



Fachhochschule
Bielefeld

Fachbereich
Pflege und Gesundheit

Workshop-Reader

Nr. 14
Workshop
Die Zukunft der therapeutischen Berufe
23.Oktober 2002

Annette Nauerth
Ursula Walkenhorst
Beate Klemme

Workshop-Reader

Herausgeber: Fachhochschule Bielefeld
Fachbereich Pflege und Gesundheit
Redaktion: Katja Buchelt, Rebekka Neumann
Copyright: Annette Nauerth, Ursula Walkenhorst,
Beate Klemme 2003

Nr. 14
Workshop
Die Zukunft der therapeutischen Berufe

23. Oktober 2003

Annette Nauerth
Ursula Walkenhorst
Beate Klemme

Inhaltsverzeichnis:

Vorwort	
Annette Nauerth.....	1
Vorträge zur Entwicklung der therapeutischen Berufe:	
Physiotherapie	
Bodo Schlag.....	3
Ergotherapie	
Peter Jehn.....	10
Internationale Entwicklung	
Erwin Scherfer.....	20
Professionalisierung durch Akademisierung	
Karl Kälble.....	28
Präsentationen und Hinweise zu den Studiengängen an den Fachhochschulen: ...	51
Bielefeld.....	52
Fulda/Marburg.....	55
Kiel.....	64
Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven.....	68
Idstein.....	82
Osnabrück.....	82
Schwandorf/Hamburg.....	82
Hildesheim.....	82
Arbeitsgruppen	
AG 1: Auf dem Weg zu einer Fachdidaktik Therapie	
Ursula Walkenhorst.....	83
AG 2: Forschungsentwicklung: Aus der Therapie für die Therapie	
Beate Klemme.....	86
AG 3: Vernetzung der Hochschulen	
Annette Nauerth.....	89
AG 4: Vernetzung der Studierenden	
Ulrike Lange.....	91
AG 5: Vernetzung Theorie und Praxis: Zusammenarbeit Hochschule-Berufsfachschule	
Gabriele Heinrichs.....	92
Ausblick: Perspektiven der Zusammenarbeit.....	93

Vorwort

Prof. Dr. Annette Nauerth

Am 23.10.02 fand in der Fachhochschule Bielefeld ein Workshop statt unter dem Thema „Die Zukunft der therapeutischen Berufe“. Zu diesem Workshop waren neben den Ausbildungsstätten der Region und interessierten Praktikern insbesondere die Hochschulen eingeladen, die Angebote für den Bereich Physiotherapie und Ergotherapie bereitstellen.

Mehr als 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmer nahmen an diesem Workshop teil und zeigten großes Interesse am Thema Professionalisierung und Akademisierung im Bereich der therapeutischen Berufe. Großer Bedarf herrschte darüber hinaus in Bezug auf Austausch, Kontakt und Vernetzung.

Mit der Einrichtung von Studiengängen im Bereich der therapeutischen Berufe wird ein Anschluss der deutschen Entwicklung an internationale Standards möglich. Dies betrifft die Akademisierung der Lehre, die Entwicklung von Forschung und die Durchsetzung von professionellen Standards in der Berufspraxis.

Diese Entwicklung erfordert ein großes Ausmaß an Entwicklungsarbeit. In dieser Phase erscheint es wichtig, weniger den Gedanken einer gegenseitigen Konkurrenz als vielmehr den der gemeinsamen Arbeit hervorzuheben und Austausch und konkrete Kooperationen zu organisieren. Im Bereich der therapeutischen Berufe wird auf Dauer nur etwas erreicht werden können, wenn gemeinsam gearbeitet wird. In einer Situation in der an allen Orten Konzepte gemacht und neue Wege ausprobiert werden, erscheint es von fundamentaler Bedeutung zu sein, miteinander ins Gespräch zu kommen, damit nicht jeder die gleichen Fehler macht. Es geht darum, gemeinsam daran zu arbeiten, dass diese Berufe so attraktiv werden und bleiben, dass nicht auf Dauer von einem Therapienotstand geredet werden muss, wie sich das im Bereich der Pflege zur Zeit wieder abzeichnet.

Es geht weiterhin um die Einschätzung der zukünftigen Entwicklungen. Welche Qualifikationen werden benötigt? Welche sind wo am besten zu erwerben, zu vermitteln.

Zur Beantwortung dieser Fragen erscheint es unabdingbar, dass Hochschulen und Ausbildungsstätten in einen engen Dialog treten. Nur in einer gemeinsamen Anstrengung kann es gelingen, die zukünftige Entwicklung zu beeinflussen und eine gemeinsame Zielperspektive zu gewinnen. Auch dazu sollte der Workshop ein Beitrag sein und dazu soll auch dieser Reader beitragen.

Zunächst wird zur Zukunft der therapeutischen Berufe aus Sicht der Berufsverbände Stellung genommen. Dies wird dann in Beziehung gesetzt zu den internationalen Entwicklungen.

Es folgt ein Überblick zum Thema Akademisierung der therapeutischen Berufe und schließlich eine Vorstellung der unterschiedlichen Studiengangskonzepte. Die Berichte aus den Arbeitsgruppen stellen dann den letzten Teil dieses Readers dar.

Vortrag

Entwicklung der therapeutischen Berufe (Physiotherapie)

Bodo Schlag, Stv. ZVK-Vorsitzender

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Einladung zu diesem in meinen Augen sehr wichtigen und schon lange fälligen Workshop und die Möglichkeit, für die Physiotherapie eine Einschätzung der jetzigen Situation und einen Ausblick auf notwendige zukünftige Entwicklungen geben zu können.

Es hat mich besonders gefreut, heute morgen schon vor Beginn der Veranstaltung so viele bekannte Gesichter gesehen zu haben – für mich ein Beweis dafür, dass sich eine Interessengemeinschaft zum Thema Fachhochschulausbildung für Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe etabliert hat.

Ich darf mich Ihnen zunächst kurz vorstellen: Mein Name ist Bodo Schlag. Ich bin stellvertretender Vorsitzender des ZVK (Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten) und Lehrkraft an der Physiotherapieschule Bochum.

Wie Sie sehen können, bin ich kein von der Ausbildungssituation losgelöster Berufspolitiker, vielmehr stehe ich als Lehrer an einer Physiotherapieschule täglich mit beiden Beinen in der Ausbildungsrealität.

Ich möchte in der kurzen mir zur Verfügung stehenden Zeit in drei Schritten vorgehen:

1. Kurzer Rückblick auf die geschichtliche Entwicklung unseres Berufsstandes
2. Bewertung der derzeitigen Ausbildungssituation
3. Einschätzung der Erfordernisse zukünftiger Ausbildung

Seit 102 Jahren werden Physiotherapeuten (Krankengymnasten) in Deutschland ausgebildet.

Sie übernahmen aus historischen Gründen (Kriege, Industrialisierung, Epidemien wie z. B. Kinderlähmung führten zu steigenden Patientenzahlen) im Verlauf der Spezialisierung ärztlicher Tätigkeiten vormals ureigene Aufgaben von Ärzten und entwickelten daraus eine eigenständige Profession.

Der Wandel der Berufsbezeichnung von „Orthopädische Hilfsarbeiterin, Turnschwester, Gymnastische Assistentin“ bis hin zu „Krankengymnastin, Physiotherapeutin“, aber auch Definitionen des Berufsfeldes als „Heil-Hilfsberuf, Medizinischer Assistenzberuf, Medizinischer Komplementärberuf oder Medizinalfachberuf“ verdeutlichen indirekt den Weg der Professionalisierung.

Ziel der heutigen Physiotherapieausbildung ist die *Befähigung, durch Anwenden geeigneter Verfahren der Physiotherapie in Prävention, kurativer Medizin, Rehabilitation und im Kurwesen, Hilfen zum Erhalt und zur Wiederherstellung aller Funktionen im somatischen und psychischen Bereich zu geben bzw. Ersatzfunktionen zu schulen.*

Diese derzeit gültige Ausbildungszielbeschreibung verdeutlicht die weitreichende Handlungsautonomie des Physiotherapeuten in seinem Fachgebiet (selbstredend: im Rahmen der Heilmittelerbringung auf Grundlage ärztlicher Diagnostik und Verordnung!).

Obwohl diese Ausbildungszielbeschreibung recht modern klingt, verbirgt sich dahinter leider doch ein Manko: der Beruf des Physiotherapeuten wird in weiten politischen – möglicherweise auch ärztlichen – Kreisen in der Regel als handwerkliche Tätigkeit definiert und trotz der beschriebenen Autonomie und damit hohen Verantwortlichkeit in der physiotherapeutischen Behandlung von Patienten, wird dem Berufsstand über das „Handwerk“ hinausgehende, notwendige Schritt zur weiteren Professionalisierung, im Sinne einer akademischen Ausbildung verweigert bzw. erheblich erschwert.

Die derzeitige Ausbildungssituation stellt sich in der Physiotherapie folgendermaßen dar:

- ca. 312 Physiotherapieschulen
- ca. 20 812 Schülerinnen und Schüler

Die Ungenauigkeit der Zahlen ist bedingt durch fehlende statistische Angaben der Länder Hessen und Bremen – es ist daher von noch höheren Zahlen auszugehen.

Die Bezeichnungen der Ausbildungsstätten variieren zwischen Lehranstalten, Schulen für Gesundheitsfachberufe, Fachschulen besonderer Art oder Berufsfachschulen.

Nur in wenigen Bundesländern haben die Physiotherapieschulen einen Berufsfachschulstatus (dann aber auch in einer Sonderform).

Ausgebildet wird gemäß der derzeit gültigen Ausbildungs- und Prüfungsordnung. Diese wurde 1995 nach 35 Jahren Bestand erstmals verändert. Das bedeutet, verantwortungsvolle Schulen haben lange Zeit (in den 80er und 90er Jahren) an der alten Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vorbei ausbilden müssen, um den „state of the art“ (bei ständigem, immensem Zuwachs an medizinischem Wissen und physiotherapeutischen Behandlungstechniken) halten zu können.

Eine Revision der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wäre heute unter den veränderten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen wieder notwendig, ist im BMG auch angefragt, aber abschlägig beschieden.

Es besteht derzeit ein offensichtliches Manko, da die Revision der AprVO vor sieben Jahren sich am alten Ausbildungsmuster orientierte, nur Inhalte ergänzte und eine stundenmäßige Umverteilung vornahm. Sie stellt aber keine wirkliche Modernisierung der Ausbildung im Sinne eines Paradigmenwechsels dar.

Meine persönlichen Einschätzungen der derzeitigen Ausbildungsdefizite:

- a) Verschlusstes Lernen mit enormer Stofffülle
- b) Fehlende curriculare Fundierung
- c) Ungeordnete Lehrerausbildung
- d) Fehlende Definition der Bezugswissenschaft
- e) Mangelnde Anbindung an die Wissenschaft
- f) Mangel an Flexibilität bezüglich der Anforderungen des Gesundheitswesens.

Durch die Beschreibung der Ausbildungsdefizite soll weder die derzeitige Physiotherapieausbildung in toto abqualifiziert werden, noch die Bemühungen der meisten PT-Schulen, ihren Schülern eine gute Ausbildungsqualität zu bieten, übersehen werden. Das Problem ist vielmehr ein strukturelles Problem, bedingt durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Ausbildung. Die nachfolgenden Kommentare sind bewusst „provokativ“ formuliert.

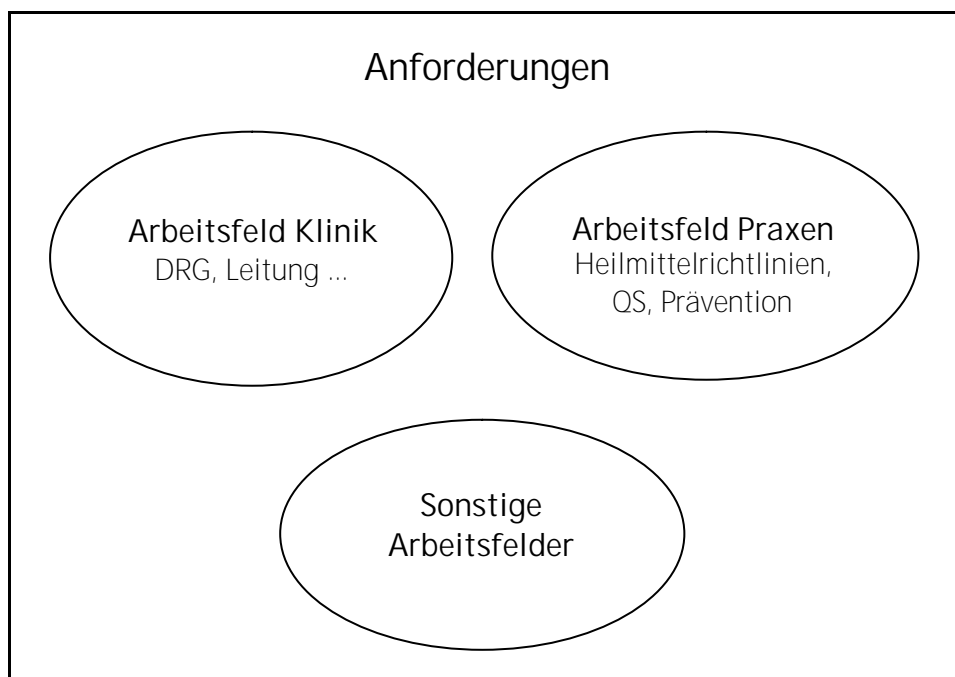
Zu a) Diese Lernform fördert Wissensanhäufung mit wenig Reflexion und Kreativität.

Zu b) Die meisten sogenannten Curricula sind eher Stoffverteilungspläne.

Zu c) Die unregelmäßige Lehrerausbildung verschärft das vorausgenannte Problem zusätzlich. In den meisten Bundesländern ist eine pädagogische

Qualifikation der Lehrer an PT-Schulen nicht vorgeschrieben, ebenso wenig pädagogische Weiterqualifikation. Dies hat zur Folge, dass moderne Lehrmethoden wie bspw. POL (Problemorientiertes Lernen) in der PT- Ausbildung kaum Eingang finden.

- Zu d) Es ist fraglich, ob die Medizin die alleinige und ausreichende Bezugswissenschaft sein kann, wenn Krankheit heute vielmehr eher bio-, sozio-, psychologisch und kulturell erklärbar ist.
- Zu e) Die fehlende Anbindung an Wissenschaft kann durch die Sonderstellung der Ausbildung innerhalb Deutschlands international kaum hergestellt werden.
- Zu f) Der Wandel in den Versorgungsstrukturen findet sich nicht ausreichend in der Ausbildung wieder. Zum Beispiel gehen 90 % der Absolventen heute in freie Praxen, die praktische Ausbildung am Patienten kann aber nach AprVO nur im Umfang von 80 von insgesamt 1600 Stunden in solchen Einrichtungen durchgeführt werden.



Auf die gegenwärtigen und zukünftigen Anforderungen wird der Physiotherapeut schon heute in der Ausbildung nicht ausreichend vorbereitet:
Die Einführung der DRGs wird zur erheblichen Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus führen und die Behandlungsmethoden und Zielsetzungen werden

sich entsprechend anpassen müssen. Dies erfordert andere Kompetenzen vom PT, als sie heute vermittelt werden.

Die Leitungen, aber auch jeder normale PT in einer Klinik wird sich in weit größerem Maße als bisher mit Strukturveränderungen im Krankenhaus auseinandersetzen müssen (Qualitätssicherung, Dokumentation, Effizienz-nachweis, Budget etc.)

Noch stärker ist der Bereich der Leistungserbringung im ambulanten Bereich von Veränderungen betroffen:

Dazu gehören Veränderungen in den Heilmittelrichtlinien (HMR) sowie die Aufnahme neuer Behandlungsmethoden in den HM-Katalog, die dem Nachweis der Evidenzbasierung und der Effektivität unterliegen. Wer soll diese Nachweise erbringen, wenn wissenschaftliche Ausbildung in der Physiotherapie ein Schattendasein führt?

Bei einer Mengenausweitung der PT-Leistungen im vergangenen Jahr von über 8 % wird es nicht lange dauern, bis die Gesundheits-(Finanz)Politik insgesamt die PT-Leistungen auf den Prüfstand stellen wird. Und auch hier stellt sich die Frage: Wer wird den Nachweis auch bezogen auf die gesundheitsökonomische Sinnhaftigkeit physiotherapeutischer Behandlungen führen können?

Auch Qualitätssicherung wird voraussichtlich für PT-Praxen in Zukunft gefordert werden. Wie sind die traditionell ausgebildeten PTs darauf vorbereitet?

Prävention gewinnt in gesundheitspolitischen Überlegungen wieder verstärkt an Bedeutung – die traditionelle Ausbildung der PT zielt aber zu über 90 % auf den kurativen Bereich!

Wie kritisch-reflektierend können traditionell ausgebildete PTs ihre Berufspraxis (unter wissenschaftsgeleiteten Gesichtspunkten) analysieren und verändern, wenn dies in der Ausbildung nicht vorbereitet wurde? Das Fach „Einführung in wissenschaftliches Arbeiten“ - Umfang 20 Unterrichtsstunden!! - wurde umbenannt in „Sprache und Schrifttum“ und tatsächlich wird in einigen Bundesländern hier mündlicher und schriftlicher Ausdruck eingeübt!

Sonstige Tätigkeitsfelder werden in der bestehenden Ausbildung mit ihrer derzeitigen Stofffülle so gut wie nicht berücksichtigt (denkbar: Wellness, Fitness, Tierphysiotherapie, Lektoren- und Verlagswesen, Medizinprodukte- Industrie etc.)

Die Umstrukturierung der Ausbildung der Sportwissenschaftler an der Deutschen Sporthochschule Köln zeigt deutlich, wie schnell Systeme im Hochschulbereich bspw. auf Veränderungen in den Anforderungen, die der Markt an die Absolventen stellt, reagieren können. In der Umstellung bewegte man sich weg vom monistischen Modell der Sportlehrerausbildung hin zu zusätzlichen Schwerpunkten in Rehabilitation, Management und Journalistik.

In einer akademischen Ausbildung werden solche Änderungen schnell und effektiv vollzogen, das starre System der AprVO lässt hier kaum Spielraum!

Um Physiotherapeuten zukunfts- und marktfähig (eigentlich auch gegenwartsfähig) zu machen, bedarf es meines Erachtens der Entwicklung von Kompetenzen, wie ich sie nachfolgend (aber keinesfalls abschließend) aufgeführt habe. Andere Redner werden hierauf heute noch detaillierter eingehen.

Kompetenzen / Schlüsselqualifikationen

1. Fähigkeit, durch wissenschaftsgeleitetes Reflexionsvermögen das eigene praktische Handeln zu beurteilen und zu steuern
2. Flexibilität in Bezug auf sich neu stellende Anforderungen in einem sich stetig wandelnden Gesundheitsmarkt
3. Fähigkeit zur Definition der eigenen Rolle innerhalb des Gesundheitswesens und zum Verständnis / zur Mitgestaltung von Gesundheitspolitik
4. Leistungserbringung als „state of the art“ im Spannungsfeld zwischen Klientenzentriertheit und ökonomischen Erfordernissen

Diese Kompetenzen können nicht unter den derzeitigen Rahmenbedingungen und auch nicht im System einer schulischen Ausbildung erworben werden.

(Eine kurze Anmerkung zu Punkt 3 der Liste: Hier ist nicht nur die „große Gesundheitspolitik“ gemeint, Gesundheitspolitik findet auch auf der Ebene der Kommunikation zwischen Therapeut und Arzt, Therapeut und Patient, Therapeut und Kassen, Therapeut und lokale Medien statt!)

Aus diesen Gründen ist die akademische Ausbildung zu fordern, und zwar als akademische Ausbildung vom ersten Tage an.

Weiterbildungsstudiengänge sind ein Anfang und unter den politischen Rahmenbedingungen das derzeit einzig Machbare. Es bleibt aber zu bedenken, dass der derzeitige Weg in Deutschland zum Bachelor mindestens 4,5 Jahre dauert, mitunter 6 Jahre bei einer hochschulischen „Sozialisation“ von meistens nur 1,5 (bis zu 3) Jahren. Demgegenüber sind in der EU 6 bis maximal 8 Semester Standard!

Es ist zu befürchten, dass wir nicht nur in der derzeitigen schulischen Physiotherapieausbildung, sondern auch in der akademischen PT- Ausbildung wieder einmal einen Sonderweg in Deutschland gehen werden.

Von daher dürfen wir nach meiner Meinung und auch der des ZVK nicht bei den Weiterbildungsstudiengängen stehen bleiben!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Vortrag

Entwicklung der therapeutischen Berufe und Perspektiven aus Sicht der Ergotherapie¹

Peter Jehn, Referat Aus- und Weiterbildung im Deutschen Verband der Ergotherapeuten

Dies ist die Themenstellung, sehr geehrte Damen und Herren, zu der ich als Vertreter des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten (DVE) mich hier äußern kann. Frau Prof. Nauerth möchte ich für die Einladung danken!

Auf folgende Punkte werde ich zu sprechen kommen:

1. Kriterien für den Begriff „Entwicklung von Berufen“: Akademisierung und/oder Professionalisierung
2. Bildungspolitische Zielsetzung von DVE und AG MTG für die Entwicklung von Studiengängen und bildungspolitische Ist-Situation einschl. der Situation in Nordrhein-Westfalen (NRW)
3. wie steht der DVE zur Ist-Situation? (Stichwort: „Chance“)
4. welche Erwartungen sind heute schon an Studiengänge für Berufsangehörige zu richten?

1. Kriterien für den Begriff „Entwicklung von Berufen“: Akademisierung und/oder Professionalisierung

An welchen Kriterien und unter welcher Zielsetzung lassen sich die Begriffe "Entwicklung von Berufen" eigentlich messen? Woran orientiere ich mich, wenn zu "Entwicklung und Perspektiven" von Berufen, hier der "therapeutischen Berufe", etwas halbwegs Systematisches gesagt werden soll?

Es ist naheliegend, für die Beantwortung einer solchen Fragestellung ein soziologisches Konzept heranzuziehen, das sich systematisch mit dem Vorgang der Entwicklung eines Berufs zu einem Beruf besonderen Typs, einer Profession, befasst und als „Professionalisierung“ bekannt ist. Auch die Berufsverbände reflektieren sich in diesem Kontext. Im DVE-Bildungsplan (DVE 2002) wie im Positionspapier der AG MTG findet sich jeweils an herausgehobener Stelle der Begriff der Professionalisierung (zum Begriff der Professionalisierung siehe Beyermann 2001, S. 272ff, Combe & Helsper 1999, Eisenhut 2002 und Zoege 2002).

¹ Der vorliegende Beitrag ist die geringfügig überarbeitete Version des beim Workshop gehaltenen Vortrags.

Die folgende Skizze soll deutlich machen, worum es bei einer Profession gehen kann.

Merkmale einer Profession	
<ul style="list-style-type: none">• eine Profession verfügt in einem zentralen Lebensaspekt über ein systematisches Wissenskorporus mit entsprechendem Anwendungsbezug des Wissens• dieses Wissenssystem muss eine (akademische) Lehrbarkeit aufweisen und wird durch Forschung weiter entwickelt. Entsprechend bedarf es einer wissenschaftlichen Aus- und Weiterbildung (Hochschulstudium)• eine Profession weist eine Gemeinwohlorientierung auf: sie hat von der Gesellschaft die Lizenz erhalten, zum Wohl der ihr anbefohlenen Klienten zu handeln• eine Profession hat eine entsprechend altruistisch orientierte Berufsethik, mit der das Verhalten der Angehörigen gegenüber Klienten und Berufskollegen geregelt wird• der Rolle des Professionellen, d.h. der Leistungsrolle, entspricht die Komplementärrolle des Klienten, mit einer entsprechenden Dichte und Intimität des für den Klienten lebenswichtigen Kontaktes• Rollenmuster und Regelungen: eine Profession verfügt über bestimmte Rollenmuster, in welchen die künftigen Berufsangehörigen<ul style="list-style-type: none">– durch die Regelung der betr. Zugangsvoraussetzungen– durch die Regelung der entsprechenden durch die Profession geprägten Ausbildungsinhalte und Prüfungen ihre Karriere und ihre spezielle biographische Identität entwickeln• eine Profession verfügt über eine Handlungsautonomie, in welcher sie den eigenen Aufgabenbereich gegenüber anderen Berufen/Professionen definiert• eine Profession verfügt über einen institutionell gut verankerten und einflussreichen Berufsverband	

Die hier nach dem merkmalthetheoretischen Ansatz angeführten möglichen Elemente einer Profession, wie sie beispielsweise aus den Professionen der Ärzte oder Juristen bekannt sind, können in jedem einzelnen Element deutlich machen,

dass Professionalisierung, also der Vorgang, mit dem man den Prozess der Entwicklung eines Berufes zur Profession beschreibt, mehr umfasst als lediglich eine Anhebung der Berufsausbildung auf akademisches Niveau. Akademisierung stellt ein gewiss zentrales, jedoch keineswegs das einzige Element eines Professionalisierungsvorgangs dar. **Es geht bei der Professionalisierung um das Konzept einer gesamten Berufsentwicklung und ihrer Umstrukturierung auf vielen Ebenen** (z.B. die Schaffung einer Forschungsstruktur, die Erweiterung des Berufsprofils u.a.). Diese These erfährt eine wichtige Vertiefung, wenn man strukturfunktionalistische Aspekte des Professionalisierungsbegriffs mit berücksichtigt. Es kann im Weiteren hier jedoch nicht der Ort sein, die These eingehender zu begründen, noch eine detaillierte Bestandsaufnahme eines Berufes vorzunehmen.

Soviel kann jedoch gesagt werden: für die Berufsangehörigen der Ergotherapie und die an diesem Prozess beteiligten Gesundheitsfachberufe der AG MTG hat mit der Etablierung der ersten Studiengänge in der Tat eine neue Phase ihres Weges zur Profession begonnen. Berufsausbildung und Beruf werden sich auf eine Reihe von Jahren hinaus in einer **Übergangssituation der Neuorientierung und Umstrukturierung** befinden. Dieser Vorgang lässt sich bereits heute an vielen Aktivitäten, insbesondere denen des Berufsverbandes, ablesen, obwohl rein quantitativ die tatsächliche Zahl der Hochschulabsolventen immer noch fast als zu vernachlässigende Größe bezeichnet werden kann. Den ca. 4500 Ergotherapie-Berufsfachschul (BFS)-Absolventen im Jahr 2002 stehen für 2002 ca. 55 Bachelorabsolventen (BSc) gegenüber (= ca. 1,2 % aller Ergotherapie-Absolventen des Jahres 2002), im Jahr 2003 werden es dann ca. 130 Hochschulabsolventen gegenüber ca. 4600 BFS-Absolventen (= ca. 2,8 %) sein.

2. Bildungspolitische Zielsetzung von DVE und AG MTG für die Entwicklung von Studiengängen und bildungspolitische Ist-Situation einschl. der Situation in Nordrhein-Westfalen (NRW)

Zielsetzung und Perspektive für unsere Hochschulstudiengänge ist bekannt (Barre 2002). Es ist der grundständige, mindestens sechssemestrige Bachelorstudiengang, dessen Abschluss gleichzeitig zum Erwerb der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung (bzw. bei den Hebammen auch zur Erlaubnis der Berufstätigkeit) führt.

Dieser Studiengang soll demnach nicht mehr aufgrund der Berufsgesetze, wie es derzeit noch der Fall ist, an die vorherige Absolvierung eines dreijährigen Berufsfachschulabschlusses gekoppelt sein. Entsprechend soll er bis zum Erwerb

des ersten berufsqualifizierenden Hochschulabschlusses **drei Jahre** dauern, wie im übrigen Europa auch², **nicht** aber, wie zur Zeit noch, viereinhalb bis sechs Jahre.

Erfreulicherweise wird diese Zielsetzung, welche sich mit der bildungspolitischen Forderung der AG MTG-Berufsverbände seit 1991 deckt, auch in der jüngsten Erklärung der niedersächsischen Fachhochschulen vom September 2002 geteilt:

Erklärung

der staatlichen und kirchlichen Fachhochschulen in Niedersachsen zur weiteren Professionalisierung und Akademisierung der Gesundheitsberufe in Deutschland September 2002

Auszug: „Die niedersächsischen Fachhochschulen fordern daher eine Öffnung der bundesrechtlichen Regelungen, damit auch Fachhochschulen unmittelbar als Träger der Ausbildung tätig werden können.“

Die niedersächsischen, sechssemestrigen Bachelorstudiengänge in Osnabrück (siehe Fischer 2002) und Hildesheim (siehe Marotzki 2002) ermöglichen bekanntlich unter der Voraussetzung

1. des Nachweises eines Berufsabschluss als ET oder PT
2. des erfolgreichen Bestehens einer Einstufungsprüfung (alternativ: des erfolgreichen Absolvierens eines Zusatzangebotes von ca. 300 Stunden während der dreijährigen BFS-Ausbildung)

die Verkürzung des Studienganges durch einen Einstieg ins 4. Semester. Nicht alle Länderministerien entscheiden sich derzeit für ein solches Verfahren der Anrechnung von Studienleistungen.³

So wird der hier an der FH Bielefeld geplante Studiengang „Bachelor im Gesundheitsbereich“ für Absolventinnen und Absolventen aus den Berufen der Pflege, Ergotherapie und Physiotherapie sechs Semester dauern. Er ist unserer Auffassung nach unter dem Aspekt einer europäischen Perspektive demnach nicht nur anderthalb Jahre, er ist drei Jahre zu lang.

Dass er so lang ist, und dass er darüber hinaus noch eine besondere Schwerpunktsetzung aufweist⁴, entspricht der bildungspolitischen Zielsetzung

² Eine erste Übersicht über Ergotherapie-Studiengänge in Europa bietet ENOTHE (Hsg.) (2000): Occupational Therapy. Education in Europe. An Exploration, Amsterdam, 22ff..

³ Eine aktuelle Übersicht über die Entwicklung der Studienangebote für die Gesundheitsfachberufe bietet der informative Beitrag in Bundesanstalt f. Arbeit, Informationen f. d. Beratungs- und Vermittlungsdienste (ibv) (2002): H. 41, Neue Perspektiven für Medizinalfachberufe: Studiengänge an Fachhochschulen. Gibt es eine Akademisierung der Medizinalfachberufe? 2807 – 2828.

des Landes bzw. der entspr. Ministerien von NRW. Das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit hatte sich im ersten Halbjahr des Jahres 2002 in einem Schreiben an die betr. Berufsverbände gewandt und sie dahingehend informiert:

NRW, MFJFG

Auszug aus dem Schreiben vom 23.05.2002, AZ III B 2-0412.6 an die Berufsverbände, S. 1:

„Sogen. kooperative oder duale Studiengänge mit dem Ziel der Durchführung von Erstausbildungen der Gesundheitsberufe an Fachhochschulen werden nicht befürwortet. Auf die einschlägigen bundesrechtlichen Berufsgesetze, die der Durchführung von Erstausbildungen dieser Berufe an staatlich anerkannten (Fach-) Schulen regeln, wird verwiesen. ...

Wir bedauern, dass die bildungspolitischen Entscheidungsträger in NRW sich zu keiner anderen Lösung entschließen konnten.

3. Wie steht der DVE zur Ist-Situation? (2002)

Die Frage – konkret formuliert – soll heißen: wie steht der DVE zu den derzeit in Deutschland möglichen Bachelorstudiengängen mit erstem berufsqualifizierendem Abschluss im Hochschulbereich (BSc, Occupational Therapy), welche den vorangegangenen Abschluss einer schulischen Berufsausbildung zur Voraussetzung haben? Die Antwort lautet: grundsätzlich erkennt der DVE diese Studiengänge als eine bildungspolitische Realität an. Er betrachtet sie als eine Übergangssituation, an deren notwendiger Veränderung er gleichzeitig arbeitet. Gleichwohl sind in der derzeit erreichten, aber noch unbefriedigenden bildungspolitischen Situation auch Chancen zu sehen.

Welche Chancen sind in der jetzigen Bildungssituation zu sehen?

Zunächst: dass es für Ergotherapeuten überhaupt ein Bildungsangebot auf Hochschulebene mit einem international anerkannten Abschluss gibt⁵

⁴ siehe dazu Anmerkung 11

⁵ Eine Übersicht über die Studiengänge im Bereich der Ergotherapie sind auf der Homepage des DVE einzusehen: www.ergotherapie-dve.de oder können bei der Geschäftsstelle des DVE angefordert werden.

- dass der Übergang in die Phase der Verwissenschaftlichung der Berufsausbildung nicht abrupt stattfindet, sondern Erprobungsräume ermöglicht, deren Auswertung für eine spätere Phase wichtige Hinweise und damit auch curricular, didaktisch und inhaltlich verwertbare Erkenntnisse liefern kann
- dass bis zur Berufsausbildung an FH sich schon eine zunehmende Zahl von Ergotherapeuten mit Bachelor- und Masterabschlüssen qualifizieren kann, die u.a. auch für eine spätere Lehr- oder Anleitertätigkeit zur Verfügung stehen können
- dass BFS, soweit sich ihnen die Möglichkeit einer Kooperation mit einer FH bietet, dadurch Innovationen erfahren können, welche ihre Ausbildungsqualität fördern. Und umgekehrt: dass Hochschulen mit der Spezifik und dem Profil des Berufes vertrauter werden und dies für die Zielpassung ihrer Studieninhalte berücksichtigen können
- dass zwischen Praxis-Einrichtungen und den in ihnen tätigen Ergotherapeuten und FH-Studierenden, die mit ihnen im Rahmen ihrer Leistungsnachweise in Kontakt kommen, ein förderlicher Austausch stattfinden kann
- dass durch Bachelor- und Masterthesen, durch eine Zunahme der wissenschaftlichen Publikationen insgesamt sowie auch der weiteren Übersetzungen aus dem angelsächsischen Sprachraum bis dahin eine Verbreiterung und Vertiefung der noch dünnen Wissenschaftsbasis der Disziplin erreicht werden kann
- dass mit den bisher interdisziplinär⁶ angelegten Studiengängen (für Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Logopäden), welche die Berufsspezifik in ihren Gemeinsamkeiten **und** in ihren Differenzen zur Evidenz bringen, ein Modell entstanden ist, dessen Fortführung überprüft werden kann
- dass die Berufsverbände als lernende Organisationen (mit wachsender Zunahme ihrer Kompetenzen) zeitlich die Möglichkeit haben, ihre Steuer- und Vermittlungsfunktion wahrzunehmen und dazu beitragen können, eine unnötige Kluft zwischen akademischen und nicht-akademischen Berufsangehörigen zu überbrücken.

⁶ Nach Änderung der Berufsgesetze ist mit Blick auf die europäische und überseeische Entwicklung zu erwarten, dass die bis dahin überwiegend interdisziplinär angelegten Studiengänge mehr und mehr von Studiengängen abgelöst werden, die ausschließlich auf die Qualifizierung einer einzigen Profession ausgerichtet sind. Eine der wenigen, uns bekannten Hochschulstudiengänge, an denen in ein und demselben Studiengang gleichzeitig Ergotherapeuten und Physiotherapeuten und neuerdings auch Logopäden ausgebildet werden, ist die University of East Anglia in Norwich/UK (siehe dazu Jerosch-Herold 1996).

4. Welche Erwartungen sind heute schon an Studiengänge für Berufsangehörige zu richten?

Die Anerkennung der bildungspolitischen Ist-Situation als Realität und die Sicht, in dieser Realität auch eine Reihe von Chancen zu sehen, kann und soll den Blick nicht dafür verstellen, dass an berufsqualifizierende Studiengänge bereits heute von den Berufsverbänden bestimmte Erwartungen gestellt werden können und, möchte ich hinzufügen, auch gestellt werden müssen.

Welche qualitativen Erwartungen sind nun an Bachelor-Studiengänge zu richten⁷?

- Als grundlegende Erwartung: dass die Berufsverbände bereits für die konzeptionelle und curriculare Gestaltung von Studiengängen von den Hochschulen hinzugezogen werden, was z.T. jetzt schon geschieht. Berufsverbände können in eine solche Kooperation in der Regel das einbringen, was Hochschulen in der derzeitigen Situation oft fehlt: die Kenntnis ihres Faches und der erforderlichen Ausbildungsziele. Es stellt daher nur eine folgerichtige Entwicklung dar, wenn Vertreter der Berufspraxis auch für die Evaluierung von Studiengängen herangezogen werden, wie dies bei einigen nationalen Akkreditierungsagenturen bereits geschieht (v. Troschke 2002). Diese Mitwirkung der Berufsverbände an Entwicklung und Qualitätssicherung „ihrer“ Studiengänge scheint um so wichtiger, da innerhalb der derzeitigen experimentierfreudigen Entwicklungsphase neuer Bachelorstudiengänge auch manches zur Erprobung vorgelegt wird, was wenig oder nicht akzeptabel ist. Für den DVE und die Verbände der AG MTG ist bekanntlich nicht alles wünschenswert, was „Studiengang“ oder „Hochschulabschluss⁸“ heißt.
- Dass der Abschluss „Bachelor of Science – Occupational Therapy“ eines berufsqualifizierenden Studienganges dem Faktor der Berufsspezifität und ihrer Praxis genügend Rechnung trägt, und mit international vergleichbaren,

⁷ Hinsichtlich der generellen Qualitätserwartungen sei auf die entsprechenden Kriterien der Akkreditierungsagenturen verwiesen, stellvertretend auf die der ZEvA (jeweils letzte Fassung) Akkreditierung neuer Studiengänge mit dem Abschluss Bachelor und Master durch die ZEvA, Hannover; siehe auch www.zeva.uni-hannover.de

⁸ So z. B., wenn Qualifikationen, die zu Hochschulgraden führen, nicht innerhalb eines regulären deutschen oder ausländischen Hochschulstudiengangs erworben werden, sondern im Rahmen eines behördlich nicht kontrollierten Weiterbildungs-Lehrgangs in Deutschland und erst die letzte Phase, Erstellung von Bachelorthese und Absolvierung der Prüfung, an einer ausländischen Hochschule stattfindet. Als Beispiel hierfür sei die in Anmerkung 3, ibv 41 (2002), S. 2820 genannte Bildungsmaßnahme angeführt.

ersten berufsqualifizierenden Abschlüssen sowie mit den entsprechenden Forderungen des Weltverbandes (WFOT)⁹ und des Europäischen Netzwerks für die Ergotherapieausbildung im Hochschulbereich (ENOTHE¹⁰) kompatibel ist.

- Zu dieser Forderung der Kompatibilität gehört, dass ggf. in einem deutschen Bachelorstudiengang (Abschluss „BSc OT“) ausgewiesene curriculare Schwerpunkte nicht zu Lasten der regulären Qualifikationen gehen, die von einem ersten berufsqualifizierenden Abschluss zu erwarten sind. Es sollte sich also nicht um einen Studiengang handeln, der unter der Flagge des BscOT zum Nachteil der Grundqualifikation Inhalte und Zielsetzungen einer Weiterbildung aufweist, die einem Master-Studiengang vorbehalten sind¹¹.
- Dass mit der curricularen Konzipierung eines Bachelorstudienganges BSc OT die Zielsetzung einer wissenschaftlich begründeten Professionalisierung des Berufes bzw. der Gesundheitsfachberufe verbunden ist, wie es der Multimediale Kooperationsverbund „Hochschulen für Gesundheit“ in seiner Projektbroschüre so treffend beschrieben hat.¹²
- Dass die Hochschule Forschungsstrukturen und -ansätze im Bereich der Gesundheitsberufe aufweist.
- Dass im Rahmen der Zielsetzung einer begründeten Professionalisierung sowohl die **gemeinsamen Merkmale** für die Ausbildung der Gesundheitsberufe konstitutiv sind (Klientenzentrierung, ICF-Orientierung, Praxismodelle; evidenzbasierte Praxis, klinische Systematik, Berücksichtigung der Rehabilitationswissenschaften, Forschungsaspekte) wie die **berufsspezifische Differenzierung** (deren Anteil bei einem interdisziplinären Studiengang ca. 50 % der Arbeitsbelastung der Studierenden umfassen dürften).
- Dass in der für die Studierenden nicht einfachen Phase einer wissenschaftlichen Nachsozialisation der **Praxisbezug**, d.h. konkret, die Entwicklung der Fähigkeit zur Umsetzung und Anwendung des Gelernten,

⁹ WFOT = World Federation of Occupational Therapists (www.wfot.org.), (2002) Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists.

¹⁰ ENOTHE (Hsg.) (2000): Occupational Therapy Education in Europe: Curriculum Guidelines, Amsterdam.

¹¹ So ist z.B. als Schwerpunktsetzung des für NRW geplanten Bachelor-Studienganges der Erwerb von „Leitungskompetenz“ für die Aufgabenübernahme „im unteren und mittleren Management“ vorgesehen. Damit wird hier bereits eine Zielsetzung aus dem Weiterbildungsbereich (d.h. für einen Master-Studiengang) und nicht die eines ersten berufsqualifizierenden Abschlusses gewählt, wie es für einen Bachelorgrad zu erwarten ist.

¹² Zielsetzung des Multimedialen Kooperationsverbundes „Hochschulen für Gesundheit“ für „zukunftsfähige Studiengänge“: „Ausgangspunkt ist die Zielsetzung, eine wissenschaftlich begründete Professionalisierung arbeitsteilig wirkender Gesundheitsberufe zu unterstützen“ (aus: Broschüre, S. 5, FH Magdeburg/Stendal 2002).

nicht zu kurz kommt. Nun ist aber zumindest in der verkürzten Form der Durchführung des Studiengangs bisher kein eigener praktischer Ausbildungsteil vorgesehen. Das heißt in der Konsequenz: allen didaktischen Möglichkeiten von Umsetzungs- und Übungsteilen in der Hochschule kommt eine besondere Bedeutung zu. Darüber hinaus sollte in Form von Projekten möglichst ein kontinuierlicher Kontakt zu Praxiseinrichtungen hergestellt und aufrechterhalten werden.

- Die Leitung des Lehrstuhls (Professur) sollte mit einem/einer Berufsangehörigen besetzt sein, etwa die Hälfte der Ergotherapeuten sollten hauptberufliche Lehrkräfte sein
- Im Rahmen der Evaluationen sollten alle diesbezüglichen hochschuldidaktischen Erprobungen und Erfahrungen gesammelt und ausgewertet werden. Für Dozenten sollten Möglichkeiten zur weiteren Qualifizierung als Hochschullehrer entwickelt werden. Leiter von Praxiseinrichtungen sollten eine Einführung bzw. Schulung erhalten.
- Die Hochschule sollte den Studiengang nur bei ausreichenden Ressourcen personeller und materieller Art starten, um nicht innerhalb der Aufbau- und ersten Erprobungsphase ihre wenigen Ressourcen noch zu verschleißen und zu einer Qualitäts- und Rufminderung solcher Studiengänge beizutragen.
- Der Studiengang sollte möglichst noch vor seinem Beginn ein Akkreditierungsverfahren durchlaufen haben und entspr. Auflagen bzw. grünes Licht erhalten haben. Dabei sollen unter den Gutachtern als Vertreter der Berufspraxis auch Vertreter der Berufspraxis, d.h. ErgotherapeutInnen, sein.
- generell oder auf Antragstellung sollten den Studierenden bisher erbrachte adäquate Leistungen (im Sinne eines Portfolios) auf die Studiendauer angerechnet werden können.

In diesem Sinne möchte ich Frau Prof. Nauerth und ihren Mitarbeiterinnen viel Erfolg für die Etablierung Ihres geplanten Studienganges wünschen, auf dass es Ihnen gelinge, diesem möglichst viel von Ihren Überlegungen und Erfahrungen mitzugeben, wie wir diese aus den inzwischen mehrjährigen gemeinsamen Arbeitssitzungen kennen und schätzen lernen konnten!

Literatur:

- AG MTG (Hrsg.) (2000). Medizinalfachberufe im Gesundheitswesen. Wege zur Professionalisierung. Positionspapier der AG MTG, Köln (vervielfältigt) (wird derzeit überarbeitet).
- Barre, F. (2002). Neue Anforderungen, neues Profil: die deutschen Medizinalfachberufe auf dem Weg zur Professionalisierung. In: AG MTG (Hrsg.). Hochschulausbildung der Medizinalfachberufe – hat die Zukunft schon begonnen? Köln, S. 11 – 22.
- Beyermann, G. (2001). Woher - Wohin? Didaktischer Leitfaden zur Ausbildungsplanung in d. Gesundheitsberufen am Beispiel d. Ergotherapie. Idstein.
- Combe, A. & Helsper, W. (Hrsg.).(1999). Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt a. M.
- DVE (Hrsg.) (2002). Bildungsplan (Faltblatt). Karlsbad.
- Eisenhut, H. (2002). Auf welchem Stand d. Professionalisierung befindet sich die deutsche Ergotherapie derzeit? Gegenwärtige u. zukünftige Entwicklungen, Ergotherapie. Zeitschrift für angewandte Wissenschaft, H.2, 79 – 95.
- Fischer, A. (2002). Der Bachelor-Studiengang für Physiotherapie und Ergotherapie an der FH Osnabrück Teil 1: Rahmenbedingungen und Grundstruktur, Teil 2: Inhaltliche Leitlinien. In: Ergotherapie & Rehabilitation, H. 10, 5 – 9; H. 11, 9 – 15.
- Jerosch-Herold, C. (1996). Die ergotherapeutische Berufsausbildung an Hochschulen in Großbritannien – Entwicklung und Zukunft, in: Ergotherapie & Rehabilitation, H. 6, 545 – 550.
- Marotzki, U. (2002). Werkstatteinblick in den Bachelor-Studiengang für Absolventinnen und Absolventen der Fachberufe Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie an der FH Hildesheim / Holzminden/Göttingen, in: AG MTG (Hrsg.), Hochschulausbildung der Medizinalfachberufe – hat die Zukunft schon begonnen? Köln, S. 71 – 79.
- v. Troschke, J. (2002). Die Gründung einer Akkreditierungsagentur f. Studiengänge in den Berufsfeldern Heilpädagogik, Pflege, Gesundheit und Soziale Arbeit im Kontext einer sich dynamisch wandelnden Gesundheitsversorgung in Deutschland, in: W. Klüsche (Hrsg.), Entwicklung von Studium u. Praxis in den Sozial- und Gesundheitsberufen, Schriften d. Fb. Sozialwesens d. HS Niederrhein Band 34, Mönchengladbach, 141 – 151, 147.
- Zoege, M. (2002). Hebammenausbildung. Eine Untersuchung zur Qualifizierung von Hebammen vor dem Hintergrund der soziologischen Professionalisierungsdebatte, Diss. Universität Hannover.

Vortrag

Internationale Perspektiven in der Physiotherapie bzw. von Peter, Paul und Moya¹³

Dr. Erwin Scherfer

Meine Damen und Herren, guten Morgen und vielen Dank für Ihr Interesse!

Wie Sie wissen, ist Zeit relativ. Bezogen auf die Physiotherapie bedeutet dieser Satz - zur Zeit: Was anderswo schon Gegenwart ist, ist in Deutschland noch Zukunft.

Zur Veranschaulichung möchte ich Ihnen gleich Peter, Paul und Moya vorstellen und dann aus diesen Begegnungen ein paar Schlussfolgerungen ziehen.

Meine Damen und Herren, die Entwicklung der Physiotherapie findet heute in einem internationalen Kontext statt. Bitte sehen Sie mir nach, wenn ich vorwiegend von der Physiotherapie spreche.

Fachliche Datenbanken sind weltweit zugänglich. Einschlägige Tagungen, Workshops, Konferenzen spielen häufig auf der europäischen, wenn nicht auf der Weltbühne der Physiotherapie. Kompetenznetzwerke formieren sich entweder auf europäischer Ebene, wie z.B. das ENPHE, oder gleich weltumspannend, wie z.B. die IFOMT. Physiotherapeutische Forschung ist heute in vielen Ländern eine an Universitäten und Instituten etablierte Disziplin. Die Zahl der Veröffentlichungen mit wissenschaftlichem Anspruch, die Zahl der Zeitschriften mit peer-review, nimmt stetig zu.

Die physiotherapeutische Forschungsmethodik wird zunehmen ausgefeilter und bedient sich des ganzen Spektrums qualitativer und quantitativer Methoden. Die Weiterentwicklung der Physiotherapie ist ein weltweiter Prozess, bei dem eine Physiotherapy Community in einem kontinuierlichen Gedankenaustausch steht.

¹³ Der Vortrag bezog sich -in Abweichung vom vorgesehenen Programm - in erster Linie auf die Physiotherapie. Hierfür bitte ich um Verständnis, da ich - selbst Physiotherapeut - zurückhaltend sein wollte in Aussagen über benachbarte Berufe. Hierdurch kamen wichtige Aspekte, z.B. die Modellentwicklung bzw. -rezeption und die Innovationen in der Ausbildungsordnung in der Ergotherapie zu kurz. Ich denke aber auch, dass generische Aspekte, die angesprochen wurden, von den Angehörigen anderer Berufe problemlos auf ihre jeweiligen Professionen adaptiert werden konnten bzw. können.

E.S. 25.10.02

Aber: An diesem Austausch und an diesen Entwicklungen nimmt die deutsche Physiotherapie bislang nur in einem äußerst bescheidenen Ausmaß teil. Sie kann an diesem internationalen Austausch nicht teilnehmen. Es fehlen ihr die hierzu notwendigen Rahmenbedingungen. Es fehlen ihr die gleichen Rahmenbedingungen, die sie bräuchte, um das in ihr steckende Potential für eine optimale Versorgung unserer Klienten entfalten zu können. Denn darum muss es letztlich immer gehen. Und damit kommen wir zu Peter.

Peter

Peter, den ich Ihnen kurz vorstellen möchte, ist kein Mensch. Er heißt auch in Wirklichkeit gar nicht so richtig Peter - und außerdem ist Peter weiblich. Peter heißt eigentlich PEDro, PEDro ist eine Datenbank, und Banken sind im Deutschen immer weiblich. PEDro, das ist die Physical Therapy Evidence Database an der Universität von Sydney. Sie ist online kostenfrei zugänglich. Der online Zugang hat mindestens zwei erhebliche Vorteile. Erstens kommt man schnell an die gesuchten Informationen, zweitens können schwarze Witwen und anderes giftiges Getier, von dem es ja in Australien zuhauf geben soll, nicht durch Kabel krabbeln.

Warum spreche ich über die PEDro? Um an ihr die Bedeutung der Evidenzbasierten Praxis für die alltägliche Physiotherapie und damit ein wichtiges Argument für eine Akademisierung der Grundausbildung deutlich zu machen.

PEDro begutachtet bzw. archiviert ausschließlich RCTs mit physiotherapeutisch relevanten Fragestellungen und systematische, also nach anerkannten Methoden durchgeführte Reviews und Metaanalysen. Schon Evidenz auf der Stufe IIb nach der aktuellen Systematik des CEBM für Evaluationen von Therapien findet keinen Eingang mehr. Bei der Archivierung kommen verschiedene Suchstrategien zum Einsatz, wie z.B. die systematische Recherche in MedLine, CINAHL, Embase und den Datenbanken der Cochrane-Collaboration.

Der Archivierung geht wiederum ein standardisiertes, seinerseits qualitätsgesichertes peer-review in bezug auf die interne Validität der Studien voraus.

Nun hoffe ich sehr, dass unter Ihnen der oder die eine oder andere sich gerade fragt, was redet der da für ein Kauderwelsch?

Ich habe aber soeben nichts weiter getan, als vier Sätze im Jargon des Handwerkszeugs evidenzbasierter Praxis zu sprechen. Und mit diesem Jargon müssen physiotherapeutische Praktiker vertraut werden.

Warum müssen sie das? Weil auch Physiotherapeuten gesetzlich dazu verpflichtet sind, Leistungen ab zu geben, die dem jeweiligen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechen. Und das ist nichts anderes als die Forderung nach evidenzbasiertem Arbeiten. Um das tun zu können, muss man in der Lage sein,

Forschungsergebnisse zu konkreten Fragestellungen in noch dazu englischsprachigen Datenbanken zu recherchieren, also den Stand der Forschung ermitteln und die Suchergebnisse kritisch zu reflektieren.

Wenn Ihnen jetzt das Stichwort "Problembasiertes Lernen" einfällt, dann ist dies kein Zufall.

Wozu muss ein Physiotherapeut, eine Physiotherapeutin das aber können, er bzw. sie führt doch Anweisungen, Verordnungen des Arztes aus. Stimmt, aber Sie wissen, wie die Realität aussieht. Wenn ein Physiotherapeut eine Verordnung bekommt, auf der z.B. Manuelle Therapie bei Leitsymptomatik: Segmentale Schmerzen durch Gelenkfunktionsstörung L5/S 1 steht, dann ist diese Verordnung fast genauso aussagefähig wie ein Rezept, auf dem steht: Medikament gegen Bluthochdruck, und mit dem ein Patient vom Arzt zum Apotheker käme.

Manualtherapie kann vieles sein. Von Allgemeiner Krankengymnastik ganz zu schweigen. Und das Viele kann jeweils noch unterschiedlich in Dosis und Intensität durchgeführt werden. Jeder Therapeut muss täglich Entscheidungen treffen. Und damit ist er ethisch, wenn nicht rechtlich zur Evidenzbasierung seiner Entscheidungen verpflichtet.

Die Infrastruktur, um evidenzbasiert Handeln zu können, ist heute schon da. Was hier in Deutschland fehlt, sind Qualifikationen, die zu einer Nutzung befähigen. Wie anders, als durch eine Ausbildung, die hochschulischen Kriterien entspricht, soll das vermittelt werden können?

Kommen wir zu Paul.

Paul

Paul, den ich Ihnen als zweiten vorstellen möchte, ist tatsächlich ein Mensch, er ist tatsächlich männlich. Nur heißt er eigentlich nicht Paul, sonder Pool.

Paul, genauer gesagt: Dr. Paul Watson ist Spezialist für die Rehabilitation von Klienten mit chronifizierten muskuloskelettären Schmerzen. Ferner ist er Senior Lecturer am Medical Department der University of Leicester in Großbritannien. Darüber hinaus ist er ein sog. Consultant AHP. Das bedeutet, er nimmt eine Funktion ein, die - bei aller Vorsicht, die man bei solchen Übertragungen gelten lassen muss-grob der hierarchischen Position eines abteilungsleitenden oder Chefarztes entspricht.

Unser Kollege Paul, bzw. Dr. Watson behandelt weiterhin Patienten. Er initiiert und koordiniert Forschung und ist zuständig für Projekte zur Verbesserung der klinischen bzw. rehabilitativen Versorgung. Einer der Schwerpunkte seiner Arbeit ist die Entwicklung neuer, auf die speziellen Bedürfnisse von Immigranten abgestimmter Rehabilitationsdienstleistungen.

Dr. Watson ist kein Arzt. Er ist Physiotherapeut. Das AHP hinter dem Consultant steht für "Allied Health Professions". Das britische Gesundheitssystem NHS hat beschlossen, in den kommenden zwei Jahren 250 Stellen für Consultants AHP einzurichten. Paul Watson war im April d. J. der erste Physiotherapeut, der Consultant AHP wurde.

Paul sagte in einem Interview zur berufspolitischen Relevanz seiner Ernennung, dass durch die nun geschaffenen Positionen die Physiotherapie zeigen könne, dass sie auf dem höchsten Niveau multidisziplinärer Praxis arbeiten kann, und dass nun die Profession Physiotherapie endlich voll gereift sei. Die Einführung der Consultant Positionen machten deutlich, dass die Physiotherapie (und dies ist übertragbar auf andere Professionen) einen eigenen Kompetenzbereich habe, innerhalb dessen sie nicht mehr von anderen Professionen dirigiert werde.

Ich frage Sie, meine Damen und Herren, können Sie sich in oder für Deutschland vorstellen, dass man eine derart verantwortungsvolle, leitende und gestaltende Position wie die eines Consultants auf dem Weg über eine physiotherapeutische Karriere erreichen könnte?

Bitte verstehen Sie mich richtig: Es geht dabei nicht um die Loslösung der Physiotherapeuten von der ärztlichen Verordnung. Dies ist weder ein relevantes noch ein aktuelles Thema. Der Berufsverband ZVK hat hierzu kürzlich eine eindeutige Stellungnahme abgegeben. Vielmehr geht es darum, dass Physiotherapeuten und andere Allied Health Professions dasjenige in die Versorgung von Patienten einbringen können, was sie einbringen könnten. Sie können das nur, wenn ihnen Wege eröffnet werden, auf denen sie ihre Möglichkeiten entfalten können. Die Anhebung des Ausbildungsniveaus auf Hochschulebene ist dafür eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Voraussetzung.

Moya

Die diesjährige Casson Memorial Lecture des Colleges of Occupational Therapy wurde gleichermaßen unterhaltend wie instruktiv von Moya Willson gehalten. Der Vortrag wurde in der Juli-Ausgabe des British Journal of Occupational Therapy veröffentlicht und ist grandiose Lektüre.

Moya Willson ist also auch echt, hat mir aber nicht den Gefallen getan, Mary Willson zu heißen. Dann hätte der Vortrag auch mit "Peter, Paul and Mary" überschrieben werden können. Ich hoffe, manchen von Ihnen ist das legendäre Folk-Trio noch ein Begriff. Es gibt sie übrigens noch!

Nun gut Moya heißt also nicht Mary, und ich bitte die anwesenden Ergotherapeutischen Vertreter, mir diese Anleihe bei einer herausragenden Vertreterin ihres Berufsstandes zu gestatten.

Moya Willson ist u.a. Pro-Vice-Chancellor der University of East Anglia in Norwich, Großbritannien. Fragen Sie mich bitte nicht, was diese Bezeichnung ganz genau besagt oder wie man sie ins deutsche übersetzen kann. Es handelt sich um eine sehr hochrangige Leitungsposition in der Hochschule. Und Moya Willson ist Ergotherapeutin. Auch dies also eine Position, die man in Großbritannien als "bekennende Ergotherapeutin" schon erreichen kann.

Sie sagte bei Ihrem Vortrag u.a. dass es wundervoll wäre, zu glauben, dass wir unseren Klienten am besten dienen könnten, wenn wir unsere Zeit als Praktiker zu 100% mit der Leistungserbringung am Klienten verbringen könnten. Dies, so sagte sie weiter, wäre eine gute Welt, aber wir lebten nicht in einer guten Welt und verwies unter anderem darauf, dass auch der Praktiker vor Ort heute mit Aspekten des Managements konfrontiert ist. Das heißt, er muss sich aktiv einbringen in Fragen der Darstellung seiner Dienstleistung z.B. gegenüber seiner Klinikleitung, oder gegenüber Vertretern der Krankenkassen, mit denen er z.B. über sein Gruppenangebot verhandelt.

Physiotherapieabteilungen müssen sich heute, wenn schon nicht als Profitcenter, so doch als eine Einheit des Ganzen präsentieren, die nicht nur Kosten, sondern auch Wirkungen erbringt und diese darstellt.

Ich spreche hier von Prozessen des Qualitätsmanagements und der Leistungserfassung, in denen die Physiotherapie oft noch überhaupt nicht wahrgenommen wird. Und wer heute in diesen dynamischen Zeiten im Gesundheitssystem nicht wahrgenommen wird, den wird man bald vielleicht gar nicht mehr wahrnehmen können, weil es ihn morgen nicht mehr gibt.

Es bedarf also auch einer Kommunikation und einer Positionierung der Dienstleistung Physiotherapie. Auch das ist heute Teil von Physiotherapie. Und wie die Evidenzbasierung vielen unserer deutschen Kolleginnen und Kollegen noch sehr fremd. Kommunikation spielt aber eine genauso wichtige, und andere Rolle im unmittelbaren therapeutischen Zusammenhang.

Ebenfalls Teil einer professionellen Praxis ist, über wichtige intra- und interpersonale Aspekte von Rehabilitations-, Gesundheits-, Erkrankungs- und Chronifizierungsprozessen zu reflektieren.

Um das machen zu können, braucht man ein Verständnis für bio-psycho-soziale Zusammenhänge und für die Möglichkeiten und Grenzen der Modelle, mit denen versucht wird, diese Zusammenhänge zu beschreiben. Man braucht ein Verständnis darüber, dass therapeutischer Erfolg nicht selten auch von einer professionellen verbalen und non-verbalen Kommunikation abhängt.

Mit anderen Worten ein therapeutisches Verständnis, das weit über eine enge Selbstdefinition über bio-mechanische bzw. physiologisch begründete Behandlungskonzepte hinausgeht. Und man braucht schließlich ein therapeutisches

Selbstverständnis, das weggeht von einer einseitigen Expertenrolle, mit einer passiven Rolle des Patienten, und sich stattdessen zu bewegt auf ein Rollenverständnis, in dem der Klient grundsätzlich ein gleichberechtigter Partner in einem gemeinsam gestalteten Prozess ist.

Lassen Sie mich kurz zusammenfassen, was sowohl der Blick in die weite Welt, als auch der Blick auf die aktuellen Herausforderungen im Gesundheitssystem für die Zukunft der deutschen PhysiotherapeutInnen bringt, und welche zusätzlichen Qualifikationen für die heutige Berufspraxis vermittelt werden müssen.

Der Physiotherapeut/die Physiotherapeutin von heute handelt in einer komplexen und dynamischen Umwelt. Die Umwelt ist komplex und dynamisch im Hinblick:

- auf die sich stetig entwickelnde und verändernde Wissensbasis
- auf gesundheitsökonomische und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen
- auf Definition und Rollenzuweisung therapeutischer Dienstleistungen.

Um in einer derart volatilen Umwelt professionell und reflektiert handeln zu können, muss der Praktiker bzw. die Praktikerin

- zwar nicht selbst Forscher sein, aber in der Lage sein, Forschungsergebnisse kritisch rezipieren und wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis integrieren zu können
- kein Manager sein, aber ein Bewusstsein für die Notwendigkeit des Managements von Physiotherapie haben, um an der Realisierung eines Qualitätsmanagements aktiv mitwirken zu können.
- kein Psychologe sein, aber eine Sensibilität und ein Verständnis für die psychologischen, interaktiven bzw. kommunikativen Aspekte von therapeutischen Situationen und Prozessen haben und diese in die therapeutische Praxis integrieren können
- kein Gesundheitswissenschaftler sein, aber eine bio-psycho-soziale und klientenzentrierte Perspektive auf seine Berufsausübung einnehmen können, über mehr als die Behandlung von Strukturen und Funktionen nachdenken können, also psycho-soziale Aspekte und das Konzept der Klientenzentrierung in sein Clinical Reasoning integrieren können
- kein generischer Allgemeinthérapeut sein, aber einen Sinn für Potenziale und Grenzen seiner Profession entwickeln, dass heißt, er muss zunehmend interdisziplinär denken können, weil effiziente Dienstleistungen häufig vernetzte Dienstleistungen sind und schließlich

- darf er nicht ein Träger oder Verwalter von Wissen sein, dessen Halbwertszeit beständig abnimmt, sondern muss durch das Einüben von problem-basiertem Denken ein zum selbständigen Wissensmanagement Befähigter sein.

Damit er oder sie dies tun kann, braucht er oder sie entsprechende Ausbildungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten - und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten, die ihm in Deutschland bisher kaum offen stehen.

Punktuelle Angebote für aufbauende Studienangebote, 3+1 oder 3+1,5 oder 3 + 6/2 sind ein wichtiger Anfang, aber auf Dauer nicht ausreichend, denn:

- sie stellen eine ungünstige Verlängerung der beruflichen Erstausbildung dar,
- sie verschieben die Vermittlung professioneller Schlüsselqualifikation auf einen Zeitpunkt, zu dem die berufliche Erstsozialisation bereits abgeschlossen ist,
- sie erzeugen nicht die für einen Professionalisierungsprozess des Berufsstandes erforderliche "kritische Masse" an Praktikern und
- sie suggerieren zudem, dass die Absolventinnen und Absolventen für Leitungstätigkeiten qualifiziert würden.

International hat sich die Physiotherapie, wie auch die Pflege, Ergotherapie oder die Sprachtherapie längst zu einer reifen Profession entwickelt. In Deutschland wird es ihr - aus Gründen, die nicht Gegenstand meines Vortrages sind - schwer gemacht, das obsolete und längst unpassende Korsett des Heilhilfsberufes abzustreifen. Und damit wird ihr schwer gemacht, das leisten zu können, was sie leisten könnte.

Die Herausforderungen an eine professionelle Berufsausübung sprengen den Rahmen, den die bisherige Regulierung der Ausbildung vorgibt.

- Wenn Physiotherapie den aktuellen Anforderungen einer professionellen Dienstleistung gerecht werden soll,
- wenn die deutsche Physiotherapie die sich weitende Kluft zwischen ihrem Stand und der internationalen Entwicklung wieder verringern will oder soll,
- und wenn sie einen optimalen Beitrag in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung leisten soll,

dann sind wirklich grundständige Studiengänge nicht länger aufschiebbar.

Schließen möchte ich mit einem kritischen Kommentar aus einer internationalen Perspektive zu dem von Ihnen hier in Bielefeld geplanten Studiengang.

Wenn Sie einen Bachelor- Studiengang einführen, der auf Leitungsfunktionen vorbereiten soll, dann tragen Sie damit

- erstens zu einer Zementierung des bisherigen Ausbildungsniveaus bei, denn wenn ein Bachelor zu gehobenen Tätigkeiten führt, dann muss ja notwendigerweise die "normale" Berufsausübung im Abschluss "darunter" bleiben - also auf Fachschulniveau.

- zweitens dokumentieren Sie damit die Unterlegenheit deutscher Absolventen in ihren formalen Ausbildungsabschlüssen gegenüber ihren Kollegen und Kolleginnen in der Welt.

Dort steht der Bachelor für den Abschluss, mit dem man sich zum Berufsanfänger qualifiziert, während sogenannte "Senior Posts" immer mehr an weitergehende Qualifikationen, z.B. Masters- Abschlüsse gekoppelt sind. Wenn Sie also hier in Bielefeld über einen Bachelor für hervorgehobene Positionen qualifizieren wollen, dann ist **dies inkompatibel zu internationalen Entwicklungen.**

Kritisch ist auch zu bemerken, dass Sie damit die erhoffte und angestrebte Transparenz des Abschlusses "Bachelor" konterkarieren. Wenn ein Bachelor vom Niveau her hier dies und dort das beinhaltet, wird es nicht leichter, ihn gegenüber dem Berufsstand zu kommunizieren.

Sehr geehrte Damen und Herren, nicht alles, was zu sagen wäre, konnte in dieser kurzen Zeit gesagt, werden, doch ich hoffe, wichtige Aspekte wenigstens angerissen zu haben. Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf Gelegenheiten zur Diskussion.

Vortrag

Professionalisierung durch Akademisierung Hochschulpolitische Bedingungen und neue Entwicklungen im Bereich der (therapeutischen) Gesundheitsfachberufe¹⁴

Dr. Karl Kälble

Abteilung für Medizinische Soziologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

1. Einleitung

Das Gesundheitswesen in Deutschland befindet sich seit längerer Zeit in einem tiefgreifenden und raschen Wandel (Mayntz & Rosewitz 1988), der auch die Gesundheitsberufe und ihre qualifikatorischen Voraussetzungen betrifft. Die demografische Entwicklung in Richtung "Gesellschaft des langen Lebens", die Veränderung der gesundheitlichen Problemlagen, der medizinisch-technische Fortschritt, die steigenden Kosten bei gleichzeitig sinkenden Einnahmen, sowie daraus resultierende Anpassungsmaßnahmen und Umstrukturierungen im gesundheitlichen Versorgungssystem haben im Kontext übergreifenden sozialen Wandels der Gesellschaft zu neuen Aufgaben und Tätigkeitsfeldern für die Gesundheitsberufe und damit zu inhaltlich veränderten und gestiegenen Anforderungen an die gesundheitsberufliche Qualifizierung geführt. Dadurch sind sowohl die Qualifikationsprofile der Gesundheitsberufe als auch die Strukturen ihrer Aus- und Weiterbildung unter Veränderungsdruck geraten.

Durch die neuen Bildungsbedarfe wurde am Ende der 1980er Jahre eine Entwicklung ausgelöst, die durch Versuche der Reform und Flexibilisierung bestehender Aus- und Weiterbildungskonzepte sowie durch die Schaffung neuer Berufsprofile und Qualifikationsmöglichkeiten gekennzeichnet ist (auf allen Ebenen des gesundheitsberuflichen Bildungssystems). Insbesondere Universitäten und Fachhochschulen haben auf die zuvor skizzierte neue Ausgangslage im Gesundheitswesen reagiert. Sie haben am Beginn der 1990er Jahre eine bis heute anhaltende Qualifizierungsoffensive gestartet, die sich in einer Vielzahl und in einem breiten Spektrum an neu eingerichteten Studiengängen der Aus- und Weiterbildung manifestiert. Ein hervorstechender Aspekt dieser Entwicklung ist der "Akademisierungstrend" in den schulisch ausgebildeten Fachberufen des Gesundheitswesens, der mit der Etablierung von Pflegestudiengängen eingeleitet wurde. Institutionalisiert wurden (und werden)

¹⁴ Aktualisierte und erweiterte Version des beim Workshop gehaltenen Vortrags

insbesondere Studienangebote, die schulisch ausgebildete Berufsinhaber für Leitungsfunktionen und Lehramt qualifizieren. Die von vielen Fachberufen geforderte Akademisierung der Erstausbildung, d.h. die Verlagerung von Ausbildungen aus dem nichtakademischen, schulischen Bereich in den hochschulischen Bildungsbereich, trifft hingegen auf politische Widerstände und ist derzeit kaum durchsetzbar.

Seit einigen Jahren treffen die Reformbemühungen der gesundheitsberuflichen Qualifizierung auf rasant verlaufende Reformentwicklungen an deutschen Hochschulen. Das 1998 neu eingeführte Studiensystem mit gestuften Bachelor- und Master-Studiengängen (BA/MA), eine Entwicklung, die auch im Kontext der angestrebten Vereinheitlichung der europäischen Studiensysteme zu sehen ist ("Bologna-Prozess"), eröffnet Universitäten und Fachhochschulen neue, inzwischen dynamisch genutzte Innovationschancen, die auch im Studienfeld Gesundheit zunehmend aufgegriffen und debattiert werden. Gesundheitsfachberufe verbinden mit den Möglichkeiten des neuen Graduierungssystems (und mit der Qualitätssicherung durch Akkreditierung) zudem die Hoffnung auf eine weitergehende Akademisierung und Professionalisierung.

Ziel des Beitrags ist es, einen Überblick zu geben über neue hochschulpolitische Rahmenbedingungen und aktuelle Qualifikationsentwicklungen im Bereich der Gesundheitsberufe. Besonders fokussiert werden dabei die Professionalisierungsbestrebungen der (therapeutischen) Gesundheitsfachberufe, die sich derzeit vor allem auf den Aspekt der Akademisierung konzentrieren. Der Beitrag ist wie folgt aufgebaut: Zunächst werden die Hintergründe der aktuellen berufs- und bildungspolitischen Entwicklungen im Gesundheitswesen beleuchtet (2). Danach werden die wichtigsten Entwicklungstrends der gesundheitsberuflichen Aus- und Weiterbildung an Hochschulen erläutert (3). Im Anschluss daran wird das neu eingeführte Graduierungssystem und das daran geknüpfte Qualitätssicherungsverfahren der Akkreditierung vorgestellt. Zudem werden die damit verbundenen Entwicklungsmöglichkeiten für Gesundheitsberufe erörtert (4). Die Akademisierungsentwicklungen und -probleme in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen der Ergotherapie, der Logopädie und der Physiotherapie werden abschließend erläutert (5). Ein kurzes Fazit beschließt den Beitrag (6).

2. Ausgangslage und Hintergründe der aktuellen berufs- und bildungsbezogenen Entwicklungen im Gesundheitswesen

Die aktuelle Debatte um den notwendigen Wandel der Gesundheitsberufe, bei der es zugleich auch um die Definition von Zuständigkeiten, um den Zugang zu

Ressourcen, um die "Eroberung" zukunftssträchtiger Handlungsfelder und damit auch um eine konkurrenzwirksame Durchsetzung berufsgruppenspezifischer Interessen geht (vgl. Abbott 1988), ist insbesondere auf Prozesse des Strukturwandels in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen zurückzuführen, sowie auf dadurch erzwungene Umstrukturierungs- und Anpassungsprozesse im System der gesundheitlichen Versorgung.

Welches sind nun die Prozesse, aus denen sich neue Anforderungen an die Gesundheitsberufe ergeben? Hier lassen sich Entwicklungstrends im Gesundheitswesen, sogenannte endogene Faktoren, und allgemeine gesellschaftliche Wandlungsprozesse (exogene Faktoren) unterscheiden, welche die Entwicklungen im Gesundheitswesen und damit auch die Arbeit der Gesundheitsberufe entscheidend beeinflussen (vgl. Kälble & Reschauer 2002). Zu nennen sind zum einen Veränderungen im demografischen Aufbau der Bevölkerung (Verlängerung der Lebensspanne; Zunahme älterer und alter Menschen in Relation zur Gesamtbevölkerung) und damit verbundene Verschiebungen im Krankheitspanorama (Verlagerung des Schwerpunkts von Infektions- auf chronische und therapieintensive Zivilisationskrankheiten), die als externe Faktoren zunehmend die Aufgabenstellungen in der Gesundheitsversorgung bestimmen. Als endogene Ursachen sind zum anderen der ständige Zuwachs des medizinisch-naturwissenschaftlichen Wissens und der sich beschleunigende medizinisch-technische Fortschritt zu nennen, die u.a. zu einer Ausweitung des Leistungsangebots, zu einer weiter anhaltenden Arbeitsteilung und Spezialisierung sowie zu immer höheren fachlichen Anforderungen an alle Berufsgruppen führen, die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind. Hinzu kommen der steigende Kostendruck und die Finanzierungsproblematik im Gesundheitswesen, auf die Staat und Kostenträger mit der Forderung nach mehr Effizienz und Wirtschaftlichkeit im Leistungsgeschehen reagieren. Durch entsprechende gesetzgeberische Maßnahmen werden die Leistungserbringer zu einer verstärkten Orientierung an ökonomischen Kriterien, zu einem effektiven Einsatz der vorhandenen Ressourcen, zu einem intensiveren Miteinander und zu einer mehr systemischen Sicht des Zusammenwirkens gezwungen. Die vorgesehene Neugestaltung der Krankenhausfinanzierung über diagnosebezogene Fallpauschalen ("DRGs"), eine Honorierungsform, bei der alle anfallenden Leistungen (Personal und Sachmittel) je Behandlungsfall mit einem Pauschalbetrag abgegolten werden, wird die Versorgungseinrichtungen zu weiteren Produktivitätsverbesserungen zwingen (zu-gleich erweitern sich mit diesen Entwicklungen die Anforderungsprofile der Gesundheitsberufe um die Dimension der ökonomischen Kompetenz). Mit der Verlagerung von immer mehr Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich und mit der angestrebten Vernetzung sozialer und medizinischer Dienste und Einrichtungen (integrierte Versorgung) steigen die Anforderungen an die intra- und

interprofessionelle Kooperation ebenso wie die Anforderungen an die Interaktions- und Kommunikationskompetenz der Berufsinhaber.

Weitere Veränderungen manifestieren sich in der Wahrnehmung des Patienten und seiner Angehörigen als selbstverantwortliche und informierte Nutzer von Gesundheitsleistungen, in dem sich abzeichnenden Perspektivenwechsel von Krankheit zu Gesundheit und ganzheitlicher Betrachtungsweise, in der wachsenden Aufmerksamkeit für Prävention und Gesundheitsförderung, in einem gewandelten Gesundheitsverständnis (Gesundheit wird zunehmend als Lebensqualität verstanden und bedeutet demgemäß mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit) sowie in den verschwimmenden Grenzen zwischen dem klassischen Gesundheitswesen und Angeboten von "Wellness" und "Fitness".

Umgestaltung und Wandel im Gesundheitswesen werden auch von Prozessen allgemeinen gesellschaftlichen Wandels beeinflusst, z.B. durch die zunehmende Individualisierung und Pluralisierung der Lebensstile und Lebensformen, durch die zunehmende Durchdringung der Arbeitswelt mit technischen, insbesondere informations- und kommunikationstechnischen Innovationen, durch immer kürzer werdende Verfallszeiten des ausgebildeten und beruflich verwertbaren Wissens, durch die zunehmenden Internationalisierungs- und Globalisierungsprozesse und durch den tendenziellen Übergang von der Industrie- zur Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft, in der das Wissen als Quelle von Produktivität und Wachstum immer mehr an Bedeutung gewinnt, der Anteil der Dienstleistungen im Bereich der Beschäftigung und Produktion zunimmt und berufliche Tätigkeiten, die einen hohen Informations- und Wissensgehalt aufweisen, erhöhte Bedeutung erhalten (Stehr 1994; Willke 1998; Castells 2001, S. 229ff.).

Vor dem Hintergrund der skizzierten Entwicklungen wird (zumindest) seit den 1980er Jahren vielerorts die Frage diskutiert, wie Gesundheitsberufe und Ausbildungen zu gestalten sind, damit sie den veränderten Anforderungen eigenständig gerecht werden können (vgl. z.B. Bals 1993). Darüber hinaus besteht in aktuellen berufs- und ausbildungsbezogenen Debatten im Gesundheitswesen weitgehend Konsens, dass die den gewandelten Anforderungen entsprechenden Qualifikationspotenziale und flexiblen Qualifikationsmuster, nicht zuletzt durch die bestehenden Bildungs- und Berufsstrukturen bedingt, derzeit nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen bzw. die vorhandenen Qualifikationen in vielerlei Hinsicht nicht modernen Standards entsprechen (vgl. z.B. bezogen auf Medizin und Pflege: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001).

Die Diskrepanz zwischen Qualifikation und Anforderungen aus der beruflichen Arbeit betrifft in besonderem Maße die nichtakademisch ausgebildeten

“Fachberufe im Gesundheitswesen”, zu denen u.a. die Pflege und ihre Berufe sowie die therapeutischen Berufe der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie zählen (zu den Fachberufen im Gesundheitswesen vgl. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen 2001; Bundesinstitut für Berufsbildung 2002, S. 215ff.). Diese bundesrechtlich (nach Artikel 74 des Grundgesetzes) geregelten Ausbildungsberufe verbindet u.a., dass sie überwiegend von Frauen ausgeübt werden, dass sie alle in einem spezifischen Abhängigkeitsverhältnis zur ärztlichen Profession stehen, dass sie sich mangelnder gesellschaftlicher Reputation ausgesetzt sehen, dass ihre jeweils dreijährige Ausbildung an sogenannten “Schulen des Gesundheitswesens” oder an Berufsfachschulen und damit nicht wie in vergleichbaren Berufen im Dualen System bzw. unter der Zuständigkeit des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) erfolgt, dass sie über keine akademische Tradition und eigenständige Bezugswissenschaft verfügen, dass die Lehrer, die in der schulischen Berufsausbildung eingesetzt werden, nicht zwingend universitär ausgebildet sein müssen, und dass das berufspolitische Bemühen um Akademisierung und Professionalisierung, das zumeist mit steigenden beruflichen Anforderungen und der Anpassung der Abschlüsse an das europäische Niveau begründet wird (vgl. z.B. Deutscher Bundesverband für Logopädie 1999; Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe 2002). Insbesondere durch die Einrichtung und den quantitativen und qualitativen Ausbau von Studiengängen an Hochschulen erhoffen sich die Gesundheitsfachberufe die notwendigen positiven Innovationen.

Das hochschulische Bildungssystem war lange Zeit nicht auf die neuen Qualifikationsbedarfe eingestellt. Bis zum Beginn der 1990er Jahre beschränkten sich die universitären Studienmöglichkeiten im Bereich Gesundheitswesen weitgehend auf die klassischen Studiengänge Medizin, Zahnmedizin und Pharmazie, das auf den Gesundheitsmarkt zielende fachhochschulische Studienangebot bestand überwiegend aus technisch ausgerichteten Studiengängen (z.B. Technisches Gesundheitswesen, Medizintechnik). Daneben gab es an Fachhochschulen einige pädagogisch orientierte Studienprogramme (z.B. Heilpädagogik) und Fachrichtungen mit Gesundheitsbezug (z.B. in der Sozialen Arbeit die Fachrichtung Sozialarbeit im Gesundheitswesen). Die vom Wissenschaftsrat bereits 1973 angeregte Öffnung der Hochschulen auch für nichtärztliche Gesundheitsberufe und der damit verbundene Vorschlag der Erprobung von entsprechenden Modellstudiengängen (vgl. Wissenschaftsrat 1973) war in den siebziger und achtziger Jahren aufgrund von Widerständen seitens der Ärzteschaft, der Verbände und der Ministerien nicht durchsetzbar, sieht man von den beiden Modellstudiengängen einmal ab, die 1979 an der Universität Osnabrück (Weiterbildendes Studium für Lehrpersonen an Schulen des Gesundheitswesens) und von 1978 bis 1981 an der FU Berlin (Entwicklung

und Erprobung eines dreijährigen Studiengangs für Lehrkräfte an Lehranstalten für Medizinalfachberufe) eingerichtet bzw. erprobt wurden (vgl. Wanner 1987).

3. Zur Entfaltung der Studienlandschaft Gesundheitswesen – Entwicklungen an den Hochschulen seit Beginn des vergangenen Jahrzehnts

Im letzten Jahrzehnt hat sich die tradierte Aus- und Weiterbildungslandschaft Gesundheitswesen an Hochschulen grundlegend verändert. Mit großer Dynamik hat am Beginn des vergangenen Jahrzehnts ein bis heute anhaltender Prozess der Entwicklung und Etablierung von neuen gesundheitsbezogenen Studienangeboten eingesetzt. Obschon die Expansionsdynamik der 1990er Jahre inzwischen nachgelassen hat, befindet sich das Studienfeld Gesundheit weiterhin auf Expansionskurs.

Die am Beginn der 1990er Jahre einsetzende Entfaltung der Studienlandschaft Gesundheitswesen ist im Wesentlichen durch fünf Entwicklungen bestimmt:
Durch

- **den quantitativen und qualitativen Auf- und Ausbau von grundständigen und weiterqualifizierenden Studiengängen an Universitäten und Fachhochschulen**

An Fachhochschulen und Universitäten sind im vergangenen Jahrzehnt annähernd 200 gesundheitsbezogene Ausbildungs- und Weiterqualifizierungsstudiengänge entstanden, die zu rund 60 Abschlussbezeichnungen führen (vgl. Kälble & v. Troschke 1998; Kälble 1999). Das Spektrum der Studienangebote reicht von den mit am Beginn der Aufbruchphase stehenden postgradualen universitären Public Health-Studiengängen, über die vor allem zwischen 1992 und 1996 aufgebauten und inzwischen mit ca. 50 grundständigen und einem Dutzend weiterbildenden Studiengängen quantitativ dominierenden Pflegestudiengänge (vgl. Kälble 2001a) bis hin zu wirtschaftswissenschaftlich ausgerichteten Aus- und Weiterbildungsstudiengängen wie z.B. "Management in Einrichtungen des Gesundheitswesens" oder "Gesundheitsökonomie". Hinzu kommen Studiengänge des Gesundheitssports, der Heilpädagogik, der Gesundheitspsychologie, des Krankenversicherungswesens, der Prävention und Gesundheitsförderung, der Medizininformatik und Medizindokumentation, speziell auf das Gesundheitswesen fokussierende Studiengänge im Bereich der Sozialen Arbeit (z.B. "Klinische Sozialarbeit") und der Ökotrophologie sowie therapeutisch ausgerichtete Studienangebote wie Kunst- und

Musiktherapie, deren Absolventen vorwiegend in Einrichtungen des Gesundheitswesens tätig werden. Inzwischen (Stand Januar 2002) hat sich die Zahl der Studiengänge auf etwa 280 erhöht. Die zuletzt eingerichteten Studienprogramme fokussieren zunehmend auf die neuen Abschlüsse Bachelor und Master. Aktuell werden, der Ökonomisierungstendenz im Gesundheitswesen folgend, vermehrt management- und ökonomieorientierte Studiengänge etabliert (vgl. Kälble 2003).

- die gesundheitsbezogene Ausdifferenzierung bisher nicht oder kaum in das Gesundheitswesen involvierter Fächer und Disziplinen

Für diesen Trend steht z.B. die Spezialisierungsmöglichkeit Gesundheits- und Rehabilitationssport in den Sportwissenschaften, die Spezialisierungsmöglichkeit Gesundheitspädagogik in den Erziehungswissenschaften, die Ausdifferenzierung einer Medizininformatik im Fach Informatik oder die Ausdifferenzierung der grundständigen und postgradualen Studiengänge Gesundheitsmanagement und -ökonomie in den Fächern Betriebs- und Volkswirtschaft.

- die Definition, Schaffung und Etablierung von neuen Ausbildungen (und z.T. neuen Fächern) aufgrund neuer Tätigkeitschancen und wachsenden Bedarfs

Für diese Tendenz steht z.B. die Entwicklung der Multidisziplin Gesundheitswissenschaften/Public Health und die damit einher gehende Einrichtung von postgradualen universitären Studienangeboten sowie der Versuch der Verberuflichung der Gesundheitsförderung (vgl. Kälble 2001b).

- den Auf- und Ausbau eines hochschulischen Weiterbildungsmarktes für Hochschulabsolventen und akademisch qualifizierte Berufspraktiker aus dem Gesundheitssektor

Vor dem Hintergrund des immer schnelleren wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritts, der kürzer werdenden Verfallszeiten des Wissens und dem damit verbundenen Bedeutungszuwachs des lebenslangen Lernens, sowie befördert vom Interesse akademisch qualifizierter Berufspraktiker an Möglichkeiten einer "Nachqualifizierung", etwa im Bereich Gesundheitsmanagement, hat sich im Studienfeld Gesundheitswesen ein für die Hochschulen lukrativer Weiterbildungsmarkt entwickelt, auf dem sowohl "postgraduale" als auch "weiterbildende" Studiengänge angeboten und nachgefragt werden (vgl. Kälble 2003).

- die zunehmende Akademisierung der Gesundheitsfachberufe und die damit verbundene Schaffung entsprechender Studienangebote

Die Entfaltung der Studienlandschaft Gesundheitswesen ist stark geprägt durch die Verlagerung von Ausbildungen aus dem sekundären in den tertiären Bildungsbereich (die hochschulischen Ausbildungen setzen jedoch - von Ausnahmen abgesehen - weiterhin eine schulische Erstausbildung voraus). Diese Tendenz betrifft bisher nur eine Teilmenge der Gesundheitsfachberufe, insbesondere die Pflegeberufe, die sich in den 1990er Jahren akademisiert haben. Aktuell bemühen sich die therapeutischen Gesundheitsfachberufe, in erster Linie die Berufe Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie, um eine Akademisierung bzw. um die Einrichtung von Studiengängen (siehe Kapitel 5).

Die derzeit das Studienfeld Gesundheitswesen kennzeichnenden uneinheitlichen Studienstrukturen und sehr verschieden konzipierten Studienangebote erklären sich durch die Bildungshoheit und Interessen der Bundesländer sowie durch die Interessen der Hochschulen und Hochschularten. Länder-, hochschul- oder hochschulartenübergreifende Prozesse der Konsensfindung, z.B. hinsichtlich der Curricula, Studiengangs- und Abschlussbezeichnungen, die zugleich dazu beitragen könnten, dass dem wachsenden Bedarf an Orientierung und Transparenz auf Seiten der Studierenden und potenziellen Arbeitgeber besser entsprochen wird, sind, von Ausnahmen abgesehen, nicht zu erkennen. Die in den letzten Jahren zu beobachtende Entwicklung vollzog sich auch ungeachtet der bislang noch weitgehend ungeklärten Debatten um die bildungspolitischen Rahmenbedingungen, den arbeitsmarktpolitischen Bedarf und die Zielvorstellungen einer Modernisierung des Gesundheitswesens. Für viele der neu entstandenen Aus- und Weiterbildungen gilt, dass weder die Berufsbilder klar begrenzt und konzeptuell abgesichert sind, noch das Verhältnis von Aus- und Weiterbildung einerseits und Bildungs- und Arbeitsmarkt andererseits aufeinander abgestimmt sind. Die Expansion der gesundheitsbezogenen Studienangebote ist sicherlich auch der Tatsache geschuldet, dass - gemessen am Umsatzvolumen und den Beschäftigtenzahlen - der Wirtschaftszweig Gesundheitswesen (aufgrund der demographischen Entwicklung, des anhaltenden medizinischen und medizintechnischen Fortschritts sowie des steigenden Stellenwerts der Gesundheit für die Bürger) als eine der großen ökonomischen Wachstumsbranchen in der deutschen Volkswirtschaft und der sich entwickelnden Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft gilt (vgl. z.B. Nefiodow 1996).

4. Zur Einführung des neuen Graduierungssystems an deutschen Hochschulen und zum Qualitätssicherungsverfahren der Akkreditierung

Eine neue Entwicklung an deutschen Hochschulen, die den derzeit zu beobachtenden Differenzierungsprozess gesundheitsbezogener Studiengänge weiter vorantreiben wird, ist die Einführung einer (am angloamerikanischen Studiensystem orientierten) zweistufigen Studienstruktur (vgl. Kälble 2001c). Durch das 1998 novellierte Hochschulrahmengesetz (HRG) und darauf bezogene Beschlüsse der Kultusministerkonferenz (vgl. dazu Kultusministerkonferenz/Hochschulrektorenkonferenz 1999) wurden Rahmenbedingungen geschaffen, die Universitäten und Fachhochschulen die Einführung und Erprobung von eigenständig oder konsekutiv aufgebauten Bachelor- und Master-Studiengängen (BA/MA) ermöglichen (neben den bestehenden Diplom-, Magister- und Staatsexamensstudiengängen). Die wissenschaftspolitischen Ziele, die mit der Einführung des neuen Studiensystems verfolgt werden, sind eine Erweiterung und Differenzierung des Studienangebotes, eine bessere Strukturierung des Studiums, eine Verkürzung der Studiendauer sowie die internationale Kompatibilität der Hochschulabschlüsse. Das neue System, dessen Einführung auch im Kontext des sogenannten "Bologna-Prozesses" zu sehen ist, der angestrebten Harmonisierung der europäischen Hochschulausbildungen in Richtung eines zweistufigen Studiensystems, ist inzwischen in den Hochschulgesetzen der Bundesländer verankert (zur europäischen Dimension vgl. Kälble & v. Troschke 2001). Die Entscheidung, BA- und MA-Programme einzurichten, liegt dabei in Deutschland, im Gegensatz zu vielen anderen Ländern, bei den Hochschulen selbst, zumeist direkt bei den Fachbereichen.

Die Einführung von BA- und MA-Studiengängen an Hochschulen erfolgt unter den Bedingungen folgender Strukturvorgaben (Kultusministerkonferenz/Hochschulrektorenkonferenz 1999): Die Regelstudienzeit für BA-Studiengänge beträgt mindestens drei und höchstens vier Jahre, die Regelstudienzeit für MA-Studiengänge mindestens ein Jahr und höchstens zwei Jahre. Konsekutive Studiengänge dürfen fünf Jahre nicht überschreiten, d.h. sie sollen in die Variante 4+1 Jahre oder die Variante 3+2 Jahre untergliedert werden. Ein MA-Studium als aufbauende Hochschulausbildung kann unmittelbar an ein BA-Studium anschließen (konsekutives Modell) oder zeitversetzt, z.B. nach einer Phase der Berufstätigkeit erfolgen. BA- und MA-Studiengänge sollen modularisiert angeboten werden und mit einem Leistungspunktesystem ausgestattet sein. Zugangsvoraussetzung für einen MA-Studiengang ist immer ein erster berufsqualifizierender Abschluss. Grundständige Studiengänge, die unmittelbar zu einem Masterabschluss führen, sind ausgeschlossen. BA- und MA-Studiengänge können sowohl an Universitäten als auch an Fachhochschulen

eingerrichtet werden, d.h. die Qualifizierung ist hochschulartenübergreifend geregelt. Die von Universitäten und Fachhochschulen vergebenen Grade sollen nicht durch die Hochschulart bezeichnende Zusätze - z.B. "(FH)" - unterschieden werden, jedoch sollte das Leistungsprofil der jeweiligen Hochschulart zum Ausdruck kommen. Auskunft über das dem Abschluss zugrundeliegende Studium im Einzelnen erteilt das sogenannte "diploma supplement". Masterabschlüsse an Universitäten und Fachhochschulen berechtigen grundsätzlich zur Promotion. Herkömmliche Diplom- und Magisterabschlüsse gem. § 18 HRG an Universitäten und gleichgestellten Hochschulen entsprechen in der Wertigkeit dem Master, das Diplom (FH) entspricht im internationalen Vergleich dem vierjährigen "Bachelor honours". Alle weiteren Regelungen, die durch diese Strukturvorgaben offen bleiben, werden im Umfang des Gestaltungsspielraums, den das HRG eröffnet, durch die Länder oder die Hochschulen getroffen.

In nur fünf Jahren, von 1998 bis 2003, sind rund 1.500 BA- und MA-Studiengänge entstanden. Im August 2002 wurden die BA- und MA-Studiengänge "aus dem Erprobungsstadium in das Regelangebot der Hochschulen überführt". Zur Begründung heißt es: "Mit inzwischen mehr als 1.000 Studiengängen, die mit dem Bachelor/Bakkalaureus bzw. Master/Magister an deutschen Hochschulen abgeschlossen werden, ist ihre Etablierung als Regelangebotsform gerechtfertigt und - auch im Interesse der Kalkulierbarkeit und Verlässlichkeit für die angehenden Absolventinnen und Absolventen dieser Studiengänge - geboten. Es ist zudem ein Signal, dass deutsche Hochschulen gestufte Studiengänge auf Dauer anbieten; Deutschland trägt damit auch den Absprachen im Rahmen des Bologna-Prozesses Rechnung (Bundesministerium für Bildung und Forschung).

Der somit in Deutschland eröffnete hochschulische Bildungsmarkt, auf dem Hochschulen mit hochgradig differenzierten und profilierten Studienangeboten gegeneinander und mit internationalen Angeboten in Wettbewerb treten, wird für Studierende (Heine 1999) wie für potenzielle Arbeitgeber (List 2000) immer unübersichtlicher. Damit steigt der Bedarf an Orientierung, Transparenz und Qualitätssicherung. Diesem soll mit Hilfe des im deutschen Hochschulsystem neu eingeführten Verfahrens der Akkreditierung entsprochen werden (es ersetzt die Qualitätssicherung in Form von Rahmenprüfungs- und Studienordnungen). Akkreditierung ist ein spezifisches Instrument der Qualitätssicherung. Es wird sowohl bei der Einführung neuer Studienprogramme (ex-ante-Steuerung) als auch bei der Überprüfung bereits bestehender Studiengänge (ex-post-Steuerung) angewendet. In Deutschland ist die Akkreditierung das Ergebnis einer positiven externen Begutachtung auf der Grundlage fachlich-inhaltlicher Kriterien (peer-review). Das Verfahren zielt darauf ab, ob ein Studiengang ein schlüssiges und kohärentes Bild im Hinblick auf gesetzte und zu erreichende Ziele ergibt. Hierzu

hat der 1999 auf Beschluss der Kultusministerkonferenz (KMK) eingerichtete nationale Akkreditierungsrat einen entwicklungs-offenen Referenzrahmen beschlossen, der jeweils fachspezifisch zu konkretisieren ist. Akkreditierung steht unter den Prämissen, Qualität zu sichern, Studierbarkeit nachzuweisen, Vielfalt zu ermöglichen sowie Transparenz zu schaffen. Die Akkreditierung wird für einen befristeten Zeitraum ausgesprochen und bedarf in periodischen Abständen einer Erneuerung (Re-Akkreditierung). Das Akkreditierungsprozedere wird von unabhängigen Agenturen durchgeführt, die ihrerseits einer regelmäßigen externen Evaluierung unterliegen. Eine der Agenturen ist die "Akkreditierungsagentur für Studiengänge im Bereich Heilpädagogik, Pflege, Gesundheit und Soziale Arbeit (AHPGS)" (vgl. z.B. Klüsche et al. 2001; Sieger 2002). In das Verfahren der Akkreditierung eingebunden sind Vertreter von Hochschulen, Staat und Berufspraxis. Die meisten Bundesländer machen die Genehmigung der neuen Studiengänge von der Voraussetzung einer erfolgreichen Akkreditierung abhängig (Akkreditierungsrat 2002). Im Jahr 2002 ist das Akkreditierungssystem in Deutschland dauerhaft etabliert worden (perspektivisch soll das Verfahren auch auf herkömmliche Studiengänge Anwendung finden).

Ein klares Bild, ob die BA-/MA-Studiengänge die herkömmlichen Magister- und Diplomstudiengänge in einer mittelfristigen Perspektive ganz oder teilweise ersetzen werden, zeichnet sich noch nicht ab, obwohl sich z.B. der Wissenschaftsrat schon früh auf den Wechsel zur neuen Studienstruktur festgelegt hat (vgl. Wissenschaftsrat 2000) und er im Rahmen des Bologna-Prozesses angestrebt wird. Bislang haben nur wenige Hochschulen die herkömmlichen Studiengänge komplett durch die neuen ersetzt. Parallele Strukturen überwiegen. Die Einführung der neuen Studiengänge findet in hohem Maße dezentralisiert statt. Sie erfolgt an den einzelnen Hochschulen selten auf der Basis einer Gesamtstrategie und flächendeckend, sondern eher auf Betreiben einzelner Fachbereiche. Klare Mehrheiten für einen grundsätzlichen Studiensystemwechsel sind in den Hochschulen ebenfalls noch nicht zu erkennen. Trotz hoher quantitativer Dynamik (inzwischen gibt es über 1.500 BA-/MA-Studiengänge) und positiver Prognosen wird bislang nur eine Minderheit der Studierenden erreicht. Im WS 2001 waren erst 2.7% aller Studierenden in die neuen Studiengänge eingeschrieben. Allerdings zeichnet sich eine steigende Tendenz ab. Die geringen Studierendenzahlen in den neuen Studiengängen bedeuten zwar hervorragende Betreuungsrelationen, aber auch hohe Kosten. Noch erhalten viele Studiengänge Programmförderung, die sich aber nicht dauerhaft aufrecht erhalten ließe, würde das System in der Breite umgesetzt. Belastend sind für die Hochschulen und die neuen Studiengänge die Kosten der Akkreditierung, die mit 12.000 Euro Gebühr pro Studiengang sehr hoch sind. Dennoch ist die Einstellung der Hochschulleitungen zu dieser Form der

Qualitätssicherung überwiegend positiv. Hingegen ist unter den Hochschulen aber noch umstritten, ob der Bachelor als berufsqualifizierender Abschluss sinnvoll ist. Die Einschätzungen zu dieser Frage schwanken erheblich zwischen den einzelnen Fachrichtungen. Insgesamt ist die gegenwärtige Lage durch eine Vielfalt von Einzelaktivitäten geprägt und damit die Entwicklung noch nicht über die Pionierphase hinaus gekommen. Zu diesem Ergebnis (und zu den zuvor genannten Erkenntnissen) kommt eine vom Deutschen Akademischen Austauschdienst 2002 herausgegebene Studie zur Einführung von BA- und MA-Studiengängen (vgl. Deutscher Akademischer Austauschdienst 2002), die auf einer (vom Center of Higher Education Policy Studies [CHEPS] und vom Centrum für Hochschulentwicklung durchgeführten) Befragung von Hochschulleitungen basiert. Erst eine nach angemessener Frist durchzuführende Evaluierung kann Aufschluss geben, inwieweit sich gestufte Abschlüsse bewährt haben und geeignet sind, das herkömmliche Graduierungssystem in einzelnen Fächern oder flächendeckend abzulösen. Der erwähnten DAAD-Studie zufolge werden primär zwei Faktoren über die Zukunft des neuen Studiensystems entscheiden: Die faktische Nachfrage nach Absolventen von Seiten der Arbeitgeber und die Studiengangnachfrage von Seiten der Studierenden.

Bis März 2003 wurden rund 1.550 BA- und MA-Studiengänge an deutschen Hochschulen eingerichtet (ca. 80 im Studienfeld Gesundheitswesen). Aber nur ca. 230 Studiengänge haben sich bislang einer Akkreditierung unterzogen (rund 10% davon haben Probleme im Anerkennungsverfahren). Laut Ekkehard Winter (stellvertretender Generalsekretär des Stifterverbands für die Deutsche Wissenschaft) sind nicht alle BA-/MA-Studiengänge grundlegend neu strukturiert (viele stützen die neuen Abschlüsse auf die alten Curricula). Als weitere Defizite der neuen Studiengangskonzepte kritisiert er u.a. die unzureichende fachlich-inhaltliche Gestaltung der Bachelorphase, die mangelnde Auseinandersetzung mit den Anforderungen der Modularisierung, die diffuse Erfüllung der Anforderungen an die Berufsbefähigung von Bachelor-Absolventen und die zumeist fehlenden Anforderungskriterien für die Zulassung zum Master-Studium (vgl. Winter 2003).

Da ein verkürztes und gestrafftes Studium mit einem Bachelor-Abschluss den Einstieg in die erste akademische Qualifikation darstellt, werden "Studienkonzepte, die die Fachschulausbildung miteinbeziehen bzw. auf dieser aufbauen, einen besonderen Zuspruch erfahren. Es ist absehbar, dass die Berufe der Erzieherinnen, Krankenschwestern und die Gesundheitsberufe wie Ergo-, Physio- und Logotherapeuten, denen eine Weiterqualifizierung bisher verwehrt war, solche Studienkonzepte nutzen werden, um ihr Qualifikationsniveau anzuheben" (Klüsche 2001, S. 153). Dass diese Prognose ihre Richtigkeit hat,

zeigt der Akademisierungsprozess in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen (vgl. Kälble 2002a, S. 131ff.).

5. Zur Akademisierung der Gesundheitsfachberufe Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie

Das Thema "Akademisierung", das in diesem Jahr (25./26. März 2003) auch Schwerpunkt der 15. Arbeitstagung der "Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer (BÄK)" in Köln war (vgl. Gerst 2003), steht inzwischen bei vielen, wenn auch nicht bei allen Gesundheitsfachberufen auf der Tagesordnung (einen Überblick bieten Kälble & v. Troschke 2003). Seit mehr als zehn Jahren wird auch in der Ergotherapie, in der Physiotherapie und in der Logopädie eine Diskussion um die Akademisierung geführt (sowie weiterhin in der Pflege, in der die Hochschulbindung zum Teil bereits erfolgt ist). Sowohl die Berufsverbände dieser schulisch ausgebildeten Fachberufe als auch die Berufsinhaber sind bestrebt, ihre Berufe im akademischen Bereich anzusiedeln. Begründet mit erhöhten Anforderungen der Berufsausübung und mit dem Verweis, dass die Ausbildung in den Therapieberufen in anderen europäischen Ländern nicht wie in Deutschland auf der Ebene der Berufsfachschulen, sondern auf der Ebene von Hochschulen erfolgt, fordern die Therapieberufe den Zugang an die Hochschulen (Logopädie) bzw. Fachhochschulen (Ergo-, Physiotherapie) und eine Öffnung der bundesrechtlichen Regelungen, die bislang verhindern, dass die Ableistung eines grundständigen Studiums als Voraussetzung für eine Berufsanerkennung ausreicht. Das Ziel der Akademisierung (und die Novellierung der Berufsgesetze) verfolgt auch die 1991 gegründete "Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe" (AG-MTG), ein Zusammenschluss von Verbänden der Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Hebammen und Orthoptisten.

Was aber meint Akademisierung? Der Begriff "Akademisierung", der (noch) nahezu in keinem Nachschlagewerk (Fachlexika, Brockhaus, Fremdwörterlexika usw.) verzeichnet oder gar definiert ist, heute aber in bestimmten berufs- und bildungspolitischen Diskursen rege benutzt wird, steht hier für die auf den Hochschulzugang fokussierende Strategie von Berufsverbänden sowie für die Einleitung und den Prozess der Anhebung einer beruflichen Ausbildung auf Hochschulniveau bzw. für die Verlagerung von Ausbildungen aus dem außerhochschulischen in den hochschulischen Bildungssektor. Das höchstmögliche Niveau der Akademisierung ist dann erreicht, wenn eine Berufsausbildung an der Universität erfolgt und wenn diese Ausbildung wesentlich an einer eigenständigen universitären Wissenschaftsdisziplin mit

Forschung und Lehre orientiert ist bzw. wenn sie auf einen umfangreichen Fundus an wissenschaftlichen Erkenntnissen aus einer eigenen Bezugsdisziplin zurückgreifen kann. Aus professionssoziologischer Perspektive betrachtet ist Akademisierung - verstanden als den Weg, der zu beschreiten ist, um zu einer hochschulischen Ausbildung (und Wissenschaft) zu gelangen, einschließlich der diesbezüglichen Zielerreichung - eine notwendige, aber keineswegs hinreichende Voraussetzung für eine Profession bzw. für die Professionalisierung eines Berufes (vgl. z.B. Kurtz 1997, S. 11f.). Akademisierung ist "nur" ein, wenn auch wichtiger Aspekt im Professionalisierungsprozess und somit nicht identisch mit dem umfassenderen Begriff Professionalisierung. Der professionssoziologischen Theoriebildung zufolge umfasst Professionalisierung eine Reihe weiterer Dimensionen (vgl. z.B. Hesse 1972; Larson 1977; Macdonald 1995), die an dieser Stelle nicht diskutiert werden können.

Während es in den 1990er Jahren der Pflege gelungen ist, zumindest ihre "Elite" zu akademisieren (Bollinger & Grewe 2002), hat der Akademisierungsprozess in den therapeutischen Berufen Ergo-, Physiotherapie und Logopädie erst begonnen. Akademisiert wird - wie in der Pflege - insbesondere die Lehrerausbildung und die Ausbildung für Leitungsfunktionen. Im Gegensatz zur Pflege, in der (noch) Diplom-Abschlüsse vorherrschen, werden in den therapeutischen Studiengängen zumeist BA-Abschlüsse angezielt (MA-Abschlüsse sollen folgen). Eine universitäre Anbindung, die insbesondere für den Aufbau von Wissenschaft und Grundlagenforschung relevant ist, ist in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen bislang so gut wie nicht gegeben. Wie in der Pflege haben die neu entstandenen grundständigen Studiengänge weiterbildenden Charakter, da sie, gesetzlich bedingt, neben der Hochschulreife, eine schulische Berufsausbildung voraussetzen.

Gegen vielfältige Widerstände wurden bis heute (Stand: März 2003) 17 sehr verschieden strukturierte Studiengänge eingerichtet (siehe Übersicht 1): 7 Studiengänge Physiotherapie, 3 Studiengänge Ergotherapie, 3 Studiengänge Logopädie und 4 Studiengänge mit "berufsübergreifenden" bzw. "zusammengeführten" Ausbildungen (eines der nächsten Ziele ist es, das Angebot an BA-Studiengängen zu erweitern und durch MA-Studiengänge zu ergänzen). Eindeutig dominierend sind BA-Studiengänge mit 10 Angeboten. 15 der insgesamt 17 Studiengänge werden an Fachhochschulen angeboten, wobei die Fachhochschulen in zwei Studiengängen mit ausländischen Hochschulen und in zwei weiteren Studienangeboten mit Universitäten kooperieren. Ein weiterer Studiengang wird an einer Technischen Hochschule angeboten. Zudem gibt es ein Studiengangsangebot, bei dem ein privater Anbieter mit einer ausländischen Hochschule kooperiert.

Es lassen sich mindestens drei Studienmodelle unterscheiden: 1. eine Fachhochschulausbildung in Kooperation mit einer ausländischen Hochschule, die auch den akademischen Grad verleiht, 2. eine gestufte Schul- (Berufsausbildung) und Fachhochschulausbildung, d.h. im Anschluss (oder zeitversetzt) an eine dreijährige Berufsausbildung wird z.B. für den Bachelor-Abschluss, je nach Fachhochschule, zwischen zwei bis sechs Semester an der Fachhochschule studiert (die dreijährige Berufsausbildung wird z.T. auf das Hochschulstudium angerechnet und ermöglicht dann - wie etwa in Hildesheim/Holzwinden/Göttingen - den Einstieg in das vierte von sechs Hochschulsemestern, z.T. - wie etwa in Fulda und Freiburg - muss ein "normales", sechs Semester umfassendes BA-Studium abgeleistet werden), und 3. eine integrierte Schul- (Berufsausbildung) und Fachhochschulausbildung, d.h. Schüler kooperierender Schulen erhalten eine Berufsausbildung (Fachhochschulen bieten für Schüler kooperierender Schulen studienvorbereitende bzw. "vorqualifizierende" Zusatzangebote an), an die sich ein zwei- bis dreisemestriges Fachhochschulstudium anschließt. Inwiefern in Konstruktionen, in denen sich die "Fachhochschulausbildung" (für schulisch Ausgebildete) real auf zwei oder drei Semester beschränkt (die Mindest-Regelstudienzeit von BA-Studiengängen ist auf sechs Semester festgelegt), von einem ernstzunehmenden Hochschulstudium gesprochen werden kann, bleibt hier ebenso dahingestellt wie die Frage, ob damit nicht einer möglichen Entwertung der Hochschulabschlüsse Vorschub geleistet wird (vgl. Kälble 2002a und 2002b; Kutschenreuter et al. 2002).

Die nachfolgende Übersicht zeigt den Stand der Akademisierung bis März 2003.

Übersicht 1: Studiengänge im Bereich Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie (K. Kälble, Stand März 2003)

Hochschule	Studiengang	Abschluss	Semester	Art des Studiums	Anmerkungen
Europa FH Fresenius, Idstein / Hogeschool Utrecht	Physiotherapie	Physiotherapeut/in (BA NL)	8	BA-Studiengang, Vorbereitungsstudium für externen Abschluss (NL)	Niederländisches Curriculum, niederländischer Abschluss
FH Kiel	Physiotherapie (nur für Auszubildende der Kieler Physiotherapieschule)	Bachelor	8	BA-Studiengang, dualer Studiengang	3 Jahre schulische Ausbildung zum Physiotherapeut (mit FH-Modulen), 1 Jahr FH-Studium
Uni Marburg/ FH Fulda	Physiotherapie	Bachelor of Science in Physiotherapy	6	BA-Studiengang, berufsbegleitend	3 Jahre Studium, am 20.6.2002 von der ZEvA akkreditiert
Uni Marburg/ FH Fulda	Physiotherapie	Master of Science in Physiotherapy	3	MA-Studiengang, berufsbegleitend (ab 2005)	1,5 Jahre Studium, am 20.6.2002 von der ZEvA akkreditiert
FH Oldenburg/ Ostfriesland/ Wilhelmshaven	Physiotherapie	Bachelor of Science in Physiotherapy	6	BA-Studiengang	3 Jahre schulische Ausbildung zum Physiotherapeut (mit FH-Modulen), 1,5 Jahre FH-Studium
Döpfer-Schule Schwandorf u. Hamburg/ Hogeschool van Amsterdam	Physiotherapie	Bachelor	6	Vorbereitungsstudium für externen Abschluss (NL)	Niederländischer Abschluss
FH Nordhessen	Physiotherapie	Diplom-Physiotherapeut/in (FH)	10 (Berufsanfänger)/ 4 (für Ausgebildete)	Diplom-Studiengang (FH) (berufsbegl. oder Vollzeit)	Nach 3 Jahren staatl. anerkannter Physiotherapeut/in, nach 5 Jahren Diplom-Physiotherapeut/in
Europa FH Fresenius, Idstein	Ergotherapie	Diplom-Ergotherapeut/in (FH)	9	Diplom-Studiengang (FH)	Nach 7 Sem. staatl. anerkannter Ergotherapeut, nach 9 Sem. Diplom-Ergotherapeut/in
FH Nordhessen	Ergotherapie	Diplom-Ergotherapeut/in (FH)	10 (Berufsanfänger)/ 4 (für Ausgebildete)	Diplom-Studiengang (FH) (berufsbegl. oder Vollzeit)	Nach 3 Jahren staatl. anerkannter Ergotherapeut/in, nach 5 Jahren Diplom-Ergotherapeut/in
FH Osnabrück	Ergotherapie	Zertif. "Ergotherapie" der FH Osnabr.	2 Jahre	Weiterbildungsstudium, berufsbegleitend	

Europa FH Fresenius, Idstein/Hogeschool Utrecht	Logopädie*	Logopäde/in (Bachelor NL)	8	BA-Studiengang, Vorbereitungsstudium für externen Abschluss (NL)	Niederländisches Curriculum, niederländischer Abschluss
FH Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelms-haven	Logopädie* (ab WS 2003/04)	Bachelor	6	BA-Studiengang	ab WS 2004/05 wird auch Ergotherapie angeboten
RWTH Aachen	Lehr- und Forschungs-Logopädie*	Diplom-Lehr-logopäde/in	8	Universitärer Diplom-Studiengang	Modellphase beendet, jetzt regulärer Studiengang
FH Osnabrück	Ergotherapie / Physiotherapie	Bachelor of Science (Physiotherapy/Occupational Therapy)	6	BA-Studiengang	3 Jahre schulische Ausbildung, 1,5 Jahre Studium, MA-Studiengang geplant
FH Hildesheim/Holzminen/Göttingen	Studiengang für Medizinalfachberufe (Logopädie, Ergo-, Physiotherapie)	Bachelor of Science (mit fachl. Zusatz entspr. der Vorbildung)	6	BA-Studiengang (dualer Studiengang), einschl. der dreijährigen Ausbildung	Modellstudiengang (1.3.01- 29.2.04), BLK gefördert, 1,5 Jahre FH-Studium, Master-Studiengang geplant
KFH Freiburg	Therapiemanagement	Bachelor of Therapy Management	6	BA-Studiengang, berufsbegleitend	3 Jahre FH-Studium
FH Bielefeld	Berufspädagogik für Gesundheitsberufe (ab WS 2003/2004)	Diplom -Berufspädagoge/in (FH)	8	Diplom-Studiengang (FH)	ersetzt die Studiengänge Pflegepädagogik u. Lehrer/in für Gesundheitsberufe
FH Bielefeld	Bachelor Studiengang Pflege und Gesundheit	Bachelor of Science	6	BA-Studiengang	Schwerpunkt Leitung u. Management Akkreditiert 6/03

* Die um Akademisierung bemühte Logopädie ist auf dem Gebiet der Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie nicht die einzige Berufsgruppe. Zu diesem Fachgebiet zählen z.B. auch die akademischen Ausbildungen zum Sprachheilpädagogen/Sprachheillehrer (z.B. U Köln, U Gießen), die Klinische Linguistik (U Bielefeld), die Sprachwissenschaft/Psycholinguistik (U München) und die Sprachwissenschaft/Patholinguistik (U Potsdam).

Durch die oben (siehe Kapitel 4) beschriebene bildungs- und hochschulpolitische Entwicklung erhoffen sich die Gesundheitsfachberufe (und ihre Verbände) neue Möglichkeiten der Akademisierung. Die hochschulpolitische Entwicklung aufgreifend hat z.B. die Dekanekonferenz Pflegewissenschaft empfohlen, neben der schulischen Erstausbildung auch Studiengänge zum Erwerb eines ersten berufsqualifizierenden Abschlusses in einem Pflegeberuf an Hochschulen einzurichten (akademische Primärqualifizierung) und diese Möglichkeit auch in den entsprechenden berufsrechtlichen Regelungen der Ausbildung und der Zulassung zu verankern (Dekanekonferenz Pflegewissenschaft 1999/2000). Analoge Forderungen stellen die therapeutischen Gesundheitsfachberufe.

Weitgehend im Sinne der um Akademisierung bemühten Gesundheitsberufe argumentiert der Wissenschaftsrat in seinen 2002 publizierten "Empfehlungen zur Entwicklung der Fachhochschulen" (Wissenschaftsrat 2002). Dort heißt es: Fachhochschulen sollten in Kooperation mit Kammern und Berufsverbänden versuchen "Bereiche zu identifizieren, in denen die Komplexität der beruflichen Anforderungen bereits jetzt oder in Zukunft eine wissenschaftsbasierte Ausbildung verlangt". Das sich zunehmend differenzierende Beschäftigungsfeld Gesundheitswesen ist dem Wissenschaftsrat zufolge einer dieser Bereiche: "Größerer Bedarf an berufspraktisch ausgerichteten Studienangeboten wird sich beispielsweise in therapeutischen Berufen wie Physiotherapie und Logopädie ergeben, die bislang an Fachschulen angesiedelt sind". Der Wissenschaftsrat weist aber ausdrücklich darauf hin, dass "in jedem Einzelfall eingehend geprüft werden (muss), ob und in welcher Form die Einrichtung von akademischen Ausbildungsangeboten in Bereichen, die bislang im System der dualen und der schulisch basierten Berufsausbildung angesiedelt sind, sinnvoll ist" (Wissenschaftsrat 2002, S. 95).

Die aktuelle politische Entwicklung zeigt jedoch, dass diesen Forderungen in absehbarer Zeit wohl nicht entsprochen wird. So hat Gudrun Schaich-Walch, parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit, in einer am 20. März 2002 gegebenen Antwort auf eine parlamentarische Anfrage bezogen auf eine akademische Verankerung der grundständigen Ausbildung der Gesundheitsfachberufe an Hochschulen erklärt (die dem Ministerium vorgetragene Bestrebungen zielten z.T. auf Öffnungs- und Modellklauseln, jedoch auch auf eine grundsätzliche Ansiedlung der Ausbildungen an Hochschulen), dass es einer akademischen Ausbildung zur Verbesserung des Niveaus der beruflichen Tätigkeit nicht bedürfe. Sie begründet die Ablehnung u.a. mit bildungspolitischen Auswirkungen durch die mögliche Entwertung der mittleren schulischen Abschlüsse und mit finanziellen Belastungen durch die Einrichtung der Studiengänge, die wegen der Kulturhoheit der Länder hauptsächlich von diesen getragen werden müssten (Schaich-Walch 2002/Drucksache 14/8714). Entsprechend fällt die Antwort der Bundesregierung auf eine parlamentarische Anfrage aus dem Jahr 2002 aus, die speziell auf die Notwendigkeit einer Akademisierung der grundständigen Physiotherapieausbildung zielte. Die Bundesregierung ist der Meinung, dass weder die Qualität der derzeitigen Ausbildung noch europarechtliche Gründe zu einer Akademisierung der Physiotherapieausbildung zwingen. Hinsichtlich Überlegungen, eine Öffnungsklausel in das Masseur- und Physiotherapeutengesetz aufzunehmen, die ein Hochschulstudium für Physiotherapeuten zuließe, weist die Regierung auf die fehlende Zuständigkeit des Bundes für die Einrichtung von Hochschulstudiengängen, die finanzielle

Belastung der Länder und die bildungspolitischen Auswirkungen in Form der weiteren Entwertung der mittleren schulischen Bildungsabschlüsse hin. Der Zugang zu Medizinalfachberufen solle auf Dauer auch Absolventen dieser Abschlüsse offen stehen (Antwort der Bundesregierung 2002.../Drucksache 14/9805 und Drucksache 14/9840).

6. Fazit und Ausblick

Der durch die veränderten Versorgungsanforderungen im Gesundheitswesen und den gleichzeitigen Trend zu immer höheren Qualifikationsanforderungen im Beschäftigungssystem in Gang gekommene bildungs- und berufsstrukturelle Wandel ist noch keineswegs abgeschlossen. Er wird sich in den nächsten Jahren ebenso fortsetzen wie das Drängen der Gesundheitsfachberufe aus den Fachschulen in die Fachhochschulen (vgl. z.B. Deutscher Verband Technischer Assistentinnen/Assistenten in der Medizin 2002) und z.T. in die Universitäten. Das Studium an einer Fachhochschule wird allerdings - allein schon aus Kapazitäts- und Ressourcengründen - die Ausbildung an Fachschulen nicht ersetzen können (vgl. auch Kälble 2002b). Tendenziell ist jedoch zu erkennen, dass für ausgewählte Bereiche, z.B. Leitungs- und Lehrfunktionen, entsprechende Angebote entwickelt und bereitgehalten werden.

Für eine perspektivisch aussichtsreiche akademische Entwicklung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe ist die alleinige Akademisierung von Leitungs- und Lehrfunktionen auf Fachhochschulebene nicht ausreichend. Hierzu bedarf es auch der Herausbildung von Wissenschaft und eigenem Wissen. Der Aufbau einer universitären Fachdisziplin Physiotherapie-Wissenschaft, Ergotherapie-Wissenschaft und Logopädie-Wissenschaft stellt jedoch eine schwierige und langfristige Aufgabe dar, wie auch die diesbezügliche Entwicklung in der Pflege zeigt (vgl. z.B. Schaeffer 1999). Dazu ist notwendig, dass die Gesundheitsfachberufe ihre Forschungsfragestellungen formulieren und ihre Bezugswissenschaften klären. Nur so ist wissenschaftliche Forschung im eigenen Fach und damit auch eine Heranbildung des eigenen wissenschaftlichen Nachwuchses möglich.

Literatur:

- Abbott, A. (1988): The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor, Chicago, London.
- Akkreditierungsrat (2002): Aktuelle Übersicht über die Entscheidungsgrundlagen für die Genehmigung von BA-/MA-Studiengängen in den einzelnen Bundesländern (16.12.2002) (www.-akkreditierungsrat.de). (Zugriff im April 2003)
- Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Abgeordneten Maritta Böttcher und der Fraktion der PDS (Drucksache 14/9805) - Akademisierung der Physiotherapieausbildung (Deutscher Bundestag, 1.8.2002) (Drucksache 14/9840).
- Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (Hrsg.) (2002): Hochschulausbildung der Medizinalfachberufe - hat die Zukunft schon begonnen?, o.O.
- Bals, T. (1993): Berufsbildung der Gesundheitsfachberufe. Einordnung - Strukturwandel - Reformansätze (Hochschule und Berufliche Bildung, Bd. 32, herausgegeben von Biermann, H./Greinert, W.-D./Kipp, M./Linke, H./Wiemann, G.), Alsbach/Bergstraße.
- Bollinger, H. & Grewe, A. (2002): Die akademisierte Pflege in Deutschland zu Beginn des 21. Jahrhunderts - Entwicklungsbarrieren und Entwicklungspfade, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 37: Qualifizierung und Professionalisierung, Hamburg, S. 43-59.
- Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (2002): Die anerkannten Ausbildungsberufe, Bielefeld.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung: Hochschulrahmengesetz (HRG) (www.bmbf.de/pub/-hrg_broschuere.pdf). (Zugriff im Februar 2003)
- Castells, M. (2001): Der Aufstieg der Netzwerkgesellschaft. Teil 1 der Trilogie: Das Informationszeitalter, Opladen.
- Dekanekonferenz Pflegewissenschaft (1999/2000): Empfehlungen der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft zu den neuen Studienabschlüssen Bachelor und Master (beschlossen auf den Sitzungen am 19. November 1999 und am 21. Januar 2000); Positionspapier zur beabsichtigten Änderung des Krankenpflegegesetzes (beschlossen vom Vorstand der Dekanekonferenz auf seiner Sitzung vom 23. November 2000), Pressemitteilungen (www.deka-pflegewiss.de/presse.html). (Zugriff im Januar 2003)
- Deutscher Akademischer Austauschdienst (Hrsg.) (2002): Studie: Die Einführung von Bachelor- und Masterprogrammen an deutschen Hochschulen (Deutsche Übersetzung des englischen Originals), Bonn.

- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (Hrsg.) (1999): Logopädie braucht wissenschaftliche Kompetenz. Plädoyer für eine Hochschulausbildung (Denkschrift), Idstein.
- Deutscher Verband Technischer Assistentinnen/Assistenten in der Medizin e.V. (dvta) (2002): Akademisierung der Gesundheitsberufe. Bericht des Arbeitskreises "Hochschulintegration" des dvta (www.dvta.de/dokumente/akhsintegrat.pdf). (Zugriff im März 2003)
- Gerst, T. (2003): Fachberufe im Gesundheitswesen. Hochschulausbildung ist für viele ein wichtiges Ziel, in: Deutsches Ärzteblatt 100, Heft 14, A882-A883.
- Heine C. (1999): Gestufte Studiengänge und -abschlüsse im deutschen Studiensystem. Was erwarten Studierende von Bachelor, Master und Credit-System? Ausgewählte Ergebnisse aus der Längsschnittbefragung der Studienberechtigten 94 (HIS Kurzinformation A3/99), Hannover.
- Hesse, H. A. (1972): Berufe im Wandel. Ein Beitrag zur Soziologie des Berufs, der Berufspolitik und des Berufsrechts (2., überarb. Aufl.), Stuttgart.
- Kälble, K. (1999): Gesundheitsbezogene Studiengänge an Universitäten und Fachhochschulen, in: Bundesvereinigung für Gesundheit (Hrsg.): Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder, Neuwied (Grundwerk/Loseblattwerk), Kapitel IX 3.2 (25 Seiten).
- Kälble, K. (2001a): Im Labyrinth gesundheitsbezogener Studiengänge, in: Pflege Aktuell 55, Heft 7/8, S. 394-398.
- Kälble, K. (2001b): Gesundheitsförderung als Studienbereich, in: Gesundheitsakademie e.V. (Hrsg.): Gesundheit gemeinsam gestalten - Allianz für Gesundheitsförderung, Frankfurt, S. 168-180.
- Kälble, K. (2001c): Bachelor und Master für gesundheitsbezogene Berufe - neue Entwicklungen und Akkreditierung, in: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung 24, Heft 3, S. 67-73.
- Kälble K. (2002a): Entwicklung der Studiengänge im Bereich Gesundheit, in: Klüsche, W. (Hrsg.): Entwicklung von Studium und Praxis in den Sozial- und Gesundheitsberufen (Bd. 34; Schriften des Fachbereichs Sozialwesen der Hochschule Niederrhein), Mönchengladbach, S. 119-140.
- Kälble, K. (2002b): Volkswirtschaftliche Auswirkungen einer Anhebung der Ausbildung von Medizinalfachberufen auf Hochschulniveau - Führt die Akademisierung zu einer Verteuerung der Ausbildung und der therapeutischen Dienstleistung?, in: Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (Hrsg.): Hochschulausbildung der Medizinalfachberufe - hat die Zukunft schon begonnen?, o.O., S. 37-64.
- Kälble, K. (2003): Strukturen der Weiterbildung und die Einführung von Bachelor- und Masterprogrammen an deutschen Hochschulen - Ein Beitrag zur Herstellung von Transparenz und Orientierung hinsichtlich ökonomie- und managementorientierter Bildungsangebote für Ärztinnen und Ärzte, in:

- Burk, R./Hellmann, W.: Krankenhausmanagement für Ärztinnen und Ärzte, Landsberg, 4. Ergänzungslieferung (in Druck).
- Kälble, K. & Reschauer, G. (2002): Wandel der Berufsbilder und Qualifikationsanforderungen in den Gesundheitsberufen, in: Public Health Forum 10, Heft 34, S. 2-4.
- Kälble, K. & v. Troschke, v. (1998): Studienführer Gesundheitswissenschaften (Bd. 9 der Schriftenreihe der "Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften" an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg), Freiburg.
- Kälble, K. & v. Troschke, J. (2001): Gesundheitswissenschaftliche Aus- und Weiterbildung in Deutschland: Entwicklung, Entwicklungsstand, die europäische Perspektive und die Herausforderung durch das neue Graduierungssystem, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 4. Beiheft: Public Health - Entwicklungen und Potentiale, S. 39-53.
- Kälble, K. & v. Troschke, J. (2003): Stand der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe in Deutschland. Vortrag, gehalten auf der 15. Sitzung der "Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer", 25./26. März 2003, Bundesärztekammer Köln.
- Klüsche, W. (2001): Bachelor, Master und die Akkreditierung - Konsequenzen für die Studiengänge der Sozialen Arbeit, in: Berger, R. (Hrsg.): Studienführer Soziale Arbeit. Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Sozialwesen, Münster, S. 151-159.
- Klüsche, W., Sieger, M., Störmer, N. & v. Troschke, J. (2001): Die Akkreditierungsagentur für Studiengänge im Bereich Heilpädagogik, Pflege, Gesundheit und Soziale Arbeit (AHPGS), in: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung 24, Heft 3, S. 74-76.
- Kultusministerkonferenz/Hochschulrektorenkonferenz (Hrsg.) (1999): Neue Studiengänge und Akkreditierung. Beschlüsse und Empfehlungen von Kultusministerkonferenz und Hochschulrektorenkonferenz, Bonn.
- Kurtz, T. (1997): Professionalisierung im Kontext sozialer Systeme: Der Beruf des deutschen Gewerbelehrers, Opladen.
- Kutschenreuter, U., Käuser, G. & Elzer, M. (2002): Anspruch und Wirklichkeit. Erfahrungen mit einem Akkreditierungsverfahren, in: Pflege und Gesellschaft 7, Heft 2, S. 60-64.
- Larson, M. S. (1977): The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis, Berkeley, Los Angeles, London.
- List, J. (2000): Bachelor und Master - Sackgasse oder Königsweg? (Hrsg.: Institut der deutschen Wirtschaft Köln), Köln.
- Macdonald, K. M. (1995): The Sociology of the Professions, London, Thousand Oaks, New Dehli.
- Mayntz, R. & Rosewitz, B. (1988): Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheits-systems, in: Mayntz, R./Rosewitz, B./Schimank,

- U./Stichweh, R.: Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme, Frankfurt/New York, S. 117-179.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2001): Fachberufe des Gesundheitswesens. Informationen zur beruflichen Aus- und Weiterbildung in Nordrhein-Westfalen, 2. überarb. Aufl. (Stand: 1. Oktober 2001), Düsseldorf.
- Nefiodow, L. A. (1996): Der sechste Kondratieff. Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information, Sankt Augustin.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band 2: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege (Bundestagsdrucksache 14/5661; 21.03.2001).
- Schaeffer, D. (1999): Entwicklungsstand und -herausforderungen der bundesdeutschen Pflegewissenschaft, in: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe 12, Nr. 3, S. 141-152.
- Schaich-Walch, G. (2002): Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin Gudrun Schaich-Walch vom 20. März 2002, in: Deutscher Bundestag. 14. Wahlperiode. Schriftliche Fragen mit den in der Zeit vom 18. bis 28. März eingegangenen Antworten der Bundesregierung (Drucksache 14/8714).
- Sieger, M. (2002): Die Akkreditierungsagentur für Studiengänge im Bereich Heilpädagogik, Pflege, Gesundheit und Soziale Arbeit - AHPGS - Bedeutung und Zielsetzung im Kontext der jüngsten Entwicklungen im Hochschulsystem, in: Pflege und Gesellschaft 7, Heft 2, S. 49-53.
- Stehr, N. (1994): Arbeit, Eigentum und Wissen. Zur Theorie von Wissensgesellschaften, Frankfurt.
- Wanner, B. (1987): Lehrer zweiter Klasse? Historische Begründung und Perspektiven der Qualifizierung von Krankenpflegelehrkräften, Frankfurt.
- Willke, G. (1998): Die Zukunft unserer Arbeit, Hannover.
- Winter, E. (2003): Neustrukturierung von gestuften Studiengängen - Paradigmenwechsel statt Umetikettierung (<http://evanet.his.de/evanet/redirect/link1.html>). (Zugriff im Mai 2003)
- Wissenschaftsrat (1973): Dreijährige Studiengänge im Gesundheitswesen. Vorschläge für Modellversuche, Köln.
- Wissenschaftsrat (2000): Empfehlungen zur Einführung neuer Studienstrukturen und -abschlüsse (Bakkalaureus/Bachelor - Magister/Master) in Deutschland (Drs. 4418/00, 21. Januar 2000), Berlin.
- Wissenschaftsrat (2002): Empfehlungen zur Entwicklung der Fachhochschulen (Drs. 5102/02; Berlin, 18. Januar 2002), Berlin.

Präsentationen und Hinweise zu den Studiengängen an den Fachhochschulen

Der Einladung zu dem Workshop folgten die Fachhochschulen, die derzeit Hochschulangebote in den Studiengängen der Gesundheitsberufe haben.

Im Weiteren stellen sich die Fachhochschulen mit ihren Studiengangskonzepten vor und schildern den Stand der Entwicklung im Oktober 2002 bzw. teilweise ergänzt um den Stand von 2003. Bei den Hochschulen, die auf eine ausführliche Darstellung verzichtet haben, wird auf die Internetadresse oder auf Artikel in den Fachzeitschriften verwiesen.

Für alle Hochschulen gilt es, die möglicherweise veränderten Abläufe und Strukturen jeweils aktuell zu erfragen.

Eine Übersicht über die Studienangebote findet sich in dem Artikel von Herrn Kälble in diesem Reader.

Fachhochschule Bielefeld

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Annette Nauerth

Der Fachbereich Pflege und Gesundheit der Fachhochschule Bielefeld existiert seit 1996 und bietet zur Zeit zwei Studiengänge an, den Studiengang Pflegepädagogik und den Studiengang Lehrer/Lehrerin für Gesundheitsberufe. Der Studiengang Pflegepädagogik bildet seit 1996 Lehrkräfte für die Pflege aus, der Studiengang Lehrer/Lehrerin für Gesundheitsberufe wurde 2000 eingerichtet und zunächst mit einer diagnostischen und einer therapeutischen Studienrichtung konzipiert. Aufgrund der geringen Nachfrage wurde die diagnostische Studienrichtung inzwischen eingestellt.

Für diese Veranstaltung interessiert zunächst vor allem der **Studiengang Lehrer/Lehrerin für Gesundheitsberufe**. Das besondere einer Lehrerausbildung besteht darin, dass eine doppelte Qualifikation angestrebt ist, eine pädagogische Qualifikation, die auch die Weiterbildungen oft angeboten haben und daneben eine fachwissenschaftliche Qualifikation in einem sog. ersten und zweiten Fach. Diese Struktur der Lehrerausbildung wurde für den Studiengang übernommen.

Somit wird in den folgenden drei Bereichen studiert: Erziehungswissenschaften, Gesundheit (Hauptfach), Psychologisch-sozialwissenschaftliche Grundlagen (Nebenfach, hier Vertiefungsbereich).

Dabei entsprechen die Stunden in den Erziehungswissenschaften von Inhalt und Umfang der universitären Lehrerausbildung im beruflichen Bereich, im Hauptfach erfolgt das Studium ebenfalls in dem Umfang, der auch an Universitäten im Hauptfach vorgesehen ist, während im Vertiefungsbereich der Stundenumfang niedriger angesetzt ist aufgrund der kürzeren Studiendauer. In das Studium integriert sind drei Praxisphasen: ein Orientierungspraktikum (4 Wochen), ein Praxissemester (20 Wochen) und ein Fort- und Weiterbildungspraktikum (4 Wochen).

Studiengang Lehrer/Lehrerin für Gesundheitsberufe

Ausbildung zur Lehrkraft für therapeutische Berufe v.a.

- Physiotherapie
- Ergotherapie

(die diagnostische Studienrichtung wurde inzwischen eingestellt)

Lehrerausbildung

1. Pädagogische Qualifikation

2. Fachwissenschaftliche Qualifikation

- erstes Fach (Hauptfach)
- zweites Fach (Nebenfach)

Lehrer/Lehrerin für Gesundheitsberufe

- Erziehungswissenschaften
- Gesundheit (Hauptfach)
- psychologisch-sozial-wissenschaftliche Grundlagen (Vertiefungsbereiche)

Hauptfach Gesundheit

- Praxis im Berufsfeld Gesundheit
- Methodische Grundlagen
- Naturwissenschaftliche Grundlagen
- Gesundheitsversorgung
- Forschung im Bereich Therapie
- berufsbezogene Vertiefung
- Fachdidaktik

Ab dem Wintersemester 2003/2004 wird ein neuer Studiengang angeboten: **Bachelorstudiengang Pflege und Gesundheit**. Für diesen sind drei Studienrichtungen geplant: Ergotherapie, Physiotherapie und Pflege. Der Studiengang setzt eine abgeschlossene Ausbildung in einem Gesundheitsberuf voraus und soll für eine Übernahme von Leitungsaufgaben auf der unteren und mittleren Leitungsebene qualifizieren sowie zur Übernahme von Aufgaben im Bereich Qualitätssicherung. Folglich wird im Studiengang zum einen eine Erweiterung der Fachexpertise im Ausgangsberuf angestrebt und zum anderen die Entwicklung von neuen Kompetenzen im Bereich Führung und Leitung. Die fachliche Ausrichtung ist wählbar zwischen Pflege, Physiotherapie und Ergotherapie, gemeinsame Studienanteile werden im Bereich Gesundheitswissenschaften, Leitung und Management und angewandte Sozialwissenschaften geplant.

Das Studienangebot wird in modularisierter Form und mit ECTS-System angeboten. Die Module werden qualifikationsorientiert ausgerichtet. Die Handlungsorientierung soll durch zwei Praxisphasen (Orientierungspraktikum und Projektsemester) erreicht werden. Die ersten drei Semester sind als Basisstudium geplant und umfassen jeweils ca. 4 Module, die Semester 4-6 wurden als Vertiefungsstudium geplant. Als Abschluss wird der Bachelor of Science vergeben. Die Akkreditierung ist im August 2003 erfolgt.

Qualifikationen

- Erweiterung der Fachexpertise
- Übernahme von Steuerungsaufgaben im Gesundheitswesen
- Übernahme von Personal- und Budgetverantwortung

Studienstruktur

- Fachliche Ausrichtung wählbar zwischen Pflege, Physiotherapie und Ergotherapie
- gemeinsame Studienanteile im Bereich Gesundheitswissenschaft, Leitung und Management, angewandte Sozialwissenschaft

Leitideen

- Modularisierung
- Qualifikationsorientierung
- Handlungsorientierung
- Situationsorientierung

Praxisphasen

- Orientierungspraktikum (4 Wochen)
- Praxissemester/Projektsemester

Studienaufbau

Basisstudium (Semester 1-3)	Vertiefungsstudium (Semester 4-6)
ca. 3-4 Module/Semester	ca. 3-4 Module/Semester
Work-Load 30 ECTS/Semester	Work-Load 30 ECTS/Semester

Abschluss: Bachelor of Science

- Pflege/Nursing
- Physiotherapie/Physiotherapy
- Ergotherapie/Occupational Therapy

Fachhochschule Fulda und Philipps-Universität Marburg

Studiengang Physiotherapie

Claudia Sciborski, Matthias Elzer

Die Chronologie

1997 trat der Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg an den Fachbereich Pflege & Gesundheit der Fachhochschule Fulda mit der Idee heran, einen gemeinsamen Studiengang Physiotherapie zu entwickeln. Die Universität suchte sich den gesundheitswissenschaftlichen Fachbereich der FH Fulda als Partner, da dieser bei der Akademisierung der Pflege mit einem praxisnahen Konzept Erfahrungen hat und ein Fächerspektrum anbieten kann, das an der Universität so einfach nicht zusammenzustellen wäre. Außerdem sollte der Zugang zum Bachelor-Studium auf Fachhochschulreife ermöglicht werden, da ein Teil der Physiotherapeuten/innen nicht über die allgemeine Hochschulreife verfügt.

Die gemeinsame Arbeitsgruppe entwickelte ein Konzept für einen gestuften Studiengang für berufserfahrene Physiotherapeuten/innen nach den in der EU geltenden Vereinbarungen: 6-semesteriges Bachelor-Studium, 3-semesteriges Master-Studium, Modularisierung, Creditpoint-System.

Den Praxiserfahrungen in der physiotherapeutischen Patientenbehandlung wurde eine große Bedeutung beigemessen für die Motivation und Interesse an einem wissenschaftlichen Studium auf aktuellem medizinischen und physiotherapeutischen Niveau.

Ein ausbildungsintegriertes Studienkonzept, bei dem 3 Jahre Ausbildung an einer Physiotherapiefachschule mit ein bis zwei Jahren Studium an einer FH zu einem Bachelor-Abschluss führen, wurde abgelehnt, da zu einem Erststudium in Europa mindestens sechs theoretische Semester an einer Hochschule gehören.

Tabelle 1: Das Konzept

Universität	Postgraduierten Studium: Promotion
Universität + FH	Master-Studium: Master of Science in Physiotherapy
FH + Universität	Bachelor-Studium: Bachelor of Science In Physiotherapy
Kliniken, Praxen, Weiterbildungsstätten	Berufserfahrung und Weiterbildung: Therapeutische Spezialisierung
Berufsfachschulen	Ausbildung: Berufsbezeichnung Physiotherapeut/in

Es wurde eine Prüfungs- und Studienordnung entwickelt, die 2001 vom Hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kunst genehmigt wurde (Staatsanzeiger für das Land Hessen 50/2001 S. 4433-4458).

Die Ordnungen sehen die Bildung von gemeinsamen Gremien beider Hochschulen vor (Prüfungsausschüsse, Kommissionen).

Die Finanzierung des Studiengangs in Fulda wurde für drei Jahre durch das Hochschul-Wissenschafts-Programm (HWP) sichergestellt; Marburg finanzierte seinen Studienanteil mit einem HWP-Zuschuss und als Fachbereichsmitteln. Nach Ablauf der HWP-Mittel sollte der Studiengang durch die leistungsbezogenen Mittelzuweisung an Hochschulen finanziert werden.

Der Start des Studiengangs war für das Sommersemester 2001 geplant. Aufgrund einer geänderten Erlasslage in Hessen, dass Bachelor/Master-Studiengänge erst nach erfolgreicher Akkreditierung beginnen dürften, verzögerte sich der Start um sechs Monate auf das Wintersemester 2001/02.

Das Akkreditierungsverfahren wurde 2001 bei der ZEvA in Hannover eingeleitet und im Juni 2002 erfolgreich abgeschlossen (Internet: <http://akkreditierungsrat.de/>).

Im August 2002 wurde ein hochschulübergreifender Prüfungsausschuss für „besonders befähigte Berufstätige“ („bbB“-Prüfung) in der Physiotherapie gebildet, der das Prüfungsverfahren für einen fachgebundenen Hochschulzugang für einschlägig Berufstätige an hessischen Hochschulen, die weder über die allgemeine noch die Fachhochschulreife verfügen, durchführt.

Bei der Planung des gemeinsamen Studiengangs Physiotherapie zwischen einer Fachhochschule und einem renommierten medizinischen Fachbereich einer Universität gab es zahlreiche Missverständnisse, Widerstände und rechtliche Klippen zu überwinden. Zielführend war schließlich die Idee eines überzeugenden Studiengangskonzeptes, auch in der Physiotherapie den Prozess der Akademisierung auf möglichst hohem Niveau voranzubringen. Dabei wurde diese Idee sehr wohlwollend von den zuständigen Planern des zuständigen Wissenschaftsministeriums unterstützt.

Tabelle 2: Chronologie

1997	Idee und Arbeitsgruppe
Bis 2000	Planungsphase Antrag auf Finanzierung durch das HWP
2001	Genehmigung von Prüfungs- und Studienordnung durch das Wissenschaftsministerium Einleitung des Akkreditierungsverfahrens
WS 2001/02	Verschobener Beginn des Studiengangs
SS 2002	Regulärer Studienbeginn (2. Kohorte) Abschluss des Akkreditierungsverfahrens Einrichtung eines „bbB“-Prüfungsausschusses

SS 2003	Studienbeginn (3. Kohorte)
SS 2004	Studienbeginn (4. Kohorte) Bachelor-Abschluss der 1. Kohorte
WS 2004/05	Studienbeginn Master (1. Kohorte)
SS 2005	Studienbeginn (5. Kohorte) Studienbeginn Master (2. Kohorte)

Studienkapazität

Für den Bachelorstudiengang werden pro Jahr ca. 30 Studienplätze vergeben, für den Masterstudiengang wird die Anzahl der Studienplätze noch festgelegt.

Ziel des Studiums

Der Studiengang richtet sich an berufserfahrene Physiotherapeuten mit einer abgeschlossenen Ausbildung nach dem Physiotherapeutengesetz, um diese für Führungs-, Leitungs- und Lehraufgaben in der Physiotherapie sowie für Aufgaben in der physiotherapeutischen Forschung zu qualifizieren. Das Studium soll ihnen die Handlungskompetenz für eine wissenschaftlich reflektierte Physiotherapie vermitteln und sie dazu befähigen, die gewonnenen Erkenntnisse differenziert einzusetzen. Besonderer Wert wird bei der Vermittlung der theoretischen und praktischen Lehrinhalte auf die Zusammenhänge zwischen den Fächern gelegt. Während des Bachelor-Studiums soll der Studierende fächerübergreifend folgende Kenntnisse und Fähigkeiten erwerben:

1. Theoretische Kenntnisse in den biomedizinischen Fächern, die die in der Physiotherapie angewendeten Diagnose- und Behandlungsverfahren erklären und zu deren Weiterentwicklung notwendig sind.
2. Sozialwissenschaftliche Kenntnisse, die den Stellenwert der physiotherapeutischen Behandlung im Rahmen des Gesundheitssystems betreffen.

Im Master-Studiengang soll der Studierende die Fähigkeiten zur Erkennung, Strukturierung und multidisziplinären Lösung wissenschaftlicher Probleme sowie der schriftlichen Darstellung von Fragestellungen und Ergebnissen einschließlich deren Bewertung erwerben. Es sollen vor allem Methoden vermittelt werden, die die Studierenden befähigen, Verfahren der Physiotherapie kritisch zu bewerten und wissenschaftlich zu bearbeiten. Hierzu dient auch eine Einarbeitung in Forschungsverfahren.

Mit diesem gestuften Studiengang soll der Prozess der Akademisierung der Physiotherapie in Deutschland vorangetrieben und der Anschluss an internationale Standards hergestellt werden.

Dauer und Umfang des Studiums

Das Studium kann nach einer Studienzeit von sechs Semestern (Regelstudienzeit) mit dem Bachelor-Grad als erstem berufsqualifizierenden Abschluss und nach

weiteren drei Semestern (Regelstudienzeit) mit dem Master-Abschluss als weiterem berufsqualifizierenden Abschluss abgeschlossen werden

Das Studium zur Erlangung des Bachelor-Grades umfasst ein Lehrangebot im Umfang von 153 Semesterwochenstunden (1 SWS entspricht 14 Stunden à 45 Minuten), die Ablegung von studienbegleitenden Prüfungen und die Anfertigung einer Abschlussarbeit.

Das Studium zur Erlangung des Master-Grades umfasst ein Lehrangebot im Umfang von 51 SWS, davon 42,5 SWS im Pflichtbereich und 8,5 SWS im Wahlpflichtbereich, die Ablegung von studienbegleitenden Prüfungen und die Anfertigung einer Abschlussarbeit (Thesis).

Das Studium kann in der Regel berufsbegleitend absolviert werden.

Gliederung des Studiums

Pro Halbjahr (Semester) werden die Lehrveranstaltungen in Unterrichtsblöcken zu 3 x 3 Wochen an den beiden Hochschulorten durchgeführt: 2 x 3 Wochen in Marburg und 1 x 3 Wochen in Fulda. Während des Bachelor-Studiums sind die Studierenden an der Fachhochschule Fulda und während des Master-Studiums an der Philipps-Universität Marburg eingeschrieben.

Ein Block erstreckt sich von Montagmittag bis Freitagnachmittag über drei aufeinanderfolgende Wochen. Insgesamt ist somit eine Präsenz von 18 Wochen jährlich an den Hochschulen erforderlich, dies ermöglicht eine Berufstätigkeit in Teilzeit neben dem Studium. Die Termine der Unterrichtsblöcke werden in der Mitte des vorhergehenden Semesters bekannt gegeben.

Das Studium der Physiotherapie mit dem Bachelor-Abschluss wird in der Regel nach der Vorlesungszeit des sechsten Semesters mit der Anfertigung der Bachelor-Abschlussarbeit (drei Monate) abgeschlossen. Vorher sind siebzehn studienbegleitende Prüfungen zu absolvieren und ein Projektbericht zu verfassen.

Das Studium mit dem Master-Abschluss setzt den erfolgreichen Abschluss des Studiums der Physiotherapie mit einem Bachelor-Abschluss voraus. Es wird in der Regel nach drei Semestern mit der Anfertigung der Master-Abschlussarbeit (sechs Monate) abgeschlossen. Vorher sind sechs studienbegleitende Prüfungen zu absolvieren.

Inhalt des Studiums

Die Inhalte des Bachelor-Studiums des Studienanteils in Marburg sind modularisiert unter drei klinischen Aspekten: Bewegungsapparat, Nervensystem, innere Organe. Die sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Studienanteile der FH Fulda sind in semesterübergreifenden Unterrichtseinheiten organisiert. Hierfür sind organisatorische und fachinhaltliche Gründe ausschlaggebend.

Tabelle 3: Inhalte des Bachelor-Studiums

1. Semester	2. Semester
Bewegungsapparat	
Funktionelle Bewegungsstörung	Fehlhaltung
Akuter Schmerz	Degenerative Erkrankungen
Gesundheits- und sozialwissenschaftliche Inhalte	Gesundheits- und sozialwissenschaftliche Inhalte
3. Semester	4. Semester
Nervensystem	
Chronischer Schmerz und Altern	Zentrale Bewegungsstörungen
Koma	Querschnittslähmung
Gesundheits- und sozialwissenschaftliche Inhalte	Gesundheits- und sozialwissenschaftliche Inhalte
5. Semester	6. Semester
Innere Organe	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Endokrine Erkrankungen
Lymphologie, Immunologie, Onkologie	Inkontinenz
Gesundheits- und sozialwissenschaftliche Inhalte	Gesundheits- und sozialwissenschaftliche Inhalte

Tabelle 4: Die Inhalte des Master-Studiums

1. Semester	2. Semester
Evaluation I	Klinische Forschung I
Evaluation II	Klinische Forschung II
Qualitätsmanagement	Wahlpflichtfach
3. Semester	
Master-Abschlussarbeit (Thesis)	

Voraussetzungen zum Studium

Zum Bachelor-Studium kann zugelassen werden, wer

1. die Bedingungen zur Zulassung zu einem grundständigen Studiengang nach § 63 des Hessischen Hochschulgesetzes in der Fassung vom 31. Juli 2000 erfüllt (mindestens Fachhochschulreife) und
2. eine abgeschlossene Physiotherapieausbildung nach dem Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeuten-Gesetz – MPhG) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084) oder eine Ausbildung zum Krankengymnasten gemäß MPhG vom 01.01.1959 nachweist sowie

3. eine berufspraktische Tätigkeit in der Physiotherapie von mindestens **zwei** Jahren (Vollzeit bei 38,5 Wochenarbeitsstunden, bei Teilzeitstelle erhöht sich die Zeit der Berufstätigkeit entsprechend) und mindestens **eine** abgeschlossene einschlägige Weiterbildung, die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf der Grundlage des § 124 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V, Artikel 1 des Gesundheitsreformgesetzes vom 20.12. 1988, BGBl. I S. 2477) anerkannt ist, vorweist: Z. B.: Manuelle Lymphdrainage, Manuelle Therapie, Krankengymnastik nach Bobath (Kinder oder Erwachsene), Krankengymnastik nach Vojta (Kinder oder Erwachsene), Krankengymnastik nach PNF etc.
Auskünfte über einschlägige Weiterbildungen können Sie bei den Berufsverbänden bzw. beim IKK-Bundesverband erhalten www.ikk.de

Berufserfahrene Physiotherapeuten/innen ohne Fachhochschulreife können über eine Prüfung für besonders befähigte Berufstätige („bbB-Prüfung“) die fachgebundene Fachhochschulreife erwerben, die wiederum Voraussetzung zur Bewerbung zum Bachelor-Studium ist. Die Bewerbungsfrist ist jeweils der 15. August.

Zum **Master-Studium** kann zugelassen werden, wer mit Erfolg den Bachelor-Studiengang in Physiotherapie der FH Fulda/Uni Marburg absolviert oder einen äquivalenten Studienabschluss in Physiotherapie erworben hat.

Bei Fragen zur Anrechnung von Studien-, Prüfungsleistungen, Studienzeiten und Studienabschlüssen (Bachelor als Voraussetzung für das Master-Studium) an deutschen und ausländischen Hochschulen verweisen wir auf den § 7 der Prüfungsordnung.

Akademische Grade

Der Fachbereich Pflege und Gesundheit der Fachhochschule Fulda verleiht nach bestandener Bachelorprüfung den akademischen Grad "Bachelor of Science in Physiotherapy" (abgekürzt "BSc. Phys."). Der Fachbereich Medizin der Philipps-Universität verleiht nach bestandener Masterprüfung den akademischen Grad "Master of Science in Physiotherapy" (abgekürzt "MSc. Phys.).

Kosten des Studiums

Es werden in Marburg und Fulda keine Studiengebühren erhoben; der Pflichtbeitrag beträgt im Bachelor-Studium an der FH Fulda z.Zt. (2003) 53,45 Euro pro Semester.

Vorteile des Physiotherapie-Studiums in Fulda und Marburg

- Akademische Qualifikation in Physiotherapie auf internationalem Niveau
- Master of Science in Physiotherapy auf Universitätsniveau als Voraussetzung für Graduierung (Promotion)
- Hohes wissenschaftliches Niveau
- Studienbegleitende Prüfungen
- Berufsbegleitendes, berufsintegriertes Studium, Teilzeitbeschäftigung möglich
- Kleine Semestergruppen, persönliche Beratung und Betreuung
- Keine Studiengebühren

Einschreibung und Studienbeginn

Das Bachelor-Studium beginnt jeweils im Sommersemester; die Anmeldefrist endet am 15. Januar. Informationen zur Einschreibung an der FH Fulda sowie Bewerbungsunterlagen sind erhältlich bei: Fachhochschule Fulda, Studentensekretariat, Marquardstr. 35, 36039 Fulda, Tel. 0661-9640-145/163, Fax 0661-9640-199, email: studenten.sekretariat@verw.fh-fulda.de

Für den Master-Studiengang erfolgt die Einschreibung an der Philipps-Universität Marburg Studentensekretariat, Biegenstrasse 10 - erstmals im Jahre 2004/5. Es wird empfohlen, sich frühzeitig mit dem Dekanat des Fachbereichs Medizin der Universität Marburg wegen der Prüfung der Äquivalenz deutscher und internationaler Bachelor-Abschlüsse in Verbindung zu setzen.

Weitere Informationen, Studienberatung

Die Hochschulen sind bei der Unterbringung während der dreiwöchigen Blöcke behilflich. Für weitere Fragen zum Bachelor-Studium bzw. die FH Fulda betreffend stehen Ihnen zur Verfügung:

Frau Claudia Sciborski, Dipl.Pflegewirtin (FH), Studiengangsassistentin
Tel. 0661-9640-628 (direkt), –600 (Sekretariat), Fax 0661-9640-649
email: claudia.sciborski@pg.fh-fulda.de

Prof. Dr. med. Matthias Elzer, Studiendekan und Studiengangsleiter
Tel. 0661-9640-626 (direkt), –600 (Sekretariat)
email: matthias.elzer@pg.fh-fulda.de

Fragen, die das Master-Studium, die Universität Marburg oder speziell die Physiotherapie betreffen, richten Sie bitte an:

Herrn Udo Wolf, Leitender Physiotherapeut und Studiengangsleiter
Tel. 06421-286-2802/03, Fax 06421-286-2897
email: udowolf@post.med.uni-marburg.de oder heike.viel@med.uni-marburg.de

Weitere links?

homepage der Fachhochschule Fulda www.fh-fulda.de. Hier finden Sie weitere Informationen, insbesondere die Prüfungs- und Studienordnung.

homepage der Universität Marburg, Fachbereich Medizin www.info.med.uni-marburg.de

Anhang

Im Folgenden sind die Themen der 3-wöchigen Blöcke und Unterrichtseinheiten (UE) aufgeführt.

Ein Block entspricht ca. 8,5 Semesterwochenstunden bzw. 10 Creditpoints.

Die Unterrichtseinheiten in Marburg entsprechen Modulen, in denen Grundlagenwissenschaften und klinische Anwendungen integriert sind und innerhalb eines Semesters durchgeführt werden.

Die Unterrichtseinheiten in Fulda bestehen aus Modulen, die sich semesterübergreifend aus relevanten Fächern zusammensetzen. (M = Marburg, F = Fulda).

Die Lehrveranstaltungsformen sind: Vorlesung, Seminar, Praktische Übung, Problemorientiertes Lernen.

Unterrichtseinheiten, Lehrveranstaltungen des Bachelor-Studiums

1. Semester	
Block	Thema/Fach
1	UE M 1: Funktionelle Bewegungsstörungen (Dysfunktionen)
2	UE M 2: Akuter Schmerz
3	UE F 14: Gesundheitswissenschaften: Gesundheitspolitik UE F 15: Wissenschaftliche Methoden: Wissenschaftliches Arbeiten UE F 15: Wissenschaftliche Methoden: Fachenglisch UE F 16: Psychosoziale Grundlagen: Einführung in die Soziologie UE F 16: Psychosoziale Grundlagen: Einführung in die Psychologie UE F 17: Sporttherapie: Trainings- und Bewegungslehre

2. Semester	
Block	Thema/Fach
4	UE M 3: Fehlhaltung
5	UE M 4: Degenerative Erkrankungen
6	UE F 14 Gesundheitswissenschaften: Sozialmedizin/Epidemiologie UE F 15 Wissenschaftliche Methoden: UE F 16 Psychosoziale Grundlagen: Pädagogik I UE F 16 Psychosoziale Grundlagen: Kommunikationswissenschaften UE F 17 Sporttherapie: Sportmotorik

3. Semester	
Block	Thema/Fach
7	UE M 5: Chronischer Schmerz und Altern

8	UE M 6: Koma
9	UE F 13: Management: Recht/Ethik UE F 15: Wissenschaftl. Methoden: Sozialforschung UE F 16: Psychosozialen Grundlagen: Pädagogik II UE F 16: Psychosozialen Grundlagen: Interkulturelle Kommunikation UE F 17: Sporttherapie: Psychomotorik

4. Semester	
Block	Thema/Fach
10	UE M 7: Zentrale Bewegungsstörung
11	UE M 8: Querschnittlähmung
12	UE F 13: Management: Betriebswirtschaftlehre UE F 15: Wissenschaftl. Methoden: Datenanalyse UE F 17: Sporttherapie: Angewandte Sporttherapie UE F 18: Projekt I. Teil

5. Semester	
Block	Thema/Fach
13	UE M 9: Herz-Kreislauf-Erkrankungen
14	UE M 10: Lymphologie, Immunologie, Onkologie
15	UE F 13: Management: Qualitätssicherung UE F 14: Gesundheitswissenschaften: Public Health/Gesund.Wiss. I UE F 16: Psychosoziale Grundlagen: Entwicklungspsychologie UE F 18: Projekt II. Teil

6. Semester	
Block	Thema/Fach
16	UE M: Endokrine Erkrankungen
17	UE M 12: Inkontinenz
18	UE F 13: Management: Personal- und Organisationsentwicklung UE F 14: Gesundheitswissenschaften: Public Health/Gesund.-Wiss II UE F 16: Psychosoziale Grundlagen: Psychosomatik, Psychiatrie

Unterrichtseinheiten, Lehrveranstaltungen des Master-Studiums

1. Semester	
Block	Thema/Fach
19	UE M 1: Evaluation I
20	UE M 2: Evaluation II
21	UE F 3: Qualitätsmanagement

2. Semester	
Block	Thema/Fach
22	UE M 4: Forschung I: Klinik
23	UE M oder F 5: Forschung II (Klinik o. Sozialmedizin)
24	UE M oder F 6: Wahlpflichtfach
3. Semester	
Abschlussarbeit (Thesis)	

Fachhochschule Kiel

Studiengang Physiotherapie

Der Studiengang Physiotherapie im Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit der Fachhochschule Kiel ist ein dualer Studiengang. Das bedeutet, dass die Studentinnen und Studenten auch gleichzeitig Auszubildende einer Berufsfachschule für Physiotherapie sind. Das Studium beginnt jeweils zum Wintersemester eines Jahres - parallel zum Start der beruflichen Ausbildung. Es umfasst acht Semester und schließt die gesetzlich geregelte dreijährige Ausbildung mit ein. In Kooperation mit der Johann Hermann Lubinus Schule für Physiotherapie am Lubinus Clinicum in Kiel wurde der Studiengang mit 20 Studierenden im November 2001 eröffnet. Das Studium endet mit dem Abschluss „Bachelor of Arts in Physiotherapy“. Der Studiengang wird im Wintersemester 2004/05 seine Auslastung von vorerst insgesamt 80 Studienplätzen (4 x 20) erreicht haben. In diesem ersten Schritt der Akademisierung der Physiotherapie in Schleswig-Holstein ist der Bachelorstudiengang bis 2008 akkreditiert und zurzeit ausschließlich für Auszubildende der Kieler Physiotherapieschule zugänglich.

Zulassungsvoraussetzungen

Ein Ausbildungsvertrag mit der Physiotherapieschule/dem Lubinus Clinicum ist zwingend für die Bewerbung um einen Studienplatz. Ein weiteres Zulassungskriterium ist in der Regel die (Fach)-Hochschulreife.

Weitere Informationen zu den Zulassungsbedingungen erhalten Sie bei Frau Hill (Tel. 0431 – 210 1338 oder helga.hill@fh-kiel.de).

Der Studiengang ist zulassungsbeschränkt.

Studienaufbau

Die Studierenden sind in den Semestern 1-6 gleichzeitig Auszubildende der Johann Hermann Lubinus Schule für Physiotherapie am Lubinus Clinicum in Kiel. An der Physiotherapieschule erwerben sie in einem großen Umfang (medizinisches) Grundlagenwissen und lernen physiotherapeutische Behandlungstechniken kennen und anzuwenden. Außerdem machen sie in den Semestern 3-6 erste konkrete Praxiserfahrungen mit Patientinnen und Patienten. Die Veranstaltungen an der Fachhochschule finden in den ersten 6 Semestern an je einem Wochentag sowie an zwei Kompaktwochenenden pro Semester statt. Im Semester 7 und 8, d.h. nach dem Erwerb der staatlichen Anerkennung als Physiotherapeutin oder Physiotherapeut, sind die Studierenden vorwiegend an der Fachhochschule.

Studieninhalte

Das Studium besteht aus Modulen, die auf die Ausbildung verschiedener Kompetenzen der Studierenden zielen. Diese sind: erweiterte Fachkompetenz, wissenschaftliche Methodenkompetenz, Management- und administrative Kompetenz sowie Personal- bzw. Sozialkompetenz (siehe Auflistung). Auf diese Grundlagen baut ein fünftes Qualifikationsmodul auf, die **professionelle Handlungskompetenz**. Hierbei geht es um die problemorientierte und praxisnahe Analyse der erweiterten Handlungsoptionen auf der Grundlage des Erlernten, d.h. die Anwendung professioneller Handlungskompetenz in verschiedenen - auch interdisziplinären – Arbeitszusammenhängen.

1. Modul: Erweiterte Fachkompetenz

(d.h. über die Inhalte der schulischen Ausbildung hinaus)

z. B. durch Veranstaltungen zu

- Bezugswissenschaften der Physiotherapie (Pädagogik, Psychologie, Bewegungswissenschaften)
- Gesellschaftswissenschaftliche Grundlagen für PhysiotherapeutInnen
- Gesundheitswissenschaften / Public Health
- Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation
- sowie vertiefende Wahlangebote in den Semestern 7 und 8 (z. B. Sozialmedizin, Psychiatrie, Ethik usw.)

2. Modul: Wissenschaftliche Methodenkompetenz

z. B. durch Veranstaltungen zu

- Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens
- Qualitative Forschungsmethoden in der Physiotherapie
- Statistik und quantitative Forschungsmethoden in der Physiotherapie
- Qualitätsmanagement und Evidence based Physiotherapie
- Bachelorthesis (im achten Semester)
- Englisch für PhysiotherapeutInnen

3. Modul: Management- und administrative Kompetenzen

z.B. durch Veranstaltungen zu

- Sozial- und Gesundheitspolitik
- Gesundheitsökonomie und -management
- Existenzgründung
- Führen und Leiten
- Projektmanagement
- sowie vertiefende Wahlangebote in den Semestern 7 und 8 (z. B. Case-Management)

4. Modul: Personal- bzw. Sozialkompetenz

z. B. durch Veranstaltungen zu

- Zeit- und Selbstmanagement
- Kommunikation
- Umgang mit Konflikten
- sowie vertiefende Wahlangebote in den Semestern 7 und 8 (z. B. Gruppendynamik)
- sowie vertiefende Wahlangebote Fremdsprachen im Semester 7 und 8

5. Modul: Professionelle Handlungskompetenz

z. B. durch Veranstaltungen und Projekte zu

- Geschichte und Entwicklung der Physiotherapie
- Theorie der Physiotherapie
- Clinical Reasoning/ Professionelles Handeln
- Arbeit in Forschungswerkstatt und -kolloquium
- Problemorientiertes und interdisziplinäres Arbeiten
- Physiotherapie in neuen Arbeitsfeldern

Physiotherapeutische Praxis

Im letzten Studienjahr bleibt der Bezug zur praktischen physiotherapeutischen Arbeit über den Praxisanteil von insgesamt 300 Stunden gewährleistet. Im Rahmen des Fachhochschulstudiums erhalten die Studierenden Gelegenheit zur Supervision ihrer ersten Berufstätigkeit. Kollegiale Beratung und reflexive Methoden zur eigenen „Standortklärung“ werden im letzten Studienabschnitt kennen gelernt und die Arbeitsfeldorientierung der Studierenden durch ein Coaching begleitet.

Das Besondere des Kieler Modells

- ⇒ Studium vom ersten Tag an parallel zur Ausbildung
- ⇒ achtsemestrige „Sozialisation“ als StudentIn)
- ⇒ vier Jahre bis zum Bachelorabschluss
- ⇒ die konzentrierte Abstimmung der Inhalte und der Struktur im dualen Modell ist auf Grund der Kooperation mit derzeit nur *einer* Berufsfachschule möglich
- ⇒ interdisziplinäre Angebote mit SozialarbeiterInnen und -pädagogInnen im Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit
- ⇒ erster Studiengang für Gesundheitsfachberufe in Schleswig-Holstein

Ansprechpartner für weitere Informationen

Name und Adresse der Einrichtung:

Fachhochschule Kiel
Fachbereich Arbeit und Gesundheit
Studiengang Physiotherapie
Sokratesplatz 2
24149 Kiel

Ansprechpartnerinnen:

Fachhochschule:

Prof. Dr. des. rer. pol. Heidi Höppner
(Studiengangskoordinatorin und Professorin für Physiotherapie)
Tel: 0431-210 - 3066
Email: heidi.hoepfner@fh-kiel.de;

Sylvia Eckelt
(wissenschaftliche Mitarbeiterin)
Tel.: 0431 - 210 -3050
Email: sylvia.eckelt@fh-kiel.de;

Ulrike Rothkamp
(Fachbereichsgeschäftsführerin)
Tel: 0431 - 210 -3008
Email: ulrike.rothkamp@fh-kiel.de

Johann Hermann Lubinus Schule für Physiotherapie

Kirsten Kallmeier (Schulleiterin)
Steenbeker Weg 25
24106 Kiel
Tel.:0431-388- 120
Email: pt-schule@lubinus-clinicum.de

Internetseiten:

www.studienberatung.fh-kiel.de/infoblaetter/Physiotherapie.htm
www.soziale-arbeit-und-gesundheit.fh-kiel.de/physiotherapie/studium

Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven

Physiotherapie mit Studienabschluss „Bachelor of Arts“

In diesem Studienführer:

- erfahren Sie alles Wissenswerte über den Studiengang **Physiotherapie** an der Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven, Standort Emden;
- stellen wir Ihnen den **Studienbereich ‚Gesundheit‘** im Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule in Emden und das Studienangebot vor und informieren Sie über die Studienbedingungen;
- können Sie sich bezüglich der **Zugangs- und Bewerbungsvoraussetzungen** informieren;
- erhalten Sie anhand von Beispielen einen Einblick in die **Berufspraxis**, die Sie nach dem Studium erwartet;
- stellen wir Ihnen u.a. ein **Verzeichnis der Dozentinnen und Dozenten** und der wichtigsten **Ansprechpartnerinnen und -partner** innerhalb der Hochschule zur Verfügung;
- haben wir alle Informationen, die Sie zum Studieren an der Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven benötigen, zusammengestellt.

Dieser Studienführer ist ein Gemeinschaftsprodukt des Fachbereichs **Sozialwesen**, Studienschwerpunkt Gesundheit und der **Zentralen Studienberatung** der Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven. Die Zentrale Studienberatung steht auch für weitere Fragen zur Verfügung; Sie erhalten dort neben der Möglichkeit einer intensiven Beratung weitere aktuelle Hinweise und Informationen; außerdem können Sie dort Termine vereinbaren, wenn Sie die Fachhochschule in Emden besuchen möchten, unabhängig davon, ob Sie als Einzelperson oder mit einer Gruppe oder Schulklasse kommen möchten.

Bitte wenden Sie sich an die **Zentrale Studienberatung**

Adresse:

Zentrale Studienberatung
Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven
Constantiaplatz 4, 26723 Emden, Raum: T 102

Studienberaterinnen: Ute Janßen, Assn.d.LA und Andrea Meinen, Assn.d.LA

Mitarbeiterinnen: Angelika Ailts-Jacobs, Monika Schultze

Email: ute.janssen@fho-emen.de oder andrea.meinen@fho-emen.de
Tel.: 04921/807 - 1377/1371/1373/1374
Fax.: 04921/807 - 1397

Sprechstunden: Mo. u. Mi. 14:00 Uhr -16:00 Uhr
Di. u. Do. 10:00 Uhr -12:00 Uhr
sowie nach Vereinbarung

Wenn Sie darüber hinaus noch fachliche Fragen haben, wenden Sie sich an den Fachbereich:

Dipl. – Troph Ursel Wosing-Narr
Studiengangskoordination
Tel.: 04921/807-1143
Fax: 04921/807-1251
E-Mail: pheinden@fho-emen.de
Raum: G 020

Prof. Dr. Ruth Haas
Fachbereich Sozialwesen
Studiengangleitung Physiotherapie
Tel.: 04921/807-1253
Fax: 04921/807-1251
E-Mail: haas@fho-emen.de
Raum: G 217

Prof. Dr. K. Luckey
Dekanin des Fachbereich Sozialwesen
Tel.: 04921/807 - 1238
Fax. 04921/807 - 1251
E-Mail: luckey@perseus.fho-emen.de

1. Das Wichtigste im Überblick

Zugangsvoraussetzungen

Studienbewerber/innen müssen zusätzlich zur Hochschulzugangsberechtigung eine abgeschlossene Ausbildung zur/zum staatlich anerkannten Physiotherapeutin/ Physiotherapeuten nachweisen. Das Ergebnis der Einstufungsprüfung entscheidet über die endgültige Aufnahme (für Detailinformationen siehe Zulassungsordnung)

Studiendauer und Studienorganisation

Das Studium umfasst insgesamt sechs Semester, die in zwei Studienabschnitte aufgeteilt sind.

1. Studienabschnitt

Die dreijährige Ausbildung zur staatlich anerkannten Physiotherapeutin / zum staatlich anerkannten Physiotherapeuten erfolgt weiterhin in den entsprechenden Ausbildungsstätten. Sie wird im Falle der Zulassung zum 2. Studienabschnitt mit drei Semestern auf das Studium angerechnet.

2. Studienabschnitt

Das Studium an der Fachhochschule umfasst die Semester vier bis sechs. Für den erfolgreichen Abschluss des Studiums muss der Besuch von Seminaren in den Pflicht- und Wahlpflichtfächern sowie die Teilnahme am Praxisprojekt nachgewiesen werden. Der Gesamtumfang liegt bei 76 Semesterwochenstunden. Nach Absprache kann das Studium berufsbegleitend studiert werden.

Studienplätze

Es stehen 20 Studienplätze zur Verfügung. Falls mehr Bewerber/innen geeignet als Studienplätze vorhanden sind, erfolgt die Vergabe nach der erreichten Punktzahl gemäß §2 der Zulassungsordnung.

Beginn

Studienbeginn ist jeweils zum Wintersemester.

Bewerbungsfrist

Bewerbungsschluss ist der 15.7. jeden Jahres für das kommende Wintersemester.

Abschluss

Der Studienabschluss Bachelor of Arts ist ein international anerkannter akademischer Abschluss.

Kooperationen

Die Hochschule unterhält zahlreiche Kooperationsbeziehungen zu Physiotherapieschulen in der Region. Auf Anfrage können die Kooperationspartner genannt werden.

2. Allgemeine Informationen

Ein Studium in Physiotherapie – wozu?

Die Möglichkeit, den akademischen Grad eines „Bachelor of Arts“ in Physiotherapie durch ein Fachhochschulstudium zu erwerben, stellt für die Bundesrepublik Deutschland ein Novum dar. Nicht so für viele andere europäische Länder, in denen die Ausbildung der Angehörigen unterschiedlicher Gesundheitsberufe schon lange in Form von Bachelor- und Masterstudiengängen erfolgt. Die in Deutschland ausgebildeten Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten erhalten mit dem Bachelor erstmals auch eine international anerkannte Berufsabschlussqualifizierung.

Hinzu kommt, dass im Gesundheitswesen seit einiger Zeit deutlich spürbare Umstrukturierungsprozesse stattfinden. Auf der Grundlage der sich abzeichnenden demographischen Veränderungen werden präventive und rehabilitative Maßnahmen und Angebote einen immer größeren Stellenwert erhalten. Zusammen mit einer sich verstärkenden marktwirtschaftlichen Orientierung bedeutet dies für die Angehörigen der Gesundheitsberufe, dass die Anforderungen an ihr berufliches Handeln, aber auch die Eigenverantwortlichkeit deutlich zunehmen werden.

Die Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven ist bestrebt, das Studienangebot auf die aktuellen Erfordernisse des Arbeitsmarktes auszurichten. Mit dem Studiengang Physiotherapie wird dem steigenden Bedarf an qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im therapeutischen Bereich Rechnung getragen.

Die Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven, Standort Emden

Die Fachhochschule in Emden ist überschaubar. Lange Wege gibt es hier nicht, weil sich alle Hörsäle, die Bibliothek, die Cafeteria und alles, was sonst noch zum Studieren benötigt wird, in unmittelbarer Nähe befinden. Bei ca. 3000 Studierenden insgesamt sind am Standort Emden schnell Kontakte geknüpft. Auf einen regen Austausch mit den Studentinnen und Studenten wird hier großer Wert gelegt; das Lehren und Lernen erfolgt größtenteils in kleinen Gruppen. Alle Lehrenden verfügen über reichhaltige Praxiserfahrungen, so dass die Verknüpfung theoretischer Inhalte mit praktischen Anwendungen im Studium gewährleistet ist.

Studieren in Emden

Emden liegt nur auf der Landkarte "am Rande der Welt", die Stadt ist vielmehr, wie alle Küstenstädte, ein "Tor zur Welt". Sie werden hier schnell den Reiz einer Hafenstadt spüren, den Flair der Stadt am Wasser, in der auch das kulturelle Leben nicht zu kurz kommt.

Die Gebäude der Fachhochschule liegen in freier Natur am Stadtrand von Emden. Sie können bequem zu Fuß von der Innenstadt aus erreicht werden, der Bahnhof liegt in unmittelbarer Nähe. Die Wohnsituation ist im Vergleich zu anderen Standorten relativ günstig. Die Mieten liegen weit unter dem Bundesdurchschnitt. Einige beliebte ostfriesische Küstenbadeorte liegen in der Nähe der Fachhochschule, die als eine der schönsten Hochschulen Deutschlands gilt. Zudem bietet der Hochschulsport zahlreiche Möglichkeiten: Tennis, Rudern, Badminton, Basketball, Karate, Tanzsportarten, Segeln, Schwimmen, Reiten, Gleitfliegen und viele andere Sportarten werden angeboten.

3. Der Studienbereich Gesundheit Ein Überblick

Mit dem **Studienbereich 'Gesundheit'** wird der Forderung nach einer Stärkung der Bereiche Prävention und Rehabilitation in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung durch Hochschulabsolventinnen und -absolventen Rechnung getragen. Eine effektive Prävention im Sinne einer **Gesundheitsförderung** setzt ebenso wie eine auf alle Lebensbereiche bezogene **Rehabilitation** die Zusammenarbeit unterschiedlicher am Prozess beteiligter Akteure voraus. Der Stellenwert, der den unterschiedlichen Gesundheitsberufen hierbei zukommt, wird zunehmend an Bedeutung gewinnen. Erst eine multidisziplinäre Perspektive und interdisziplinäre Zusammenarbeit eröffnen die Chance einer bedarfsgerechten Versorgung auf individueller und sozialer Ebene.

Durch Studienangebote für **unterschiedliche Berufsgruppen** und eine gemeinsame **praxisbezogene Ausbildung** soll die Möglichkeit zur konkreten Erprobung von Interdisziplinarität und Teamarbeit bereits im Studium realisiert werden.

Der Aufbaustudiengang **'Praxisorientierte interdisziplinäre Gesundheitswissenschaften (Public Health)'** hat zum Wintersemester 2000/01 die ersten Studierenden aufgenommen. Es handelt sich um einen postgradualen Studiengang, der berufsbegleitend durchgeführt wird. Zugangsberechtigt sind Beschäftigte im Sozial- und Gesundheitswesen, die bereits über einen akademischen Abschluss verfügen.

Das Studium dauert **sechs Semester** und wird mit dem Grad eines **Master of Public Health** abgeschlossen.

Bachelorstudiengänge

Die Einrichtung des hier vorgestellten Studiengangs ‚**Physiotherapie**‘ bildet den zweiten Schritt bei der Umsetzung der Gesamtkonzeption des Studienbereichs ‚Gesundheit‘. Der Studiengang wurde zum 2.10.2002 akkreditiert.

Ab WS 2003/2004 beginnt ein weiterer Bachelorstudiengang mit dem **Schwerpunkt ‚Logopädie/Sprachtherapie‘**.

In Vorbereitung befindet sich ein Bachelorstudiengang ‚**Ergotherapie**‘, der in ähnlicher Weise wie die Studiengänge ‚Physiotherapie‘ und ‚Logopädie‘ aufgebaut sein wird.

4. Der Studiengang Physiotherapie

Seit Jahren gibt es Überlegungen und Bestrebungen in Richtung einer grundlegenden Umstrukturierung des bestehenden Gesundheitssystems. Demographischer Wandel, medizinischer Fortschritt, die Zunahme der Lebenserwartung und der damit verbundene kontinuierliche Anstieg der Kosten machen dies unumgänglich. Da es vor allem chronische Krankheiten sind, die die Kostenträger belasten, erhalten Maßnahmen, die dazu beitragen (können), die **Entstehung von Krankheiten zu vermeiden** oder ihr Auftreten so weit als irgend möglich innerhalb der individuellen Lebensspanne **hinauszuzögern**, einen immer größer werdenden Stellenwert. Auf gesundheitspolitischer Ebene wird deshalb schon lange der Auf- und Ausbau interdisziplinärer präventiver und rehabilitativer Angebote gefordert und zunehmend auch gesetzlich verankert (z.B.: § 20 SGB V).

Theoretische Grundlage der „Ender Physiotherapie“ ist ein somato-psycho-soziales Menschenbild. Störungen werden multiperspektivisch auf der Grundlage salutogenetischer und pathogenetischer Wissensbestände analysiert. Der Mensch in Interaktion mit seiner Lebenswelt steht im Mittelpunkt.

Der Studiengang ‚**Physiotherapie**‘ ist Bestandteil des Studienbereichs ‚Gesundheit‘, der als **interdisziplinäres Lehr- und Lernangebot** konzipiert ist. In einem **projektorientierten**, auf **Teamarbeit** ausgerichteten Studium, sollen Inhalte vermittelt werden, die den sich wandelnden Strukturen des Gesundheitswesens angemessen sind. Hierzu können in unterschiedlichen Schwerpunktbereichen Kenntnisse und Fähigkeiten erworben werden, die über die bisherigen Ausbildungsinhalte hinausgehen.

Leitgedanken für das Lehrangebot bilden:

- die Stärkung des wissenschaftlichen Denkens und Handelns in theoretischer und praxisbezogener Hinsicht,
- die Einführung und Umsetzung von Handlungsrichtlinien, die den Anforderungen der Patienten-, Klienten- und Kundenorientierung sowie der Qualitätssicherung entsprechen,
- die Förderung von interdisziplinär ausgerichteten Initiativen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung und Anregung von gesundheitsbezogenen Bildungsprozessen,
- Vermittlung von Lehr- und Leitungskompetenzen,
- Konsequente Umsetzung eines saluto-psycho-sozialen Ansatzes.

Im Rahmen des Studiengangs 'Physiotherapie' sollen zum einen die wissenschaftlich-theoretischen sowie methodisch-praktischen Grundlagen des Berufs vertieft werden. Zum anderen sollen diese durch Kenntnisse und Fähigkeiten aus anderen wissenschaftlichen Disziplinen ergänzt werden. Soziale Kompetenzen sollen u.a. durch Seminare in Team und Teamarbeit und Gesprächsführung gefördert werden.

Ziel ist es, die Absolventinnen und Absolventen für eine veränderte Berufspraxis zu qualifizieren, in der die Elemente Gesundheitsförderung, Patienten- und Marktorientierung sowie Evaluation und Qualitätssicherung zunehmend an Gewicht gewinnen werden. Ferner soll das bereits erworbene eigene berufsbezogene Wissen und Können weiterentwickelt werden.

Die angestrebte Akademisierung der Physiotherapieausbildung folgt dabei einer in anderen europäischen Ländern (z. B. Niederlande, Großbritannien) bereits realisierten Praxis. Sie ist Teil des Bemühens, die Qualität der gesundheitlichen Versorgung neben der Ausbildung in Medizin und Pflege zu verbessern. Die Ausbildungsstandards sind deutschlandweit angeglichen.

Tätigkeits- und Arbeitsfelder

Es ist zu erwarten, dass im Gesundheitsbereich zukünftig eine ganze Reihe neuer Tätigkeits- und Arbeitsfelder entstehen werden, die an die Angehörigen der beteiligten Berufsgruppen erhöhte Anforderungen stellen. Im Vergleich zur bisherigen Fachschulausbildung werden Kenntnisse und Fertigkeiten in folgenden Bereichen verstärkt erforderlich sein:

- soziale und kommunikative Kompetenzen,
- rechtlich und wirtschaftlich begründetes Denken und Handeln
- Handlungsplanung und –kontrolle (Stichwort: ‚Qualitätsmanagement‘) und
- Lehr- und Forschungskompetenz.

Für die Realisierung und Weiterentwicklung der genannten berufspraktischen Kenntnisse und Fertigkeiten sowie deren Überführung in entsprechende Standards ist eine eigene wissenschaftstheoretische Basis aufzubauen. Auf dieser Grundlage ist es den Angehörigen der unterschiedlichen Gesundheitsberufe (Physiotherapie, Pflege, Ergotherapie, Logopädie) möglich, einen eigenständigen – über die rein medizinische Versorgung hinausgehenden – Beitrag zur Gesundheitsförderung und rehabilitativen Krankheitsbehandlung sowie deren Verbesserung zu leisten.

Praxisorientiertes Studium

Diesem Ziel dient auch ein **anwendungsbezogenes und praxisnahes Studium**. Eine enge **Zusammenarbeit mit der Praxis** bietet den Studierenden zahlreiche Möglichkeiten, konkrete Aufgabenstellungen aus der Praxis und für die Praxis zu bearbeiten. Dazu sind im Studium vor allem **interdisziplinäre Praxisprojekte** vorgesehen, die ein breites Spektrum an Tätigkeitsfeldern im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich umfassen. Auf diese Weise können Konzepte integrierter Versorgung erprobt und evaluiert werden.

Das zweistufige Modell der Gesundheitsberufe

Die Konzeption der Studiengänge Physiotherapie, Logopädie / Sprachtherapie und dem in Planung befindlichen Studiengang Ergotherapie folgt dem Leitgedanken einer mehrstufigen Ausbildung. Dabei sollen die Vorteile einer berufspraktischen Ausbildung - wie sie von den Fachschulen geleistet wird - mit der Ermöglichung eines akademischen Abschlusses bis hin zur Promotionsberechtigung verbunden werden.

Unter Berücksichtigung der bestehenden berufsbezogenen Ausgangssituation sind **zwei unterschiedliche Zugangswege** zum Bachelor - Studium vorgesehen. Zum einen soll das Studium Physiotherapeutinnen / Physiotherapeuten, Logopäden/ Logopädinnen und demnächst Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten offen stehen, die über eine mehrjährige Berufspraxis verfügen. Zum anderen wird in Kooperation mit Fachschulen ein sogenanntes integriertes Ausbildungsangebot aufgebaut, das den Auszubildenden der genannten Gesundheitsberufe ermöglicht, bereits während der beruflichen Ausbildung bis zum Staatsexamen in o.g. Berufen grundlegende wissenschaftliche, kommunikative und gesundheitsfördernde Fähigkeiten zu erwerben, so dass sie in besonderer Weise darauf vorbereitet sind, Leitungs- und Forschungsaufgaben zu übernehmen.

Zulassungsbedingungen

Zur Aufnahme eines Studiums an einer Fachhochschule in Niedersachsen sind bestimmte schulische Voraussetzungen zu erfüllen:

- a. allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife oder
- b. Fachhochschulreife oder
- c. fachbezogene Hochschulzugangsberechtigung nach beruflicher Vorbildung oder
- d. andere als gleichwertig anerkannte Vorbildungen.

Hinzu kommen weitere für eine Aufnahme in den Studiengang Physiotherapie spezifische Anforderungen:

- a. eine abgeschlossene Ausbildung an einer staatlich anerkannten Fachschule für Physiotherapie
- b. die Teilnahme an der Einstufungsprüfung und deren Bestehen.

Weitere Einzelheiten zum Aufnahmeverfahren sind in der Zulassungsordnung geregelt.

Bewerbungsfristen

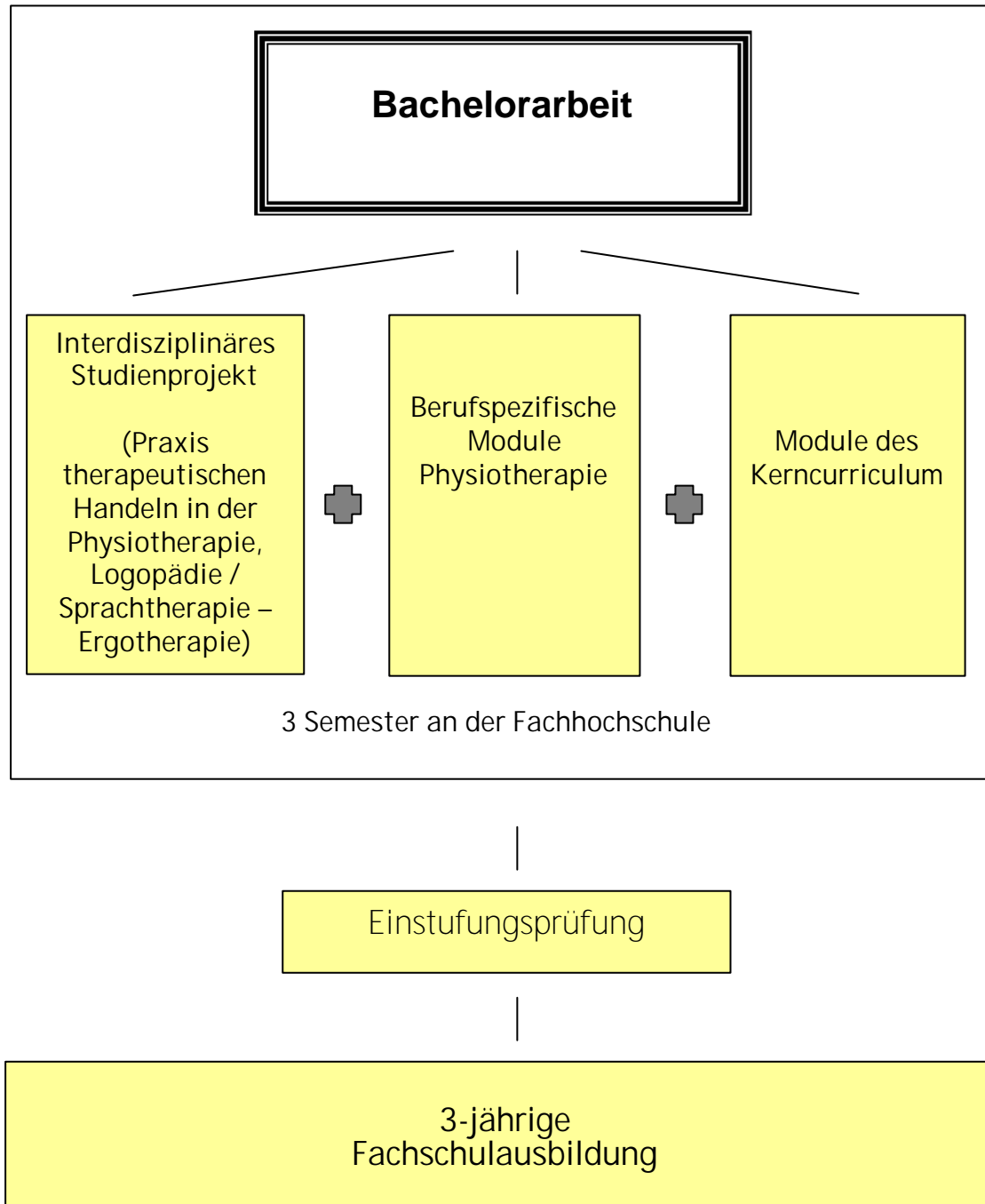
Die Zulassung zum Studium erfolgt jeweils zum Wintersemester.

Frist für die **Bewerbung** ist der **15. Juli eines jeden Jahres** für das Wintersemester. Abschlusszeugnisse können nachgereicht werden.

Der Studiengang Physiotherapie ist **zulassungsbegrenzt**. Die Studienplätze werden nach Maßgabe der erreichten Punktzahl im Einstufungsverfahren vergeben.

Informationen zum Bewerbungsverfahren bei einem Wechsel des Studiengangs und Studienortes sowie zu Fragen der Anerkennung von Prüfungsleistungen anderer Hochschulen erhalten Sie bei der Zentralen Studienberatung und bei der Studiengangskoordination.

Das integrierte Modell des Studiums der Gesundheitsberufe



Dauer und Gliederung des Studiums

Das Studium gliedert sich in zwei Studienabschnitte. Die Ausbildung an einer staatlich anerkannten Fachschule für Physiotherapie wird als 1. Studienabschnitt (Semester 1-3) anerkannt, wenn die Bewerberin/der Bewerber die Schule mit der staatlichen Anerkennung als **Physiotherapeutin/Physiotherapeut** abgeschlossen hat und mit der Einstufungsprüfung zum 2. Studienabschnitt (Semester 4-6) zugelassen wurde.

In Zusammenarbeit mit den kooperierenden Ausbildungsstätten bietet der Fachbereich ausbildungsbegleitende Studienvorbereitung in Form von Seminaren an. Beim Einstufungsverfahren werden die erbrachten Prüfungsvorleistungen – entsprechend der Zulassungsordnung – mit einem Punktebonus angerechnet.

Der zweite Studienabschnitt wird an der Fachhochschule Oldenburg/Ostriesland/Wilhelmshaven absolviert. Er umfasst **76 Semesterwochenstunden (SWS)** und wird im 6. Semester mit einer **schriftlichen Bachelorarbeit** und einer **mündlichen Bachelorprüfung** (Kolloquium) abgeschlossen. Zugelassen wird, wer die in der Prüfungsordnung **festgelegten Leistungsnachweise** und **Modulprüfungen** erbracht hat. Diese werden im Hauptstudium **studienbegleitend** abgelegt.

Das Studium an der Fachhochschule ist modular aufgebaut. Es gibt fachspezifische und fachübergreifende Module (Kerncurriculum) für die Gesundheitsberufe.

Ziel der fachspezifischen Module ist es, die im Rahmen der Fachschulausbildung erworbenen Kenntnisse um neue nationale und internationale Entwicklungen und Erkenntnisse zu erweitern. Im Mittelpunkt soll die kritische Reflexion unterschiedlicher theoretischer Ansätze und Modelle, deren Grundannahmen sowie ihre Anwendbarkeit und Nützlichkeit für die berufliche Praxis stehen. Ziel ist es, die Fähigkeiten der Studierenden zur eigenständigen Weiterentwicklung beruflicher Diagnostik und Behandlungsstandards zu festigen.

Eine Vertiefung einer eigenen physiotherapeutischen Sichtweise erfolgt in den fachspezifischen Modulen:

1. Diagnostik und Anamnese

Die Studierenden werden befähigt, eine exakte und möglichst umfassende Bestimmung der Ausgangslage vorzunehmen und diese zu interpretieren. Die physiotherapeutischen, diagnostischen und therapeutischen Verfahren werden erweitert durch sportwissenschaftliche, motologische, psychosomatische und soziale Zusammenhänge. Diese sollen integraler Bestandteil der beruflichen Praxis der Physiotherapie werden.

2. Wissenschaftliche Grundlagen der Physiotherapie

In diesem Modul werden die aktuellen wissenschaftlichen Grundlagen der Physiotherapie aus einer mehrperspektivischen Sichtweise betrachtet. Motologische und sportwissenschaftliche Grundlagen werden erörtert und dargestellt und im nationalen und internationalen Vergleich bewertet.

3. Medizintechnik

In der Medizintechnik werden Kenntnisse der modernen Rehabilitationstechnik und deren bedarfsgerechter Nutzung vermittelt.

4. Praxis physiotherapeutischen Handelns

Dieses Modul verbindet die fachspezifischen Wissensbestände mit denen des Kerncurriculums, indem diese auf die konkrete Praxis übertragen werden und die eigene praktische Arbeit überprüft und verbessert werden kann.

Die Projektpraxis soll in den stationären, teilstationären und ambulanten physiotherapeutischen Arbeitsfeldern und im Bereich der Prävention in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Praxen, Krankenhäusern und anderen Institutionen stattfinden. Bei den Projekten wird versucht, die gesamte Lebensspanne von der Vorschulerziehung über Schule bis hin zu Kliniken und Einrichtungen für Senioren und Seniorinnen zu berücksichtigen.

Ziel ist es, in Verbindung mit dem Projektstudium die Anwendung und Übertragung des theoretischen Wissens für einen ausgewählten Teilbereich unter fachlicher Anleitung zu erproben. Im Vordergrund sollen dabei insbesondere Interventionen stehen, die den eigenständigen Beitrag der Physiotherapie zu Gesundheitsförderung und Rehabilitation verdeutlichen.

Zu den Wissensbeständen aus anderen Disziplinen gehören:

1. Recht und Betriebswirtschaftslehre

Kenntnisse und Fähigkeiten, die für die berufliche Tätigkeit im Gesundheitssystem notwendig sowie für eine erfolgreiche Existenzgründung und Selbständigkeit erforderlich sind.

2. Gesundheitswissenschaften

Erkennen und Mitgestalten von bedeutsamen Bedingungen und Entwicklungen des Gesundheitssystems.

3. Methoden- und Sozialkompetenz

Fähigkeit zu einer partnerorientierten Kommunikation und Interaktion.

4. Wissenschaftliches Arbeiten

Eigenständige Vorbereitung, Planung und Durchführung von kleineren, überschaubaren Praxisforschungsprojekten.

Den Modulen sind jeweils Wahlpflichtfächer zugeordnet, die individuelle Schwerpunktsetzungen ermöglichen.

Die Vorbereitung und Verfassung der **Bachelor-Arbeit** bildet den Schwerpunkt des letzten Semesters. Die Bearbeitungszeit beträgt unter Anleitung insgesamt 10 Wochen und sollte Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Projektstudium beinhalten.

Überblick über das Lehrangebot

Kerncurriculum		SWS	Credits nach ECTS
Wahlmodul Existenzgründung - Niederlassungsrecht (P) - Ökonomische Grundlagen(P)	Wahlmodul Systeme der sozialen Sicherung - Gesundheitsökonomie (P) - Berufsrecht, Recht der Sozialleistungssysteme (P)	4 2 2	6
Modul: Evaluation und Qualitätssicherung		6	9
- Methoden der Qualitätssicherung in Praxis und Forschung (P) - Evaluation gesundheitsbezogener Leistungen (P) - Evidenzbasierte Medizin (WP) - Case-Management (WP)		2 2 2	
Modul: Gesundheitswissenschaften		8	11
- Prävention und Rehabilitation (P) - Gesundheitspolitik/Europäische Gesundheitssysteme (P) - Gesundheitssoziologie und – psychologie (P) - Geschlecht und Gesundheit (WP) - Gesundheitsberichterstattung (WP)		2 2 2 2	
Fachspezifische Module			
Modul: Wissenschaftliche Grundlagen der Physiotherapie und Bewegungswissenschaften im nationalen und internationalen Vergleich		8	11
- Motologie (P) - Sportwissenschaft (P) - Bewegungspädagogik (P) - Tanz- und Tanztherapie (WP) - Kunst- und Kunsttherapie (WP)		2 2 2 2 2	

Modul : Grundlagen der Diagnostik und Therapie	8	11
- Grundlagen der physiotherapeutischen Diagnostik (P)	2	
- Gutachtenerstellung (P)	2	
- Clinical Reasoning (P)	2	
- Psychosomatik (WP)	2	
- Entwicklungs- und Sozialpsychologie (WP)		
Modul: Medizintechnik	6	9
- Möglichkeiten, Einsatz- und Entwicklungspotentiale im Bereich der Medizintechnik und Biomechanik:	2	
- Biomechanik	2	
- Rehathechnik	2	
- Wahlpflichtfach I		
Modul: Praxis physiotherapeutischen Handelns im interdisziplinären Projekt (P)	12	15
- Projektpraxis mit Projektbericht	4	
- Projektplenum	4	
- Supervision in der Projektarbeit	4	
- Fallbesprechungen im Projekt		
Bachelor-Arbeit mit Kolloquium	2	
	76	90
	SWS	credits

Herausgeber:

Das Präsidium der Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven

Redaktion und Gestaltung:

Zentrale Studienberatung der Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/
 Wilhelmshaven

Emden – Juli 2003

Hier finden Sie Internetadressen zu den übrigen Fachhochschulen:

Europa Fachhochschule Fresenius, Idstein

Fachbereich: Gesundheit

Informationen entnehmen Sie bitte der Fachhochschulhomepage:

www.fh-fresenius.de

Fachhochschule Osnabrück

Fakultät: Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Bachelor-Studiengang Physiotherapie & Ergotherapie

Zum Studiengang sind folgende Artikel erschienen:

A. Fischer (2002): Der Bachelor-Studiengang für Physiotherapie und Ergotherapie an der Fachhochschule Osnabrück. Teil 1: Rahmenbedingungen und Grundstruktur Ergotherapie & Rehabilitation 10/02, 5 – 9.

A. Fischer (2002): Der Bachelor-Studiengang für Physiotherapie und Ergotherapie an der Fachhochschule Osnabrück. Teil 2: Inhaltliche Leitlinien. Ergotherapie & Rehabilitation 11/02, 5 – 9.

A. Fischer (2003): Anforderungen an die Inhalte und an den Begutachtungsprozess von wissenschaftlich orientierten, Theoriegeleiteten Bachelor-Arbeiten in Therapiestudiengängen, welche mit dem Bachelor of Science abschließen. Ergotherapie - Zeitschrift für angewandte Wissenschaft 1/03, 36 – 46.

Weitere Informationen erhalten Sie auf der Fachhochschulhomepage:

www.fh-osnabrueck.de

Fachhochschule Döpfer, Schwandorf / Hamburg

Fachbereich: Physiotherapie und Ergotherapie

Informationen entnehmen Sie bitte der Fachhochschulhomepage:

www.fh-doepper.de

Fachhochschule Hildesheim / Holzminden / Göttingen

Fachbereich: Soziale Arbeit und Gesundheit

Informationen entnehmen Sie bitte der Fachhochschulhomepage:

www.fh-hildesheim.de/FBE/FBS/MedizinIafachberufe.htm

Protokoll der Arbeitsgruppe 1

Auf dem Weg zu einer Fachdidaktik Therapie

Referentin: **Ursula Walkenhorst**

Diplom-Pädagogin, Ergotherapeutin

wissenschaftliche Mitarbeiterin, Fachhochschule Bielefeld

Nach einer Vorstellungsrunde wurde zunächst die Zielsetzung der AG benannt. Die Teilnehmer/inn/en setzten sich aus Dozent/inn/en an den Berufsfachschulen, Praktiker/ inn/en und Mitarbeiter/inn/en aus dem Hochschulbereich zusammen. Die AG machte es sich zur Aufgabe einige grundlegende Aspekte einer Fachdidaktik Therapie zu überlegen und dies aus der Perspektive der Dozent/inn/en, der Studierenden und der Praxisanleiter/inn/en zu betrachten. Zum Abschluss sollten mögliche weiterführende Arbeitsformen geplant werden.

Zu Beginn wurde noch einmal ein kurzer Überblick über die möglichen **didaktischen Pfeiler und Orientierungslinien** zur Entwicklung einer Fachdidaktik Therapie gegeben.

Zu diesen gehören:

1. Allgemeine Didaktik
(u.a. Lerntheoretische Didaktik / Dialektisch-orientierte Didaktik / Bildungstheoretische Didaktik / Konstruktivistische Didaktik)
2. Didaktik der Erwachsenenbildung
(u.a. mit den Prinzipien der Handlungs-, Situations-, Teilnehmer- und Kontextorientierung)
3. Fachdidaktik Pflege
(u.a. Knigge-Demal, Hundenborn, Schwarz-Govaers)

Als mögliche **Bezugswissenschaften**, die zur Entwicklung einer Fachdidaktik Therapie herangezogen werden könnten, wurden die

- a) Gesundheitswissenschaften
 - b) Sozialwissenschaften
 - c) Rehabilitationswissenschaften
 - d) Medizin
 - e) Therapiewissenschaften (die noch zu entwickeln wären)
- genannt.

Die Entwicklung einer eigenständigen Fachdidaktik Therapie (die noch in die Bereiche Ergo- und Physiotherapie zu unterteilen wäre) beinhaltet jedoch zunächst einmal eine mögliche Beantwortung der Fragestellung:

Welche Kompetenzen brauchen Schüler/inn/en (als potenzielle Therapeut/inn/en) im Berufsalltag und wie lässt sich das Anforderungsprofil in ein didaktisches Konzept und damit in Unterrichtskonzeptionen umsetzen?

Zur Diskussion wurden dazu zwei Fragen gestellt:

1. Was kennzeichnet die Ausübung der therapeutischen Berufe?

Bei der Sammlung der Kennzeichen therapeutischer Berufe wurde die Zuordnung der diagnostischen Berufe sowie der Berufe Logopädie, Diätassistent, Hebammen etc. kurz diskutiert. Die Gruppe verständigte sich darauf, die Merkmale zunächst auf die Ergo- und Physiotherapie zu beschränken, da sich die anwesenden Personen aus diesen Berufen rekrutierten.

Die Frage nach einem möglichen Anforderungsprofil an therapeutisch Tätige wurde vielfältig beantwortet und führte über die elementaren Aufgaben der Befunderhebung bis hin zur Problematik der uneinheitlichen Fachsprache.

Die Beantwortung der Frage:

2. Über welche Kompetenzen sollten die zukünftigen Therapeuten verfügen?

und damit die Frage nach dem Fähigkeitsprofil der therapeutisch Tätigen, machte noch einmal die verschiedenen geforderten Kompetenzbereiche deutlich (von der Sach- / Fachkompetenz über Methoden- und Medienkompetenz bis hin zur Sozial- und Personalkompetenz). Der Erwerb von Kompetenzen in den verschiedenen Bereichen verdeutlichte die hohe Anforderung an die gesamte Ausbildung und die Anforderung an adäquate (neue / andere) pädagogische Konzepte.

Ausgehend von den gesammelten Ergebnissen wurde überlegt, welche Impulse sich daraus für die Entwicklung einer Fachdidaktik ableiten lassen. In diesem Zusammenhang wurde die Differenz zwischen der Ausbildungssituation und der anschließenden Praxissituation diskutiert. Die Tatsache, dass viele Aspekte und Themen der therapeutischen Anforderungen und Realitäten erst im konkreten Praxisvollzug verstanden werden, lässt sich wenig vermeiden. Dennoch lassen sich die Motive, die zu einem evtl. Ausstieg aus dem Beruf führen, häufig auf eine fehlende Vorbereitung auf den therapeutischen Prozess und dessen Anforderungen sowie auf eine mangelnde erlernte Problemlösungsfähigkeit zurückführen.

Die Diskussion machte noch einmal die Notwendigkeit der Entwicklung einer eigenständigen Fachdidaktik Therapie für den Ausbildungsbereich deutlich.

Abschließend wurde beschlossen, im Rahmen der nächsten Workshops die Thematik weiterhin zu erörtern. Die Gründung einer Arbeitsgruppe erschien zum jetzigen Zeitpunkt noch verfrüht, könnte jedoch für einen der folgenden Workshops überlegt werden.

Protokoll der Arbeitsgruppe 2

Forschung - aus der Praxis - für die Praxis

Referentin: Prof. i. V. Dr. Beate Klemme

Physiotherapeutin, Sportwissenschaftlerin, FH Bielefeld

Zunächst stellten sich die Teilnehmerinnen vor. Bereits bei der Vorstellung wurde deutlich, dass einige Teilnehmerinnen über Erfahrungen mit Forschung im physiotherapeutischen Bereich verfügen. Da es sich in sämtlichen Fällen um Erfahrungen mit Promotionsarbeiten handelte beziehen sich die Erfahrungen auf eng umschriebene Themenbereiche.

Gliederung:

1. Sammlung und Strukturierung forschungsrelevanter Themenbereiche
2. Vernetzung der Hochschulen

Sammlung und Strukturierung forschungsrelevanter Themenbereiche

Zunächst wurden relevante Forschungsfragen zusammengetragen. Um den Einstieg zu erleichtern, wurden Themen gesammelt, mit denen sich die Teilnehmer selbst oder die Absolventen der derzeitigen Studiengänge beschäftigen. Es wurde deutlich, dass die Fragestellungen vorrangig den Nachweis von Effektivität von therapeutischen Maßnahmen betreffen.

In einem weiteren Schritt wurden die Fragen thematisch gebündelt. Die Strukturierung ist für manche Fragestellungen unproblematisch, andere Fragestellungen sind nur schwer zuzuordnen oder könnten mehreren Bereichen zugeordnet werden. Hier ist die Zuordnung aus pragmatischen Gründen, im Sinne der Übersichtlichkeit vorgenommen worden. Die Zuordnung hat keinen wissenschaftstheoretischen Anspruch.

Leider musste die Sammlung und Strukturierung aus Zeitgründen abgebrochen werden. Es wurde deutlich, dass es zahlreiche forschungsrelevante Fragen gibt. Diese konnten in der Kürze der Zeit aber nicht als konkrete Forschungsfragen formuliert werden konnten.

Strukturierung der Themenbereiche:

Ebene 1: Therapieprozess

- Fachliche Aspekte
- Zuverlässigkeit von Tests (Befund) in der Physiotherapie

- Nachhaltigkeit von Rückenschulen in Kindergärten
- Gangschulung -Untersuchungen mit dem Podiometer
- Einflussmöglichkeiten von Bewegungstherapie auf Anorexia nervosa
- Dehnungseffekte in Abhängigkeit von Dehnentechniken
- Trainingseffekte (sportwissenschaftliche Anleihen)
- Einfluss von physiotherapeutischen Tests auf andere Gewebe (Wirkung von Dehntests auf nervale Strukturen)
- Beziehungsaspekte
- Nonverbale Kommunikation in der Physiotherapie

Ebene 2: Institutionelle/Organisatorische Ebene

- Systematisierung der Fort- und Weiterbildung
- Qualität in der Fort- und Weiterbildung
- Fort- und Weiterbildungsverhalten von Physiotherapeuten
- Voraussetzungen für Präventionsmaßnahmen in Betrieben (Prävention-Physiotherapie)

Ebene 3: Gesellschaftspolitische Ebene

- Zertifizierung von Schulen
- Umsetzung von Qualitätsmanagement in Praxen
- Umsetzung von ISO 9000
- Qualität der Ausbildung

Ebene 4: Bildungsforschung

- Entwicklung einer Fachdidaktik der Physiotherapie und der Ergotherapie
- Clinical Reasoning -Einbettung in die Ausbildung

Ebene 5: Historische Forschung

- Entstehungsgeschichte des Berufes

Ebene 6: Grundlagenforschung

- Das Wesen von Physiotherapie I
Theoretische Modelle in der Physiotherapie
- Physiotherapeutische Ansätze -Salutogenetisches Konzept

Vernetzung der Hochschulen

Als zweites wurde die Frage gestellt, auf welche Weise sich die verschiedenen Hochschulen auf der Forschungsebene gegenseitig unterstützen oder vernetzen könnten.

Zunächst wurde festgestellt, dass aufgrund des Lehrdeputats an den Fachhochschulen nur begrenzte Zeitressourcen für Forschung zur Verfügung stehen.

Folgende Abmachungen wurden getroffen:

Die FH Bielefeld wird eine Befragung an den deutschen Fachhochschulen durchführen. Es wird eine Bestandsaufnahme der Fragestellungen durchgeführt, die derzeit an den Hochschulen bearbeitet werden. Es wäre sinnvoll, diesen Katalog regelmäßig zu aktualisieren.

Die FH Hildesheim wird diesbezüglich zusätzliche eine Anfrage bei der Physioakademie stellen.

Mittelfristig erscheint es sinnvoll, Forschungsbereiche herauszuarbeiten, um in Forschungsverbänden (vergleichbar mit der Pflege BMBG -Förderung) Gelder beantragen zu können.

Protokoll der Arbeitsgruppe 3

Vernetzungen der Hochschulen

Referentin: Prof. Dr. Annette Nauerth
Fachhochschule Bielefeld

Protokollant: Gunnar Geuter
Student Lehrer/ -innen für Gesundheitsberufe, FH Bielefeld

Zu Beginn der Arbeitsgruppe begrüßt Prof. Dr. Annette Nauerth die Teilnehmer und gibt eine erste Gliederungsmöglichkeit der Problematik. Diese gibt Aufschluss über die drei nachstehenden „Möglichkeiten der Vernetzung“:

1. Formalia und Struktur einer Vernetzung
2. Lehre und Konzept
3. Forschung

Diskussion und Sammlung der Möglichkeiten einer Vernetzung

Zu den oben genannten Punkten entwickelt sich eine lebhafte Diskussion unter den Teilnehmern und es erfolgt eine Einordnung der Beiträge in die einzelnen Kategorien.

Deutlich zeichnet sich ab, dass sich für alle drei Überpunkte wichtige Inhalte finden lassen, dass jedoch die Frage nach den Formalia und der Struktur, bzw. die nach der Lehre und den Konzepten momentan den Schwerpunkt der Bemühungen ausmachen wird. Die Forschung gilt den Beteiligten eher als Fernziel, das allerdings nicht übersehen werden darf.

Formalia und Struktur einer Vernetzung

Die Teilnehmer beschließen regelmäßige Treffen zwischen den Hochschulstandorten einzurichten. Diese Treffen sollen zu Beginn vornehmlich dem Ziel des Informationsaustausches dienen. Die mögliche Bildung einer „Dekanenkonferenz – Therapie“ könnte angedacht werden. Ziel soll es auch sein, zur berufspolitischen Gestaltung der therapeutischen Gesundheitsberufe beizutragen, sowie Anstrengungen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit zu unternehmen. Weiterhin gilt es unter den Teilnehmern als wichtig, die internationale Kompatibilität der unterschiedlichen Studiengänge zu beachten (ENFE, ENOTHE).

Lehre und Konzept

Im Bereich Lehre und Konzept ist den Teilnehmern vor allem der Austausch der Curricula, sowie die weitergehende Erarbeitung eines eigenen Profils wichtig. Dies hätte auch Chancen der Arbeitsteilung und die Nutzung von Synergieeffekten zur Folge. Eine „AG Lehre“ könnte eine mögliche Weiterentwicklung in diesem Bereich sein. Außerdem sollen Standards für Bachelor-Arbeiten entwickelt werden. Des Weiteren wurde die Möglichkeit einer gemeinsamen Entwicklung von hochschulübergreifenden Modulen besprochen. In diesem Zusammenhang wurde eine evtl. Anbindung an den „Verbund Hochschulen für Gesundheit“ (Osnabrück und Fulda sind bereits „Mitglied“) diskutiert.

Forschung

Obwohl die institutionelle Forschung (Großprojekte mit einer großen öffentlichen Wahrnehmung) eher als Fernziel betrachtet wird (Forschungsaufträge vom BMfG), sind auch in diesem Bereich bereits jetzt einzelne richtungsweisende Projekte denkbar. Die Sammlung laufender Projekte an den unterschiedlichen Hochschulstandorten und die Bildung von Verbänden könnten hier einen Anfang bilden. Die Formulierung und der Austausch über Forschungsziele, sowie die Entwicklung einzelner Forschungsstandards werden als weitere mögliche Ziele gesehen.

Beschluss über das nächste Treffen und die Themenwahl

Als Termin für ein weiterführendes, evtl. sogar in Teilen konstituierendes Treffen wird der Montag, 30. Juni 2003 vereinbart. Die Fachhochschule Kiel erklärt sich als Tagungsort bereit. Themenschwerpunkt des Treffens wird sein: „Lehre und Standards“.

Prof. Dr. Annette Nauerth verabschiedet die Teilnehmer der Arbeitsgruppe und zieht ein durchweg positives Resümee. Sie zeigt sich besonders erfreut darüber, dass ein konkreter Termin für ein nachfolgendes Treffen gefunden werden konnte. Außerdem stellt sie die positiven Chancen einer verbesserten Kommunikation nochmals heraus und betont, dass dazu der Grundstein gelegt werden konnte.

Protokoll der Arbeitsgruppe 3

Vernetzungen der Studierenden

Referentin: **Ulrike Lange**
Studentin Lehrer/innen für Gesundheitsberufe, FH Bielefeld

Als AG „Vernetzung der Studierenden“ kam eine Gruppe von neun StudentInnen zusammen. Sie repräsentierten die Fachhochschulen Bielefeld, Emden und Hildesheim.

Bei diesem ersten Treffen wurden der Bedarf und die Notwendigkeit einer Vernetzung unter den Studierenden sehr deutlich. Alle Anwesenden waren sich einig, dass es ein sinnvoller und für die Berufszweige sicherlich mehr als nötiger Schritt ist, um einen gemeinsamen Weg in dem Professionalisierungsprozess in der beruflichen Zukunft zu finden und zu gestalten.

Trotz der unterschiedlichen Berufsziele der Fachhochschule Bielefeld und der anderen Fachhochschulen muss an einem einheitlichen Ziel, der „Professionalisierung“, gearbeitet werden. Daher wurde gemeinsam überlegt, welche Themen für alle Fachhochschulen in Deutschland, die den Bachelor für Physiotherapie / Ergotherapie bzw. den Abschluss „LehrerIn für Gesundheitsberufe“ anbieten, interessant, hilfreich und umsetzbar sind.

Das Ergebnis waren folgende Themenvorschläge:

- das Erstellen einer Börse im Internet für Diplomarbeiten
- das Erarbeiten von Forschungsthemen
- das Anbringen und Bearbeiten organisatorischer Probleme und Fragen

Für die Internetbörse besteht evtl. die Möglichkeit, eine offizielle Seite der Fachhochschule Hildesheim mit zu nutzen. Es ist eine Internetseite für Studienarbeiten, auf welcher z.B. die Themen der Diplomarbeiten ergänzt werden können. Dies kann ebenfalls ein Thema des nächsten Workshops der Studierenden sein.

In der AG wurde vereinbart, Mitte April 2003 den zweiten Workshop durchzuführen. Der Veranstaltungsort wird wieder Bielefeld sein. Von allen Teilnehmern wurden die Telefonnummern und e-mail-Adressen auf einer Liste festgehalten, so dass bis Ende Dezember 2002 die neuen Informationen zum Datum und Veranstaltungsort an die Fachhochschulen weiter gegeben werden können.

Insgesamt gab es ein positives Feedback über den Workshop, dessen Organisation und der Möglichkeit, an unterschiedlichen Arbeitskreisen aktiv teilnehmen zu können.

Protokoll der Arbeitsgruppe 5

Verzahnung Hochschulen-Berufsfachschulen

Referentin: Gabriele Heinrichs
Diplom-Pädagogin, Ergotherapeutin, Fachhochschule Bielefeld

Im Mittelpunkt dieser Arbeitsgruppe stand die Frage, wie eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen Berufsfachschulen für Physiotherapie und Ergotherapie und der Fachhochschule Bielefeld gestaltet werden kann.

Erste Ansätze von Kooperationen gibt es bereits in der Zusammenarbeit im Studiengang "Lehrerinnen für Gesundheitsberufe". Hier geht es vorrangig um Fragen der Gestaltung der Praxisphasen. Weitere Arbeitsgemeinschaften könnten sich bei der Entwicklung einer Fachdidaktik "Therapie" bilden.

Ziel der Verzahnung Hochschule -Berufsfachschulen im Zusammenhang mit dem Bachelorstudiengang könnte das gemeinsame Interesse sein, die Ausbildungszeiten für Physio- bzw. ErgotherapeutInnen möglichst kurz zu halten. Um einen möglichst reibungslosen Übergang von der Berufsfachschule zur Fachhochschule zu gewährleisten, wäre deshalb eine Zusammenarbeit wünschenswert.

In der Arbeitsgruppe "Verzahnung Hochschule -Berufsfachschule" wurden Fragen zu möglichen Kooperationsformen erörtert und erste Ideen ausgetauscht. In der Diskussion ergab sich ein weitergehender Informationsbedarf zu den einzelnen Modulen im Bachelorstudiengang der Fachhochschule Bielefeld.

Es soll eine Arbeitsgruppe eingerichtet werden, die sich mit der Frage einer Zusammenarbeit in Bezug auf den Bachelorstudiengang beschäftigen wird. Hier sollen mögliche Formen der Kooperation wie auch inhaltliche Fragen einer Zusammenarbeit zwischen der Fachhochschule Bielefeld und den Berufsfachschulen diskutiert und geklärt werden.

Ausblick: Perspektiven der Zusammenarbeit

Annette Nauerth

Während des Workshops wurde konstruktiv und engagiert miteinander gearbeitet und diskutiert. Daneben erfolgte in den Pausen ein intensives Kennen lernen und ein Austausch.

Am Ende stand für die Teilnehmenden einheitlich fest: Die Zusammenarbeit soll vertieft werden.

Im Bereich der Fachdidaktik herrschte Übereinstimmung, dass eine Fachdidaktik in den therapeutischen Berufen noch zu entwickeln sei. Die Notwendigkeit wurde gesehen, da Anleihen in verwandten Gebieten nur bedingt möglich sind, vielmehr an einem eigenen therapeutischen Ansatz gearbeitet werden muss. Zunächst erscheint es notwendig einen Grundkonsens über die zu erreichenden Qualifikationen herzustellen. Eine Analyse der Bezugswissenschaften und bestehender didaktischer Konzepte sollte dann erfolgen, um schließlich zu einem Grundgerüst einer Fachdidaktik zu gelangen. Diese Arbeit soll kontinuierlich erfolgen. Ein notwendiger Austausch soll zunächst im Rahmen von Workshops erfolgen. Die Einrichtung einer ständigen Arbeitsgruppe kann sich zu einem späteren Zeitpunkt ergeben.

Die Zusammenarbeit im Bereich der Forschung war ebenfalls Thema einer Arbeitsgruppe. Diese beschloss, zunächst forschungsrelevante Themen zu sammeln und thematisch zu bündeln. Darüber hinaus wird von der FH Bielefeld zur gegenseitigen Information eine kleine Umfrage an den Hochschulen durchgeführt, welche Fragestellungen zurzeit bearbeitet werden. Mittelfristig erscheint es sinnvoll Forschungsbereiche herauszuarbeiten, um in Forschungsverbänden auch höhere Mittel für Forschung einwerben zu können. Die Formulierung und der Austausch über Forschungsziele, sowie die Entwicklung von Forschungsstandards wurden als weitere mögliche Ziele gesehen.

Die Kooperation der Hochschulen wurde von allen anwesenden Vertreterinnen und Vertretern von Hochschulen als wünschenswert erachtet. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer beschlossen regelmäßige Treffen zwischen den unterschiedlichen Hochschulen. Hier geht es zum einen um Informationsaustausch und im weiteren evtl. auch um gemeinsame Absprachen im Hinblick auf berufspolitische und wissenschaftspolitische Aktivitäten. Inhaltlich erschien darüber hinaus ein Austausch von Curricula und Konzepten sinnvoll. Ziel sollte es zunächst sein, gemeinsam Standards für die Lehre (z. B. für Bachelor-Arbeiten) zu verabreden.

Die Studierenden der Hochschulen verabredeten ebenfalls, zu einer Vernetzung beizutragen und planten einen Workshop der Studierenden. Für einen Austausch interessant erschienen ebenfalls die Fragen eines Austausches über Hausarbeiten, Diplomarbeiten, Forschungsprojekte.

Schließlich wurde über die Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen Berufsfachschulen und Hochschulen in einer Arbeitsgruppe diskutiert. Es zeichnen sich bisher unterschiedliche Wege der Kooperation Hochschule- Praxis ab.

- Abschluss konkreter Verträge mit einzelnen Schulen
- Absprachen zur Kooperation mit Schulen in der Region in Bezug auf Praxisplätze
- Absprachen zur Kooperation mit Einrichtungen in Bezug auf Praxisplätze
- Kooperation mit allen Interessenten

Alle Kooperationsversuche sollten erprobt und evaluiert werden, um zu sehen, welche Formen der Zusammenarbeit sich bewähren. Auch in dieser Arbeitsgruppe war der Wunsch deutlich zu einer intensiven und konkreten Zusammenarbeit zu kommen. Die Einrichtung einer Arbeitsgruppe zu einer genauen Planung von Strukturen und Inhalten wurde beschlossen.

Der Tag zeichnete sich durch eine konstruktive Arbeitsatmosphäre aus und den Wunsch, regelmäßig in Kontakt zu sein und den Austausch zu pflegen. Somit ist ein viel versprechender Startpunkt gesetzt, gemeinsam die Zukunft der therapeutischen Berufe weiter zu entwickeln.