhaltigkeit. Jacobs
- Unger, A. (2013): Lernortkooperation: Hintergründe. In: Ertl-Schmuck, R.; Greb, U. (Hrsg.): Pflegedidaktische Handlungsfelder. Weinheim: Beltz Juventa, S. 381-401.

---

## V. Anhang

# 1 Anlagen zu I. Qualität der Bildungseinrichtungen

Tabelle V.1.1: Zum Vergleich der identifizierten Modellgruppen

	<b>Modell A</b> ohne Beteiligung einer BFS (Studiengänge a. d. hsg)	<b>Modellgruppe B: mit Beteiligung von 1-5 BFS'n</b>			<b>Modell C: Kooperation mit mehr als 5 BFS'n bei weitgehender Selbständigkeit der BFS (KatHO NRW)</b>
		<b>Modell B.1:</b> BFS'n entstenden Lehrbeauftragte, sind an der curricularen Entwicklung beteiligt (MHR, Fliedner FH Düsseldorf)	<b>Modell B.2</b> BFS ist in die Gestaltung und Durchführung des Studiums integriert (FH Bielefeld)	<b>Modell B.3:</b> BFS verantwortet den Ausbildungsanteil weitgehend- bildet aus Studienkohorten eigene Lerngruppen (FH Münster / RWTH Aachen)	
<b>Professionsentwicklung / Akademisierung der Profession</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anbindung wissenschaftlicher Reflexion an das Praxisfeld erfolgt weitgehend parallel – Professionalisierung steht von Anfang an im Fokus</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>wissenschaftliche Reflexion d. Praxisfeldes erfolgt zeitversetzt – Professionalisierung folgt d. Verberuflichung</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>relative Distanzierung von der klassischen Form der Berufsausbildung um neue Wege entwickeln zu können</li> <li>optimale, da systemisch nur i.d. Hochschule verortete Akademisierungsprozesse – Nutzung d. Möglichkeiten d. Wissenschaftsentwicklung in einer scientific community;</li> <li>Möglichkeiten der Entwicklung innovativer Professionskonzepte</li> <li>Risiko der ‚Abkapselung‘ der Wissenschaftswelt bzw. Entwicklung zur ‚abgehobenen‘ Parallelwelt;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>eine Begegnung auf Augenhöhe zwischen dem hochschulischen und dem fachschulischen Weg wird angestrebt (eingeschränkt durch die vorgeschriebene Führungsverantwortung der Hochschule, die in jeweils unterschiedlicher Form realisiert wird) (Organisationsverantwortung, Verantwortung für die inhaltliche Strukturierung, formale Verantwortung im Prüfungskontext</li> <li>differiert in der unterschiedlichen wechselseitigen Anerkennung von im jeweils anderen System erbrachten Leistungen – im Sinne einer Anerkennung der akademischen Wertigkeit von bestimmten Inhalten/Kompetenzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mitnahme von Erfahrungen, die in bisherigen Professionalisierungsprozessen gewonnen wurden, in den Akademisierungsprozess;</li> <li>Rückwirkungen von in den Diskursen gewonnenen Erkenntnissen auf die 3-jährige Berufsausbildung</li> <li>Schaffung von Rahmenbedingungen für einen intensiven Diskurs zur Professionalisierung</li> <li>Risiko der unüberprüften Übernahme von bestehenden Professionstraditionen – insbesondere dann, wenn sich der Austausch in der Kooperation hauptsächlich auf Fragen der Organisation begrenzt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anerkennung einer schon sehr weit fortgeschrittenen Entwicklung der kooperierenden Fachschule in ihrem Professionsverständnis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mitnahme möglichst vieler (optimal: aller) Berufsfachschulen auf den Weg – Ermöglichung von breiten Professionalisierungsdiskursen und systemisch weit verteilte Anstöße von Innovationsprozessen</li> <li>Risiko der systemischen Verstreuung und geringe Möglichkeit der Ermittlung von Wirkzusammenhängen</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Professionalisierungsdiskurs wird in die Praxis transportiert</li> <li>Risiko das sich die Praxis als „zweitrangig“ wahrgenommen fühlt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Professionalisierungsdiskurs erfolgt in Theorie- und Praxis</li> <li>Risiko, dass „Welten aufeinanderprallen“ Gegensätze nicht überbrückt</li> </ul>		

	<b>Modell A</b> ohne Beteiligung einer BFS (Studiengänge a. d. hsg)	<b>Modellgruppe B: mit Beteiligung von 1-5 BFS'n</b>			<b>Modell C: Kooperation mit mehr als 5 BFS'n bei weitgehender Selbständigkeit der BFS (KatHO NRW)</b>
		<b>Modell B.1:</b> BFS'n entstenden Lehrbeauftragte, sind an der curricularen Entwicklung beteiligt (MHR, Fliedner FH Düsseldorf)	<b>Modell B.2</b> BFS ist in die Gestaltung und Durchführung des Studiums integriert (FH Bielefeld)	<b>Modell B.3:</b> BFS verantwortet den Ausbildungsanteil weitgehend- bildet aus Studienkohorten eigene Lerngruppen (FH Münster / RWTH Aachen)	
			<i>werden können</i>		
→ Möglichkeiten d. unmittelbaren Einflussnahme auf Professionalisierungsprozesse im Praxisfeld ...	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ... über die Studierenden und die sich in der Praxis darstellende Performanz erarbeiteter Kompetenzen → Erzeugung einer produktiven Unruhe → Studierende als „Change Agent“</li> <li>• ... durch Initiierung von wissenschaftlich ausgerichteten Projekten und Aufgabenstellungen, die im Praxisfeld zu erarbeiten sind</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ... über durch die Studierenden während der Ausbildungsphase in der Praxis zu erarbeitende Aufgabenstellungen</li> <li>• ... durch Praxisbegleitungen seitens der Lehrenden</li> <li>• ... durch unmittelbare Einbindung der Praxis/-anleiter_innen) in den hochschulischen /hochschuldidaktischen Diskurs → Praxisanleiter_innen als „Change Agent“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ... durch Einbindung der berufsfachschulischen Lehrkräfte, die die Praxisbegleitung übernehmen, in den Akademisierungsdiskurs</li> <li>• ... vermittelt über Klinische Lehrer_innen als „Change Agent“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozialisierung im Praxisfeld erfolgt über die Berufsfachschulen bzw. betriebliche Praxis und kann seitens der Hochschulen kaum beeinflusst werden (auch aufgrund der Unübersichtlichkeit des sich ergebenden Kooperationsnetzes)</li> <li>• Akademisierungsdiskurs kann durch die Studierenden auch im BFS Klassenzimmer geführt werden → Studierende als „Change Agent“ an der BFS</li> </ul>		

	<b>Modell A</b> ohne Beteiligung einer BFS (Studiengänge a. d. hsg)	<b>Modellgruppe B: mit Beteiligung von 1-5 BFS'n</b>		<b>Modell C: Kooperation mit mehr als 5 BFS'n bei weitgehender Selbständigkeit der BFS (KatHO NRW)</b>
		<b>Modell B.1:</b> BFS'n entstenden Lehrbeauftragte, sind an der curricularen Entwicklung beteiligt (MHR, Fliedner FH Düsseldorf)	<b>Modell B.2</b> BFS ist in die Gestaltung und Durchführung des Studiums integriert (FH Bielefeld)	<b>Modell B.3:</b> BFS verantwortet den Ausbildungsanteil weitgehend- bildet aus Studienkohorten eigene Lerngruppen (FH Münster / RWTH Aachen)
<b>Entwicklung neuer Ausbildungswege</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alle Ausbildungsinhalte/Kompetenzen werden auf akademischem Niveau (DQR/HQR 6) vermittelt; die Ausweisung der nicht akkreditierten Praxiszeiten erfolgt rein formal - inhaltlich sind sie in das Studium integriert und werden nicht differenziert begleitet</li> <li>• akademische Lehr-/Lernformen mit Präsenz- und Selbstlernzeiten und erhöhter Anforderung an die Selbstorganisation werden realisiert</li> <li>• Chance der Entwicklung innovativer Lehr-Lernformen, insbesondere im Praxis-Theorie-Praxis-Transfer</li> <li>• <i>intensive Betreuung der (Praxis-)Ausbildung auf hochschulniveau ist kostenintensiv bzw. kaum/nur in begrenztem Umfang möglich</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alle akkreditierten Ausbildungsinhalte sollen auf akademischem Niveau (DQR/HQR 6) vermittelt werden. <i>Für nicht akkreditierte Ausbildungsinhalte ist dieser Anspruch formal nicht abgesichert;</i></li> <li>• akademische Lehr-/Lernformen mit Präsenz- und Selbstlernzeiten und erhöhter Anforderung an die Selbstorganisation werden realisiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• es wird davon ausgegangen, dass die in der Ausbildung vermittelten Kompetenzen/Inhalte akademisches Niveau haben</li> <li>• nicht akkreditierte Ausbildungsinhalte können im Diploma supplement als akademisch qualifizierend ausgewiesen werden (FH Münster)</li> <li>• <i>akademische Lehr/Lernformen werden im BFS Anteil kaum realisiert</i> ↔ hohe Kontaktzeiten der (Praxis-)Ausbildung werden beibehalten – <i>stellen auch in der Landschaft der Berufsfachschulen eine kostenintensive Lösung dar</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• die berufsfachschulisch vermittelten Inhalte werden formal über das Äquivalenzverfahren als auf akademischem Niveau (DQR/HQR 6) ausgewiesen</li> <li>• akademische Lehr/Lernformen werden im BFS Anteil nicht realisiert</li> </ul>

	<b>Modell A</b> ohne Beteiligung einer BFS (Studiengänge a. d. hsg)	<b>Modellgruppe B: mit Beteiligung von 1-5 BFS'n</b>			<b>Modell C: Kooperation mit mehr als 5 BFS'n bei weitgehender Selbständigkeit der BFS (KatHO NRW)</b>
		<b>Modell B.1:</b> BFS'n entstanden Lehrbeauftragte, sind an der curricularen Entwicklung beteiligt (MHR, Fliedner FH Düsseldorf)	<b>Modell B.2</b> BFS ist in die Gestaltung und Durchführung des Studiums integriert (FH Bielefeld)	<b>Modell B.3:</b> BFS verantwortet den Ausbildungsanteil weitgehend- bildet aus Studienkohorten eigene Lerngruppen (FH Münster / RWTH Aachen)	
<b>mögliche (Rück-)Wirkungen auf das System Hochschule</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Workload der Praxisausbildung ist im System von Bachelor und Master (Präsenz- vs. Selbstlernzeit) nicht systemkompatibel darstellbar</i></li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Möglichkeit unmittelbarer hochschulischer Einblicke/ Einwirkung durch Begleitung im Praxisfeld</li> <li>• <i>Praxisbegleitung, Lehrkontakte im Praxisfeld sind nur begrenzt lehrdeputatswirksam</i></li> <li>• <i>Organisation von Praxisausbildung stellt hohe, wenig systemkompatible Anforderungen, die durch die Hochschule erarbeitet, bewältigt werden müssen</i></li> <li>• <i>→ auch hohe Anforderungen an die Koordination der Interessen der unterschiedlichen Praxispartner (mit unterschiedlichen Systemstrukturen)</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• keine / kaum Übernahme von Aufgaben im Rahmen der Organisation der Praxisausbildung</li> <li>• Delegation von (zeitaufwändiger) Praxisbegleitung an die Berufsfachschulen</li> <li>• <i>nur indirekte / vermittelte Möglichkeiten der Einwirkung in der Gestaltung des Praxis-Theorie-Praxis-Transfers</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzeption der „Transfer-zeiten“ als Abbildung des Workloads im akademischen Praxis-Theorie-Praxis-Transfer (MHR)</li> <li>• <i>Problematik der Abdeckung von Lehre über Lehraufträge (Finanzierungsform als „Behelfskonstruktion“) → Risiko systemischer Intransparenz – unklarer Zuständigkeiten</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Möglichkeit der Nutzung systemischer und inhaltlicher Ressourcen der BFS</li> <li>• strukturelle Koordination der Systeme bleibt in der Relation überschaubar</li> <li>• <i>Risiko der Etablierung traditioneller berufsfachschulischer Strukturen im System Hochschule</i></li> <li>• <i>Erarbeitung eines gemeinsamen Curriculums und Abstimmung von Unterrichtenden zwischen Hochschule und BFS stellt hohe Anforderungen an die inhaltliche Koordination</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>hohe Anforderung der Koordination und Integration der Interessen von unterschiedlichen Kooperationspartnern (mit unterschiedlichen System-/Ausbildungsstrukturen) – kulminiert in der Aufgabe der Prüfungskoordination</i></li> </ul>

	<b>Modell A</b> ohne Beteiligung einer BFS (Studiengänge a. d. hsg)	<b>Modellgruppe B: mit Beteiligung von 1-5 BFS'n</b>			<b>Modell C: Kooperation mit mehr als 5 BFS'n bei weitgehender Selbständigkeit der BFS (KatHO NRW)</b>
		<b>Modell B.1:</b> BFS'n entstanden Lehrbeauftragte, sind an der curricularen Entwicklung beteiligt (MHR, Fliedner FH Düsseldorf)	<b>Modell B.2</b> BFS ist in die Gestaltung und Durchführung des Studiums integriert (FH Bielefeld)	<b>Modell B.3:</b> BFS verantwortet den Ausbildungsanteil weitgehend- bildet aus Studienkohorten eigene Lerngruppen (FH Münster / RWTH Aachen)	
<b>mögliche (Rück-)Wirkungen auf das System der Berufsfachschulen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>keine unmittelbaren Kontakte – evtl. indirekte Beeinflussung durch Steigerung des Wettbewerbs der Systeme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. d. prakt. Ausbildung Einstellung auf das Curriculum der Hochschule – Anforderung, dieses in der Praxis zu vertreten</li> <li>dto. im Zusammenhang mit d. Übernahme von Lehraufträgen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erarbeitung und Umsetzung eines eigenen Curriculums für den Studiengang erforderlich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>das bisherige Curriculum kann beibehalten und im Akademisierungsprozess sukzessive angepasst werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientierung an einem durch Äquivalenzverfahren überprüften Rahmencurriculum erforderlich – dieses gilt für alle Lerngruppen des Ausbildungszweiges</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>→ u.U. zwei unterschiedliche Curricula in einer BFS, die auch gegenüber den Kooperationspartnern der Praxis zu vertreten sind</li> </ul>			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>wachsende Anforderungen und Ansprüche der Studierenden auch gegenüber der berufsfachschulischen Lehre → Anregungen und Impulse für die inhaltliche und didaktische Weiterentwicklung des berufsfachschulischen Unterrichts</li> </ul>			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>inhaltlicher Austausch in der Konzeption der praktischen Ausbildung ← Risiko, das Lehrer_innen der BFS sich als „zweitklassig“ („Praxislehrer“) degradiert fühlen</li> <li>← Erfahrung einer „Aufwertung“ durch Lehrauftrag a.d. FH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>inhaltlicher Austausch im Rahmen der curricularen Arbeit und in der unmittelbaren Konzeption, Realisierung und Evaluation von gemeinsam durchgeführten Modulen → Rückwirkung auf die Konzeption von BFS Unterricht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Austausch auf Ebene der Lehrenden im Diskurs – unmittelbare Anregungen und Impulse durch die Vertreter_innen der Hochschule und das dort angebotene und gemeinsam diskutierte Lehrprogramm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>konkurrierende Ansprüche der Studierenden gegenüber den Berufsfachschüler_innen in derselben Lerngruppe → können sich förderlich anregend oder konfliktuell destruktiv auswirken → stark erhöhte Anforderungen an ausgleichende (pädagogische) Kompetenzen der Lehrer_innen u. der Systeme → Risiko der Überforderung des Systems BFS</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risiko von Abgrenzungsbestrebungen gegenüber der Akademisierung der Pflege auf Seiten der Berufsfachschulen (in unterschiedlicher Ausformungen in den verschiedenen Systemen)</li> </ul>				

Tabelle V.1.2: Vergleich der ausgewiesenen Selbstlernzeiten in Prozent der Gesamtlernzeit

		Selbstlernzeit	nicht Selbstlernzeit			Σ
			Kontaktlernzeit <sup>51</sup>	Präsenzzeit	Transferzeit	
Therapiestudiengänge	FH Münster – TGM Logo/ Physiother.	36%	64%			64%
	RWTH Aachen – Logopädie	57%	43%			43%
	hsg Bochum Ergotherapie	57%	25%	18%		43%
	hsg Bochum Logopädie	54%	39%	7%		46%
	hsg Bochum Physiotherapie	54%	27%	19%		46%
Pfleigestudiengänge	KatHO NRW	ca.35%	ca. 65%			ca. 65%
	FH Bielefeld	57%	43%			43%
	Mathias Hochschule Rheine	27%		52%	21%	73%
	Fliedner FH Düsseldorf	66%	34%			34%
	hsg Bochum	52%	38%	10%		48%
	hsg Bochum Hebammenkunde	51%	27%	22%		49%
	KatHO NRW Hebammenkunde	34%	ca. 66%			ca. 66%

Tabelle V.1.3: Selbststudienzeiten und Studienkontaktzeiten in absoluten Zahlen

		Selbstlernzeit	nicht Selbstlernzeit			Σ
			Kontaktlernzeit	Präsenzzeit	Transferzeit	
Therapiestudiengänge	FH Münster – TGM Logo/ Physiother.	1958 h	3442 h			3442 h
	RWTH Aachen – Logopädie	3060 h	2340 h			2340 h
	hsg Bochum Ergotherapie	3618 h	1605 h	1115 h		2720 h
	hsg Bochum Logopädie	3390 h	2445 h	465 h		2910 h
	hsg Bochum Physiotherapie	3393 h	1725 h	1183 h		2907 h
Pfleigestudiengänge	KatHO NRW	1877*h	1033h <sup>52</sup>	2490** <sup>53</sup> h		3523 h
	FH Bielefeld	2970 h	2430 h			2430 h
	Mathias Hochschule Rheine	1436 h		2826 h	1138 h	3964 h
	Fliedner FH Düsseldorf	4174 h	2190 h			2190 h
	hsg Bochum	3270 j	2400 h	630 h		3030 h
	hsg Bochum Hebammenkunde	3206 h	1695 h	1399 h		3094 h
	KatHO NRW Hebammenkunde	1860 h	1050 h*	2490 h**		3540 h

<sup>51</sup> über SWS \* 15 Wochen/Semester ermittelt

<sup>52</sup> Zeiten an der FH

<sup>53</sup> akkreditierte BFS-Zeiten

## 2 Synopse Analyse der Prüfungsmodalitäten

	<b>FH Bielefeld –</b> BA Gesundheits- und Krankenpflege (GKP)	<b>FH Münster –</b> Therapie- und Gesund- heitsmanagement (Physioth., Logopädie)	<b>FH Rheine –</b> Gesundheits- und Krankenpflege (GKP)	<b>FH Bochum –</b> Ergotherapie, Hebam- me, Logopädie, Physi- oth., Pflege (AP, GKP, GKKP),	<b>FH Düsseldorf –</b> Pflege und Gesundheit (GKP, GKKP, AP)	<b>FH Köln –</b> Pflege und Gesundheit (GKP, GKKP, AP)	<b>RWTH Aachen –</b> Logopädie
<b>Verwende- te Quellen</b>	Start WS 2010/2011  <b>2. Zwischenbericht 2013</b> 1. Zwischenbericht 2012 + PO 2012	Start WS 2010/2011  <b>1. Zwischenbericht 2012</b> (Bericht Mai 2013 im Verzug) + PO 2011 + ATPO 2011 + ZVK Journal 2012	Start WS 2010/2011  <b>2. Zwischenbericht 2013</b> + 1. Evaluationsbericht 2012 + Präsentation Um- gestaltung Prüfung 09.2013 + Band I zum 1. Evaluationsbericht 2012 + PO Rheine 2011	Start WS 2010/2011  <b>2. Zwischenbericht 2013</b> + Präsentation Prüfungen 2013 + Konzept „staatliche Prüfungen“ 2013 + 1. Zwischen-bericht 2012 + PO 2011	Start WS 2011/2012  <b>1. Zwischenbericht 2013</b> (1. Bericht nicht angefer- tigt) + PO 2011	Start WS 2011/2012  <b>1. Zwischenbericht 2013</b> (1. Bericht nicht angefer- tigt) + PO o.J. + ATPO 2012 + SO 2012 <sup>54</sup>	Start WS 2012/2013  <b>Bericht erst 2014 fällig</b> PO 2012 + Praktikumsord- nung 2013 + Kompetenz- profil 2013 + Akkreditie- rungsantrag o.J.
<b>Abschlussprüfungen:</b> Zeitpunkt der Prüfung							
Berufs- abschluss	Zwischen dem 5. (z. B. therapiewissenschaftliche Studiengänge Bochum) und dem 8. Semester (Fliedner FH Düsseldorf) <sup>55</sup>						
Hochschul- abschluss	BA-Arbeit zwischen dem 7. und dem 8. Semester  Modulabschlussprüfungen erfolgen semesterbegleitend und abschichtend mit Beginn des Studiums <sup>56</sup>						
<b>Abschlussprüfungen:</b> Zusammensetzung Prüfungsausschuss/-kommission und Qualifikation der PrüferInnen							
Berufsab-							

<sup>54</sup> Konzept der berufsrechtlichen Prüfung Köln 2012 zeigte keine weiterführenden Informationen

<sup>55</sup> 2. Evaluationsbericht Bielefeld 2013, 1. Evaluationsbericht Münster 2012, 2. Evaluationsbericht Rheine 2013, 2. Evaluationsbericht Bochum 2013, PO Düsseldorf 2011, 1. Evaluationsbericht Köln 2013,

<sup>55</sup> PO Aachen 2013

<sup>56</sup> PO Bielefeld 2012, PO Münster 2011, PO Rheine 2011, PO Bochum 2011, 1. Evaluationsbericht Köln 2013, Akkreditierungsantrag Aachen o.J.

<b>schluss</b> (orientiert sich an den jeweiligen Berufs- und Berufsprüfungsgesetzen)	1. VertreterIn der zuständigen Behörde od. betraute Person; <u>Qualifikation</u> : „fachlich geeignete“ PrüferInnen (GKP, GKPP, AP) 2. Schulleitung (GKP, GKPP, AP, Hebammen); <u>Qualifikation</u> : Fachkraft mit Hochschulabschluss (GKP, GKPP) mit zusätzlicher pädagogischer Qual. und soz. oder pfl. Berufsabschluss oder Lehrhebamme bzw. Arzt (Hebamme) und/oder Beauftragte der Schulverwaltung (betrifft Physioth., Logopädie, Ergoth, Hebammen) 3. FachprüferInnen, die an der Schule unterrichten; <u>Qualifikation</u> : geregelt über die Unterrichtsgenehmigung der Länder- bzw. Bezirksregierungen					
	<b>GKP, GKPP</b>	<b>AP</b>	<b>Physioth.</b>	<b>Logopädie</b>	<b>Ergoth.</b>	<b>Hebamme</b>
a) mind. 2 Lehrkräfte und b) 1 ÄrztIn oder MedizinpädagogIn c) mind. 1 FachprüferIn, tätig als Praxisanleitung <u>Qualifikation PraxisanleiterIn</u> : GKP/GKPP mit einer 2 jährigen Berufserfahrung und einer berufspädagogischen Zusatzqualifikation von 200 Stunden  <u>Besonderheit Bielefeld</u> : Mind. ein Mitglied der Prüfungskommission sollte über die Berufszulassung Pflege verfügen  <u>Besonderheit Rheine</u> : PraxisanleiterInnen werden nicht nur für die praktische, sondern auch für die mündliche Prüfung	mind. 3 FachprüferInnen <sup>58</sup>	a) 1 Physioth. oder KG oder Medizinpäd. (wenn auch Physioth. oder KG) b) 1 ÄrztIn c) weitere Lehrkräfte <sup>59</sup>	a) 1 LogopädIn b) ÄrztIn c) weitere Lehrkräfte  <u>Besonderheit Bochum</u> -In Ermangelung akad. Personals mit Berufsabschluss Logopädie, auch gegenstandsverwandte AkademikerInnen prüferechtigt - unter bestimmten Bedingungen als prakt. ZweitprüferInnen in koop. Einrichtungen auch Praxis-supervisorInnen, akad. PrüferInnen ohne akad. Abschluss möglich -In Einrichtungen ohne fach-spezifisches Personal wird praktische Prüfung von zwei Lehrenden des Studi-	a) 1 Ergoth. oder Arbeits- u. Beschäftigungsth. oder MedizinpädagogIn (wenn auch Ergoth. oder Arbeits-Beschäftigungsth.) b) 1 ÄrztIn c) weitere Lehrkräfte <sup>61</sup>	a) 1 Lehrhebamme oder MedizinpädagogIn (wenn auch Hebamme) b) 1 ÄrztIn c) weitere Hebammen oder Entbindungspfleger und Lehrkräfte <sup>62</sup>	

<sup>58</sup> AltpPrV 2002, AltpPflG 2003

<sup>59</sup> PhysThAPrV 2007

<sup>61</sup> ErgThAPrV 1999

<sup>62</sup> HebAPrV 2013; HebAG 2013

	benannt <sup>57</sup>			enbereichs Logopädie durchgeführt <sup>60</sup>		
<b>Hochschulabschluss</b> Zusammensetzung Prüfungskommission aus allen Statusgruppen:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vorsitzende/r Prof.</li> <li>2. Stellvertr./r Vorsitzende/r Prof.</li> <li>3. 1-3 weitere Professoren (außer Rheine, Düsseldorf)</li> </ol> <u>Besonderheit Aachen:</u> Zwei der Profs. müssen von der medizin., zwei von der philosoph. Fakultät sein <ol style="list-style-type: none"> <li>4. 1 Akademische/r MitarbeiterIn oder Lehrkraft für besondere Aufgaben oder Lehrkraft der Kooperationseinrichtung (Bielefeld, Köln)</li> <li>5. 1-2 StudentInnen<sup>63</sup></li> </ol>					
Qualifikation der PrüferInnen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mind. die durch die Prüfung festzustellende oder eine gleichwertige Qualifikation (alle)</li> <li>- sofern zwingende Gründe eine Abweichung notwendig machen, dann PrüferInnen mit einschlägiger selbstständiger Lehrtätigkeit möglich (Rheine, Köln, Aachen)</li> <li>- ausnahmsweise in der beruflichen Praxis und Ausbildung erfahrene Personen, soweit dies zur Erreichung des Prüfungszwecks erforderlich und sachgerecht ist (Münster)<sup>64</sup></li> </ul>					
<b>Abschlussprüfungen:</b>						
Bekanntgabe der Prüfungsleistungen						
Berufsabschluss	In allen Berufsprüfungsverordnungen: Notenübermittlung erfolgt formal als schriftliche Nachricht über das Bestehen der staatlichen Prüfung durch ein Zeugnis; bei Nichtbestehen erfolgt eine schriftliche Mitteilung mit Angabe der Prüfungsnoten					
Hochschulabschluss	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Bekanntgabe mündlicher Leistungen im Anschluss an die Prüfung (Düsseldorf, Köln) bis eine Woche (Bochum) bzw. 6 bis 8 Wochen (Bielefeld, Münster, Rheine) danach</li> <li>-Bekanntgabe schriftlicher Leistungen vier bis 8 Wochen danach</li> <li>-Bekanntgabe der BA-Arbeit 6 bis 8 Wochen nach Abgabe<sup>65</sup></li> </ul>					

<sup>57</sup> KrPflAPrV 2007; KrpflG 2003, 2. Evaluationsbericht Bielefeld 2013, PO Rheine 2011

<sup>60</sup> LogAPro 2013, 2. Evaluationsbericht Bochum 2013

<sup>63</sup> PO Bielefeld 2013, ATPO Münster 2011, PO Rheine 2011, PO Bochum 2011, PO Düsseldorf 2011, ATPO Köln 2012, PO Aachen 2012

<sup>64</sup> PO Bielefeld 2013, ATPO Münster 2011, PO Rheine 2011, PO Bochum 2011, PO Düsseldorf 2011, ATPO Köln 2012, PO Aachen 2012

<sup>65</sup> PO Bielefeld 2013, ATPO Münster 2011, PO Rheine 2011, ATPO Münster 2011, PO Rheine 2011, PO Bochum 2011, PO Düsseldorf 2011, ATPO Köln 2012, PO Aachen 2012

**Abschlussprüfungen:**  
Wiederholung von Prüfungsleistungen

<b>Berufsabschluss</b>	Laut Berufsgesetzen kann jeder durchgefallene Prüfungsteil einmal wiederholt werden (Ausnahme Logopädie mit zweimaliger Wiederholungsmöglichkeit) <sup>66</sup>
------------------------	---

<b>Hochschulabschluss</b>	Laut Prüfungsordnungen FH kann BA-Arbeit 1x wiederholt und Modulabschlussprüfungen können 2x wiederholt werden <sup>67</sup> <u>Besonderheit Münster:</u> in einem Modul kann ein zusätzlicher Prüfungsversuch als mündliche Prüfung beantragt werden <sup>68</sup>
---------------------------	--

**Abschlussprüfungen:**  
Durchführung

	<b>GKP, GKKP</b>	<b>AP</b>	<b>Physioth.</b>	<b>Logopädie</b>	<b>Ergoth.</b>	<b>Hebamme</b>
<b>Berufsabschluss</b>	-geprüft werden 2-4 ThB, Dauer ca. 10-15 min. pro	-geprüft werden 3-4 LF, Dauer 10 min. pro LF (lt.	-geprüft werden 2-3 Fächer, Dauer 15-30 min. pro Fach	-geprüft werden 2-5 Fächer, Dauer 20-50 min. pro Fach	-3 Einzelprüfungen, Dauer 15 min. pro Prüfung	-geprüft werden 4 Schwerpunkte, Dauer max. 20 min.

<sup>66</sup> PO Bielefeld 2012, LogAPrO 2013, PhysThPrV 1994, KrpflAPrV 2003, 2. Evaluationsbericht Bochum 2013, PO Düsseldorf 2011, 1. Evaluationsbericht Köln 2013

<sup>67</sup> PO Bielefeld 2013, PO Bochum 2011, PO Düsseldorf 2011, ATPO Köln 2012, PO Aachen 2012, PO Rheine 2011

<sup>68</sup> ATPO Münster 2011

<u>Mündliche Abschlussprüfung</u>	<p>ThB (lt. KrPflAPrV 3 ThB)</p> <p><u>Besonderheit Köln:</u> -Aufteilung der zu prüfenden Inhalte auf BFS und FH, je nachdem, wo welche Inhalte gelehrt wurden (FH übernimmt von 4 ThB im zweiten ThB ca. 60%, Rest BFS)</p> <p><u>Besonderheit Rheine:</u> -Teile der mündlichen Prüfung werden mit der praktischen Prüfung verbunden</p> <p>-in 2 von 5 Studiengängen (Bielefeld, Bochum) stellen eine bestimmte Anzahl an ThB 1 <b>Modulabschlussnote</b> dar<sup>69</sup></p>	<p>AltPflAPrV 3 LF)</p> <p><u>Besonderheit Köln:</u> - Aufteilung der zu prüfenden Inhalte auf BFS und FH, je nachdem, wo welche Inhalte gelehrt wurden (FH übernimmt Prüfung komplett)</p> <p>-im Studiengang Köln geht die <b>Modulabschlussnote</b> zu 50% als <b>Vornote</b> in das LF für das Examen ein (VN gehen zu 25% in das Examen ein<sup>70</sup>)</p> <p>-im Studiengang Bochum stellen die Prüfungen gleichzeitig <b>1 Modulabschlussnote</b> dar<sup>71</sup></p>	<p>-im Studiengang Bochum stellen die Prüfungen gleichzeitig <b>1 Modulabschlussnote</b> dar</p> <p>-im Studiengang Münster sollen Teile der Prüfung gleichzeitig als <b>Modulabschlussnote</b> anerkannt werden<sup>72</sup></p>	<p>-im Studiengang Bochum stellen die Prüfungen gleichzeitig <b>1 Modulabschlussnote</b> dar</p> <p>-im Studiengang Münster sollen Teile der Prüfung gleichzeitig als <b>Modulabschlussnote</b> anerkannt werden<sup>73</sup></p>	<p>-die Noten der Einzelprüfungen werden zugleich als <b>Modulabschlussnoten</b> anerkannt<sup>74</sup></p>	<p>pro Schwerpunkt</p> <p>-die Noten der Schwerpunktprüfungen werden zugleich als <b>Modulabschlussnoten</b> anerkannt<sup>75</sup></p>
	GKP, GKKP	AP	Physioth.	Logopädie	Ergoth.	Hebamme

<sup>69</sup> 1. Evaluationsbericht Köln 2013, PO Düsseldorf 2011, 2. Evaluationsbericht Bochum 2013, 2. Evaluationsbericht Bielefeld 2013, Präsentation Umgestaltung der Prüfung Rheine 2013

<sup>70</sup> AltPflAPrV 2002

<sup>71</sup> 2. Evaluationsbericht Bochum 2013, 1. Evaluationsbericht Köln 2013

<sup>72</sup> 1. Evaluationsbericht Münster 2012, PhysThPrV 1994, 2. Evaluationsbericht Bochum 2013

<sup>73</sup> 1. Evaluationsbericht 2012, LogAPrO 2013, 2. Evaluationsbericht 2013

<sup>74</sup> 2. Evaluationsbericht 2013

<sup>75</sup> 2. Evaluationsbericht Bochum 2013

<p><b>Berufsabschluss</b> Regelung über Berufsgesetze</p> <p><b>Praktische Abschlussprüfung</b></p> <p>Zuständigkeit liegt i.d. Regel (Ausnahme Bochum) bei den Berufsfachschulen bzw. Praxis-einrichtungen</p>	<p>- Auswahl der PatientInnen erfolgt durch FachprüferInnen</p> <p>-Dauer max. 6 Stunden, kann über 2 Tage erfolgen</p> <p>-Beinhaltet Pflegeplanung, (Fallvorstellung in Bielefeld), Dokumentation und Übergabe</p> <p>-im anschließenden Prüfungsgespräch wird das Pflegehandeln erläutert, begründet sowie die Prüfung reflektiert</p> <p><u>Besonderheit Bielefeld:</u></p> <p>- Verwendung eines kompetenzbasierenden Bewertungsinstrument für auf Grundlage der SELUBA<sup>76</sup>-Kriterien</p> <p>-im Studiengang Bochum wird die praktische Prüfung <b>gleichzeitig als 1 Modulabschlussnote</b> anerkannt<sup>77</sup></p>	<p>-Auswahl geeigneter BewohnerInnen durch FachprüferInnen</p> <p>- Dauer ca. 4 Stunden (max. 250 min.)</p> <p>-Beinhaltet Pflegeplanung, Dokumentation, pflegerische Tätigkeit und Übergabe</p> <p>-Reflexionsgespräch</p> <p>- im Studiengang Bochum wird die praktische Prüfung gleichzeitig als <b>1 Modulabschlussnote</b> anerkannt<sup>78</sup></p>	<p>-gliedert sich in 3 Teile: 1. Krankengymnastische Behandlungstechniken und Bewegungserziehung mit verschiedenen (Bochum: bekannten) ProbandInnen, 2. Teil verschiedene Behandlungen und physikalische Therapien an jeweils einem/ einer (Bochum: Simulations-)ProbandIn 3. physioth. Anwendungen in 2 mediz-nischen Fachgebieten bei (Bochum: unbekannt) PatientInnen mit Befunderhebung, Bewertung, Dokumentation, Therapieplanerstellung und Durchführung</p> <p>- Reflexionsgespräch(Bochum)</p> <p>-es wird/werden 1 bzw. 3 (Bochum) <b>Prüfungsteil/e gleichzeitig als 1 bzw. 3 (Bochum) Modulabschlussnote/n</b> anerkannt<sup>79</sup></p>	<p>- gliedert sich in 2 Teile: 1. Erstellung einer Anamnese bei PatientIn/ PatientInnen-gruppe, Befunderhebung, Behandlungsplan mit Begründung, Durchführen der Behandlung bei bekannten LangzeitpatientInnen 2. Durchführung einer Behandlung unbekannten/r PatientIn/ PatientInnen-gruppe (2-stündige Vorbereitungszeit anhand PatientInnenakte) mit schriftlicher Reflexion der Prüfung</p> <p>- in beiden Studiengängen wird ein <b>Prüfungsteil gleichzeitig als 1 Modulabschlussnote</b> anerkannt<sup>80</sup></p>	<p>-gliedert sich in 2 Teile: 1. Erstellung eines therapeutischen Mediums an drei aufeinanderfolgenden Tagen (vorbereitende Fallbe-arbeitung und Präsentation der Planung, Umsetzung in vier Stunden und Reflexion des Arbeitsprozesses sowie weiterführende Überlegungen in 4 ½ Stunden) 2. Durchführung von PatientInnenbehandlungen als Gruppenprüfung über 2 Wochen (Dauer 20-45 min.) mit Anfertigung eines Prüfungsberichts und eines Reflexionsgesprächs (Dauer mit Vorbereitung ca. 35-45 min.)</p> <p>-es wird ein <b>Prüfungsteil gleichzeitig als 1 Modulabschlussnote</b> anerkannt<sup>81</sup></p>	<p>- Dauer: max. 8 Stunden, kann sich auf 2 Tage verteilen</p> <p>- besteht aus 4 Prüfungsteilen verteilt auf 3 Prüfungen, welche die Aufnahme einer Schwangeren, die Geburt und das Wochenbett beinhalten</p> <p>-besondere organisatorische Herausforderung durch eingeschränkte Planbarkeit der Geburtssituation</p> <p>-es wird <b>1 Prüfungsteil gleichzeitig als 1 Modulabschlussnote</b> anerkannt<sup>82</sup></p>
---	---	--	--	---	--	--

<sup>76</sup> SELUBA-Kriterien: Zielgerichtetheit, Selbstständigkeit, Selbstreflexion, Soziale Eingebundenheit, Gegenstandsbezug (2. Evaluationsbericht Bielefeld 2013)

<sup>77</sup> PO Düsseldorf 2011, 2. Evaluationsbericht Bielefeld 2013, 2. Evaluationsbericht Bielefeld 2013, Band 1 Zwischenbericht Rheine 2012, 2. Evaluationsbericht Bochum 2013

<sup>78</sup> 2. Evaluationsbericht Bochum 2013

<sup>79</sup> PhysThAPrV 1994, 1. Evaluationsbericht Münster 2012, 2. Evaluationsbericht Bochum 2013

<sup>80</sup> LogAPro 2003, 1. Evaluationsbericht Münster 2012, 2. Evaluationsbericht Bochum 2013

<sup>81</sup> ErgThAPrV 2011, 2. Evaluationsbericht Bochum 2013

<sup>82</sup> HebAPrV 2011, 2. Evaluationsbericht Bochum 2013

	<b>GKP, GKKP</b>	<b>AP</b>	<b>Physioth.</b>	<b>Logopädie</b>	<b>Ergoth.</b>	<b>Hebamme</b>
<b>Berufsabschluss</b>  <b>Schriftliche Abschlussprüfung</b>	<p>- 3 Klausuren in 3-4 ThB mit jeweils einer Dauer von 120-180 min., an 2-3 Tagen</p> <p><u>Besonderheit Rheine</u> - 2 Teile: 1. Teil bezieht sich auf ThB im KrPflAPrV (120. min.) auf Niveau der beruflichen Ausbildung, der 2. Teil (60 min.) auf das hochschulische Kompetenzniveau</p> <p><u>Besonderheit Köln</u> -Aufteilung der zu erstellenden Prüfungsinhalte nach gelehrten Inhalten (jeweils 1 ThB wird von der FH, einer von der BFS, der letzte ThB wird zu 65% von der FH und zu 35% von der BFS geprüft)</p> <p>- in 4 von 5 Studiengängen stellen die 3 Klausuren gleichzeitig <b>3 Modulab-</b></p>	<p>- 3 Klausuren in 5 LF werden geprüft (2 Klausuren enthalten 2 LF)</p> <p><u>Besonderheit Köln</u> -1 <b>Modulabschlussnote</b> geht zu 50%, 1 andere zu 60% als <b>Vornote</b> für das LF in das Examen ein</p> <p>-in 2 von 3 Studiengängen (Bochum, Düsseldorf) stellen die 3 Klausuren gleichzeitig <b>3 Modulabschlussnoten</b> dar<sup>84</sup></p>	<p>- 4 Fächergruppen werden in 2-4 Klausuren mit einer Dauer von insg. 405 min. an 2 Tagen geprüft</p> <p>-1 bzw. 2 Klausuren (Bochum) stellen gleichzeitig <b>1</b> bzw. <b>2</b> (Bochum) <b>Modulabschlussnoten</b> dar<sup>85</sup></p>	<p>- 3-5 Klausuren werden an 2 Tagen<sup>86</sup> mit einer Dauer von insg. 450 min. geprüft</p> <p>-in beiden Studiengängen stellt 1 Klausur gleichzeitig <b>eine Modulabschlussnote</b> dar<sup>87</sup></p>	<p>- 3 Klausuren werden an 3 Tagen, jeweils eine Dauer von 180 min. geprüft</p> <p>-3 Klausuren stellen gleichzeitig <b>3 Modulabschlussnoten</b> dar<sup>88</sup></p>	<p>- 2 Klausuren in 2 Schwerpunkten werden mit einer Gesamtdauer von 390 min. an 2 Tagen (zwischen denen ein Tag Pause liegt) geprüft</p> <p>- 1 Klausur stellt gleichzeitig <b>1 Modulabschlussnote</b> dar<sup>89</sup></p>

<sup>84</sup> 1. Evaluationsbericht Köln 2013, 2. Evaluationsbericht Bochum 2013

<sup>85</sup> 1. Evaluationsbericht Münster 2013, 2. Evaluationsbericht Bochum 2013, PHysThPrV 1994

<sup>86</sup> Vereinbarung mit Gesundheitsamt über die Abweichung von LogAPrO fallorientierte Prüfungen, anstelle von Einzelfächern, und Bündelung von Klausuren von 3 statt 5 Prüfungen (2. Evaluationsbericht 2013)

<sup>87</sup> 1. Evaluationsbericht Münster 2013, 2. Evaluationsbericht Bochum 2013, LogAPrO 2013

<sup>88</sup> 2. Evaluationsbericht 2013

<sup>89</sup> 2. Evaluationsbericht 2013

	schlussnoten dar <sup>83</sup>					
Hochschulabschluss	<p>- BA-Prüfung mit einer BA-Arbeit und den semesterbegleitenden Modulabschlussprüfungen  <u>Besonderheit Düsseldorf:</u> BA-Prüfung und Berufsabschluss erfolgen in einem Modul zusammen</p> <p>-BA-Arbeit mit Umfang von max. 40- 50 Seiten, bzw.ca. 75.000 bis 90.000 Zeichen, 15.000 bis 20.000 Worten oder mit durch die PrüferInnen zu begrenzendem Umfang und einer Bearbeitungszeit von 9 Wochen bis 3 Monaten</p> <p>-Voraussetzung für die Zulassung zur BA-Prüfung ist eine bestandene Berufsprüfung<sup>90</sup></p>					
<b>Abschlussprüfungen:</b>						
Methoden der Prüfungen						
Berufsabschluss  Zusammenfassend aus den Berufsge- setzen	<u>Mündliche Prüfung:</u> -Prüfungsgespräch -Fach- Reflexionsgespräch -Mündliche Fallbearbeitung					
	<u>Praktische Prüfung:</u> -Durchführung von pflegerischen oder therapeutischen Tätigkeiten -mit Falldarstellung, Handlungsplänen, Begründung des prof. Handelns, Befunderhebung, Dokumentation, Anleitung, Übergabe -mit Reflexion prof. Handelns					
	<u>Schriftliche Prüfung:</u> Klausuren					

<sup>83</sup> 2. Evaluationsbericht Bielefeld 2013, 2. Evaluationsbericht Rheine 2013, 2. Evaluationsbericht 2013, PO Düsseldorf 2011,

<sup>90</sup> PO Bielefeld 2013, PO Münster 2011, PO Rheine 2011, PO Bochum 2011, PO Düsseldorf 2011, PO Köln o. J., ATPO Köln 2012, PO Aachen 2012

<b>Hochschulabschluss</b>  Zusammenfassend aus den Prüfungsordnungen	<u>Mündliche Prüfung:</u> - Prüfungsgespräch (alle Studiengänge) - Vortrag (Bo, Aa) - Referat (alle Studiengänge) - Fallpräsentation (Mü, Rh) - Projektpräsentation (Rh) - Fachgespräch (Dü, Kö) - Kolloquium (alle Studiengänge) - Präsentation bzw. mündlicher Seminarbeitrag (Mü, Dü, Kö, Aa)
	<u>Praktische Prüfung:</u> -OSCE-Prüfungen (Rh) - Praktika (Bo) - praktische Übungen (Bi, Rh, Bo, Dü)
	<u>Schriftliche Prüfung:</u> - Klausur (alle Studiengänge) - Protokolle ((Bo, Dü, Mü, Bi) -Praktikumsbericht (Dü, Rh, Kö) - Hausarbeit (alle Studiengänge) - Portfolio (Mü) - Projektskizze (Kö) - Projektarbeit bzw. -bericht (Mü, Kö, Dü) - BA-Arbeit (alle Studiengänge)
	<u>Kombinationsprüfungen:</u> - Kombination aus schriftlichen, praktischen oder mündlichen Prüfungen (Bi, Mü, Bo, Rh?) - Performanz-Prüfung (theoretisch/praktisch) (Bi, Mü, Bo) - Fallarbeit (Kö) - Integrierte Prüfung (Zusammenfassung von Modulprüfungen) (Kö)
<b>Abschlussprüfungen:</b> Arbeitsaufwand	

**Zusätzlicher  
Arbeitsauf-  
wand der  
Prüfungs-  
umsetzung**

Arbeitsgruppen

-2-6 jährliche Treffen verschiedener Arbeitsgruppen (z.B. Steuerungsgruppe Bielefeld, TGM Koordinationsgruppe Münster, kleiner Koordinationsausschuss Rheine, Treffen des Gremiums der Studiengangsbeauftragten FH Rheine, ExpertInnengruppe „Praktische Prüfungen“ Bochum, Ausschuss „Staatliche Prüfungen“ Düsseldorf, Arbeitsgruppe Abschlussklausuren Köln)

Aufgaben u.a.:

-Thematisierung der Rahmenbedingungen zur Umsetzung des Studiengangskonzepts, der Prüfungsordnung sowie des Curriculums

-Lösung operativer Fragen (z.B. Absprachen zu Prüfungsaspekten, Koordination der Planung der staatlichen Prüfungen, Organisation der staatlichen Prüfungen, Absprachen mit den zuständigen Gesundheitsbehörden, Bündelung erforderlicher Informationen und Formulare)

-Fragen der operativen, standortsübergreifenden Kooperation, z.B. regelmäßige Überprüfung des Leistungsniveaus (z.B. durch Einsichtnahme in Klausuren) oder Erarbeitung der Prüfungsformate mit BFS

- Entwicklung der Prüfungen z.B. Fragenpools, Transferleistungen, Beurteilungsinstrumente

Zusammensetzung:

Zusammenfassend z.B. Entscheidungsträger von Leitungs- und FachvertreterInnen der kooperierenden Einrichtungen, Studiengangleitungen, HochschuldozentInnen und WiMIs der Studiengänge, Verwaltungsdezernat für Studium und akademische Angelegenheiten, übergeordnete universitäre Stellen, wie Vizepräsidium für Lehre und b. B. eine HochschuljuristIn

Leitfaden und Beurteilungsinstrumente

- Leitfaden zur Durchführung der berufsrechtlichen Prüfungen (Bochum, Köln)

- Bewertungsbogen zur Darstellung des Kompetenzprofils durch Anpassung bzw. Präzisierung der Seluba Kriterien (Bielefeld)<sup>91</sup>

<sup>91</sup> 1. Evaluationsbericht Köln 2013, 1. Evaluationsbericht Münster 2012, 2. Evaluationsbericht Bielefeld 2013, Anhang 2, 2. Evaluationsbericht Bielefeld 2013, 2. Evaluationsbericht Rheine 2013, 1. Evaluationsbericht Düsseldorf 2013

**Umsetzung der Abschlussprüfungen**  
**Eingeschränkte Kompatibilität zwischen Hochschul- und Berufsabschlussanforderungen**  
 (entnommen aus Evaluationsberichten)

<b>Allgemein formale Herausforderungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unklarheiten über die Mitteilung der Note nach Abschluss der Prüfung. Erfolgt diese durch PrüferInnen oder durch die zuständigen Behörden?<sup>92</sup></li> <li>- Unterschiedlicher Zeitpunkt der Notenbekanntgabe im Rahmen der Hochschulprüfungen und der Berufsprüfungen (s. Bekanntgabe der Prüfungsleistungen)</li> <li>- Unterschiedlicher Zeitpunkt der Prüfungen: Berufsprüfungen erfolgen erst im 5.-8. Semester, Modulprüfungen von Studienbeginn semesterbegleitend</li> <li>- Aus Inkompatibilität der Prüfungsvorgaben erfolgt künstliche Trennung der Fächeranteile, sowie Aufspaltung der Notengebung in den Modulen<sup>93</sup></li> </ul>
<b>Herausforderungen i.B. PrüferInnen/Prüfungsausschuss</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- es existieren zwei unterschiedlich besetzte Prüfungskommissionen bzw. -ausschüsse nebeneinander (Hochschulprüfungskommission und Berufsprüfungsausschuss)</li> <li>- Berufsprüfungsausschuss ist fachspezifisch besetzt, Hochschulprüfungskommission interdisziplinär</li> <li>- Unklarheit in Bezug auf Prüfungshoheit bei der Berufsprüfung, z.B. HL Pflege als Prüfungsvorsitz erwünscht</li> <li>- Mediziner in den Berufsabschlussprüfungen den Berichten zufolge unerwünscht, da dies konträr zum Ausbildungs- und Hochschulziel</li> <li>- für den berufspraktischen Kompetenzerwerb und die vielen praktischen Prüfungen und Lernaufgaben sollen PraxisanleiterInnen verstärkt einbezogen und bei der Beurteilung der Studierenden generell mitentscheiden dürfen (z.B. Probezeit)<sup>94</sup></li> </ul>
<b>Herausforderungen durch Anrechnung von Prü-</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- da es Überschneidungen zwischen den Berufsabschlussprüfungen und den Hochschulprüfungen gibt, sollten erstere noch häufiger gleichzeitig als Modulprüfungen anerkannt werden</li> <li>- ergänzende Prüfungen für den Nachweis des erfolgreichen Besuchs der Module an FH finden bei der Abschlussprüfung keine Anrechnung, da Fehlzeiten nach dem KrPflG innerhalb der Ausbildung nicht durch ergänzende Leistungsnachweise ausgeglichen werden können</li> <li>- bewertete Leistungen des Studiums werden nach KrpflG als erfolgreiche Teilnahme an der Ausbildung anerkannt, bei der Examensprüfung aber nicht berücksichtigt</li> </ul>

<sup>92</sup> 2. Evaluationsbericht Bielefeld 2013  
<sup>93</sup> Präsentation Bochum September 2013  
<sup>94</sup> 2. Evaluationsbericht Rheine 2013, Präsentation Bochum September 2013

<b>fungsleistungen</b>	- das im Modulhandbuch ausgewiesene und im Workload angerechnete Selbststudium findet bei der Würdigung der Teilnahme an der Ausbildung als Voraussetzung für die Abschlussprüfungen keine adäquate Würdigung <sup>95</sup>
<b>Herausforderungen an inhaltliche Prüfungsaspekte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fächerstrukturierung (außer Pflege) versus Kompetenz-/Handlungsorientierung<sup>96</sup></li> <li>- Kompetenzorientierung der FH gehen über die staatliche Prüfung hinaus und sind auf dem Qualifikationsniveau 5 bis 6 angesiedelt<sup>97</sup></li> <li>- erwünschte Kompetenzorientierung ist in der FHPO, nicht aber im KrPflAPrV angelegt<sup>98</sup></li> <li>- Kompetenzen in der FH können über vielfältige Prüfungsformen in Modul- und Abschlussprüfungen geprüft werden<sup>99</sup></li> <li>- stärkere Integration von fachschulpraktische Transferaufgaben um die Ziele der staatlichen Prüfung zu sichern (z.B. FATA-Aufgaben Rheine)<sup>100</sup></li> </ul>

<sup>95</sup> 1. Evaluationsbericht Düsseldorf 2013, 1. Evaluationsbericht Münster 2012

<sup>96</sup> Präsentation Bochum September 2013

<sup>97</sup> 2. Evaluationsbericht Rheine 2013

<sup>98</sup> 1. Evaluationsbericht Münster 2012

<sup>99</sup> 2. Evaluationsbericht Bielefeld 2013

<sup>100</sup> Vereinheitlichung der Praxisaufgaben durch gemeinsame Fachschulpraktische Transferaufgaben (FATA) für eine Vergleichbarkeit der Praxisleistungen (2. Evaluationsbericht Rheine 2013)



