

Abschlussbericht zu dem Teil-Projekt „Koordinierte Initiativen zur Weiterentwicklung der Ausbildung in Medizin und Gesundheitsberufen“

**Berichterstattung des Projektnehmers
„Hochschulen für Gesundheit“ e. V.**



Bewilligungs-Nr. 11.5.1310.0027.0

Laufzeit: 5/10 – 7/12

Projektnehmer: Verein „Hochschulen für Gesundheit e.V.“

c/o Alice Salomon Hochschule

Alice Salomon Platz 5

10267 Berlin

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeine Angaben.....	1
2	Ziele und Erwartungen	1
3	Durchführung	3
3.1	Meilensteine und fortlaufende Projektaufgaben.....	3
3.2	Hintergrund und Herausforderungen des Projektes.....	6
4	Nachbereitung.....	10
5	Öffentlichkeitsarbeit.....	10
6	Zielerreichung.....	11
6.1	Erfolge des Projektes.....	11
6.2	Kooperation mit der GMA.....	13
6.3	Sichtbarkeit interprofessioneller Kompetenzen.....	17
6.4	Bewertung der Ergebnisse	19
6.4.1	Bewertung der Ergebnisse für die Hochschulbildung.....	20
6.4.2	Bewertung der Ergebnisse für die Arbeitsgestaltung	21
7	Perspektiven	21
7.1	Offene Fragen.....	22
7.2	Bildungspolitische Empfehlungen.....	23
7.3	Arbeitsorganisatorische und gesundheitspolitische Empfehlungen.....	26
7.4	Abschließende Bemerkungen	28
	Literaturverzeichnis	30
	Weiterführende Literatur	33
	Abbildungsverzeichnis	34
	Tabellenverzeichnis.....	34
	Anhangsverzeichnis	34
	Anhang 1: Überblick zum Stand der Fachqualifikationsrahmen	36
	Anhang 2: Kooperationstreffen und -aktivitäten von HoGes e.V. und GMA.....	40
	Anhang 3: Prof. Dr. E. Göpel, Verfahrensvorschlag	

Anhang 4: Prof. Dr. E. Göpel, Informationen

Anhang 5: B. Stubner,

Anhang 6: Dr. B. Weigl, Durchführungsstudie zur wissenschaftlichen und berufspraktischen Qualifizierung für Gesundheitskompetenz-Beratung

Anhang 7: Tagungs-Dokumentation: "Zukunft der Hochschul-Bildung der Gesundheitsberufe im europäischen Kontext", 10.2010 in Bochum

Anhang 8: Tagungs-Dokumentation "Zukunft der Hochschul-Bildung der Gesundheitsberufe. Wie können aus Gesundheitsberufen Gesundheitsberufe werden?" in Magdeburg

Anhang 9: Bericht zur Beratungskonferenz "Funktion von Fach-Qualifikationsrahmen für die Hochschul-Bildung der Gesundheitsberufe und Stand der Entwicklung in verschiedenen Professionsbereichen", Februar 2012 in Berlin

Anhang 10: Bericht zur Beratungskonferenz "Koordinierte Initiativen zur Weiterentwicklung der Ausbildung in Medizin und Gesundheitsberufen. Wo stehen wir und wie geht es weiter?", 28./29.6.2012 in Bochum

Anhang 11: Informations-Briefe des Kooperationsverbundes "Hochschulen für Gesundheit" e. V.

Abschlussbericht des Projektes „Koordinierte Initiativen zur Weiterentwicklung der Ausbildung in Medizin und Gesundheitsberufen“

Teil-Projekt: „Hochschulen für Gesundheit“ e. V.

1 Allgemeine Angaben

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Teil-Projektes „Koordinierte Initiativen zur Weiterentwicklung der Ausbildung in Medizin und Gesundheitsberufen“ (Bewilligungs-Nr. 11.5.1310.0027.0) beschrieben, für die der Verein „Hochschulen für Gesundheit e.V.“ vom 5/10 bis 7/12 verantwortlich zeichnet. Die Ergebnisse des anderen Teilprojektes, das durch die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung durchgeführt wird, werden in einem gesonderten Bericht zu einem späteren Zeitpunkt von der Gesellschaft für medizinische Ausbildung e. V. dargelegt.

Die Projektbearbeiter/innen des Vereins „Hochschulen für Gesundheit e.V.“ waren Prof. Eberhard Göpel (wissenschaftliche Projektleitung) mit den Mitarbeiterinnen Silke Amann (Bachelor „Gesundheitsförderung und –management“; ab 11/2010 Vertretung für Nadine Bohnet, Diplom „Gesundheitsförderung und –management“) und Thekla Neumann (Bürokauffrau) für die Zeit von Mai 2010 bis März 2012 an der Hochschule Magdeburg-Stendal bzw. Birgit Stubner, Dr. Barbara Weigl und Dörte Hofmann-Kock für die Zeit von April bis Juli bzw. August 2012 an der Alice Salomon Hochschule in Berlin.

Das Projekt griff die im Jahr 1999 im Rahmen des Bologna-Prozesses initiierten Ausbildungs- und Studienreformen auf und hatte das Ziel, diese durch koordinierte Initiativen für die Weiterentwicklung der Ausbildung in der Medizin und der anderen gesundheitsberufe anzunähern und aufeinander abzustimmen. Der Schwerpunkt dieses Teilprojektes wurde dabei auf die Koordination der Entwicklung von Fachqualifikationsrahmen für die Studienbereiche „Physio-“, „Ergotherapie“, „Logopäden“ und der „Pflegerwissenschaften“ gelegt. Dabei wurde eine Verbindung mit den Entwicklungen in der Mediziner Ausbildung angestrebt.

2 Ziele und Erwartungen

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beschrieb in seinem Gutachten 2007 folgenden Problemrahmen: Es bestehe „eine nicht immer effiziente Arztzentriertheit der Krankenversorgung sowie Ausbildungsmängel. So werden die Gesundheitsberufe nicht adäquat auf die Zusammenarbeit mit anderen vorbereitet“ (S.28). Er fordert daher, dass „der Akademisierungsprozess verschiedener Gesundheitsberufe [...] vereinheitlicht werden“ sollte (ebenda). Einen weiteren Anstoß, die (Hochschul)Ausbildung der Gesundheitsberufe zu optimieren, gab der von den Wissenschaftsministern europäischer Länder im Jahr 1999 vereinbarte Bologna-Prozess, der dazu aufrief bis zum Jahr 2010 einen einheitlichen Europäischen Hochschulraum zu schaffen. Ausgangspunkt für das Projekt „Koordinierte Initiativen zur Weiterentwicklung der Ausbildung in Medizin und Gesundheitsberufen“ war in diesem Zusammenhang das

Interesse der Hochschulrektorenkonferenz (HRK), den Bologna-Prozess auch auf die Medizin und andere wichtige Gesundheitsberufe zu übertragen und damit eine einheitliche Ausbildungsstruktur im Tertiären Bildungsbereich für alle Gesundheitsberufe zu schaffen.

Ziel der im Rahmen dieses Teilprojektes zu entwickelnden „Fachqualifikationsrahmen“ für die Hochschul-Bildung in den wichtigsten Professionsbereichen im Gesundheitswesen war es, zur Vergleichbarkeit berufsrelevanter Kompetenzentwicklungen auf den drei Qualifikationsstufen des Hochschulstudiums beizutragen. Dabei sollte durch die Erarbeitung von fachspezifischen sowie disziplinübergreifenden, bzw. interprofessionellen Kompetenzprofilen ein Beitrag geleistet werden, die Koordination der Gesundheitsversorgung effizienter und patienten- bzw. zielgruppengerechter zu gestalten.

Das hier dokumentierte Projekt hatte dabei zum Ziel, vor allem die Entwicklung kompetenzbasierter Fachqualifikationsrahmen (FQR) für die Hochschulbildung von Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden und der Pflegewissenschaft zu fördern und eine Verzahnung der Entwicklung berufsqualifizierender Studiengänge im Gesundheitsbereich zu unterstützen. Der Projektnehmer „Hochschulen für Gesundheit“ e. V. (im Folgenden mit „HoGe“ abgekürzt) bot den Entwicklern in den FQR-Gruppen der verschiedenen Berufsbereiche dafür im Rahmen von Tagungen, Telefonkonferenzen und Beratungstreffen eine Kommunikationsplattform für eine systematische Zusammenarbeit.

Der Verein HoGe verfolgte bei seiner Beratung der FQR-Entwicklungsgruppen stets auch die folgenden drei Ziele:

- 1 Er möchte die berufsspezifischen FQR-Entwicklungsgruppen dafür sensibilisieren, dass die derzeitigen politischen, ökonomischen, kulturellen und soziodemografischen Entwicklungen die Bedeutung der Krankenhäuser als Orte der Ausbildung und der Tätigkeit von Gesundheitsberufen sowie die Bedeutung der durch klinisch orientierte Ärzte erbrachten Leistungen relativieren werden (vgl. Studie „Zukunft für Krankenhäuser“ der HWP Planungsgesellschaft 2007). HoGe möchte den Anstoß geben, dass bei der Ausbildung der Gesundheitsberufe auch der Kompetenzerwerb für die gesundheitliche Primärversorgung im Sinne des „Primary Care“ Konzepts der Weltgesundheitsorganisation, d.h. ambulante Aufgaben in privaten Haushalten, in und mit familiären Netzwerken, der Selbsthilfe etc. stärker berücksichtigt wird.
- 2 Der Verein wirbt dafür, dass in den Fachqualifikationsrahmen auch Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in allen Gesundheitsberufen an Bedeutung gewinnen. Dies ist sowohl aus ethischen als auch aus ökonomischen Gründen dringend erforderlich.
- 3 Bei der Erstellung von Fachqualifikationsrahmen für Gesundheitsberufe sollen die Bildungsziele der wissenschaftlichen Hochschulbildung auch für die Aneignung der berufspraktischen Kompetenzen im Sinne eines „forschenden Lernens“ bestimmend sein. Es sollte stets im Blick behalten werden, dass im Studium nicht nur aufgabenbezogene Berufskompetenzen erworben werden sollen, sondern die Hochschulausbildung auch wesentlich zur Persönlichkeitsentwicklung, zu

disziplinübergreifendem Denken und zur kritischen Reflexionsfähigkeit der Studierenden im Sinne eines „reflective Practitioner“ anregen soll.

Die Projektnehmer sollen sich dabei mit den Entwicklern des „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin“ (NKLM) der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung austauschen, um von den parallelen Entwicklungen profitieren zu können und die Erstellung vergleichbarer Kompetenzprofile anzuregen.

Die konkreten Teilziele bzw. Meilensteine des Projektes können dem folgenden Abschnitt „Durchführung“ entnommen werden.

3 Durchführung

Um die Kooperationsbeziehungen zwischen den Gesundheitsberufen in der Ausbildung und in der Berufspraxis zu optimieren, sind aus Sicht von HoGe folgende Schritte notwendig:

1. transparente Beschreibung des fachlichen Profils und der Kompetenzen der jeweiligen Berufe (inkl. einer Beschreibung der fachlichen Grenzen und damit des Kooperations- und Unterstützungsbedarfs durch jeweils andere Berufsgruppen),
2. Beschreibung von Überschneidungsbereichen mit den anderen Gesundheitsberufen,
3. daraus abgeleitete Entwicklung bzw. Implementierung interprofessioneller, kompetenzbasierter Ausbildungsmodule.

3.1 Meilensteine und fortlaufende Projektaufgaben

Wichtige Meilensteine des Projektes sind:

a) **Erhebung der Ausgangssituation im Austausch mit Hochschulen, Berufsverbänden, Ministerien und weiteren Akteuren in den Berufsfeldern**

Dazu gehört neben umfangreichen Expertengesprächen und Literaturrecherchen auch die

- Einrichtung der Arbeitsgruppe „Absolventenstudien“ (Praxisfeldentwicklung): Es wird mit den hochschulübergreifenden Absolventenstudien u. a. analysiert, welche im Studium erworbenen Kompetenzen für die berufliche Tätigkeit relevant sind und dementsprechend in den FQR Berücksichtigung finden sollten. (Es lagen bis Projektstart nur wenige Verbleibsstudien aus den unterschiedlichen Studienbereichen der Gesundheitsberufe vor und diese sind auf Grund ihres unterschiedlichen Erhebungsdesign kaum vergleichbar [vgl. Sachs et al. 2010].)

b) **Maßnahmen der Kommunikationsverbesserung**

Diese beinhalten u. a. die professionsübergreifende Vernetzung der Aktivitäten mittels

- Info-Briefe und
- Telefonkonferenzen mit Verbands- und Hochschulvertreter/innen der Gesundheitsberufe sowie die
- Pflege der Webseite www.hochges.de

- c) **Beratungstreffen zur Entwicklung der Fach-Qualifikationsrahmen in den verschiedenen Professionssträngen:**
HoGe organisiert Treffen, die die gegenseitige Beratung der FQR-Entwicklungsgruppen, die Identifikation von Schnittstellen der unterschiedlichen Studienbereiche sowie die Konkretisierung weiterer gemeinsamer Aktivitäten fördern.
- d) **gemeinsamer AK Hochschuldidaktik**
Es wird die Realisierung eines berufsbegleitenden weiterbildenden Master-Studienganges „Innovative Hochschuldidaktik für Gesundheitsberufe“ zur Qualifizierung von HochschullehrerInnen und wissenschaftlichem Nachwuchs in einem hochschulübergreifenden Verbund durch „Hochschulen für Gesundheit“ angeregt. Im Rahmen des in diesem Bericht dokumentierten Projektes wurde eine Entwicklungsgruppe unter Leitung von Frau Prof. Ursula Walkenhorst (Hochschule für Gesundheit Bochum) gebildet, die u. a. einen Förderantrag für ein Verbundprojekt erstellte.
- e) **Ideenwettbewerb:**
Ein durch HoGe ausgerufen und prämiertes Ideenwettbewerb regte die Studierenden zur Reflexion an, welche Kompetenzen der Gesundheitsberufe für eine interprofessionelle Gesundheitsversorgung notwendig sind. Ergebnisse des Ideenwettbewerbs können auch für die FQR-Erstellung genutzt werden. Sie sind unter <http://www.hochges.de/index.php/service/dokumentationen> dokumentiert.
- f) **AK Promotion**
Im Zuge der HoGe-Tagung wurde ein hochschulübergreifender Arbeitskreis „Promotion“ eingerichtet. Ziel ist die Entwicklung von ausbildungsorientierten, kooperativen Forschungsverbänden und Promotionskollegs für Gesundheitsberufe. Inhalte sollen u. a. die Entwicklung und Erprobung von komplexen gegenstandsadäquaten Forschungsmethoden der Gesundheitsforschung wie partizipative Verfahren der Erkenntnisgewinnung und Validierung, Mehrebenen-Analysen oder mehrperspektivische Relationierungen auf der Grundlage komplexer Handlungsmodelle in verschiedenen Anwendungs- und Berufsbereichen sein.
- g) **Gründungsaufruf für die Bildung eines berufsübergreifenden „Sekretariat für die Hochschul-Bildung der Gesundheitsberufe“ in Berlin im „Haus der Gesundheitsberufe“**
- h) **Ausarbeitungen von Koezeptplanungen für die Organisationsentwicklung zu regionalen Hochschulen für Gesundheit**
- i) **Beratung von Hochschulen z.B. im Rahmen einer Tagung in Kiel, die regionale Hochschule für Gesundheit planen**
- j) **Implementierung von mediengestützten Studienangeboten für Gesundheitsberufe im Rahmen des Programmes „Offene Hochschule für Gesundheit“**
- k) **Organisation, Durchführung und Dokumentation von Tagungen:**
HoGe organisierte im Projektzeitlauf zwei große Tagungen zur Zukunft der Hochschulbildung der Gesundheitsberufe, deren Dokumentationen als Print-Medium und online einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden (siehe

<http://www.hochges.de/index.php/service/dokumentationen>). Die Tagungen beinhalteten neben informativen Berichten und kontroversen Diskussionen stets auch anwendungsorientierte Workshops, die die Teilnehmer/innen dazu anregen sollten, interprofessionelle Aktivitäten auf Ebene der Hochschulbildung und Forschung auszubauen.

- l) Engagement in der GMA- Arbeitsgruppe „Interprofessionelle Ausbildung“**
Die Gründung einer Arbeitsgruppe „interprofessionelle Ausbildung“ wurde von der GMA im Rahmen des Teilprojektes NKLM Entwicklung angeregt und im Rahmen einer Kooperations-Tagung am 26.10.2010 in Bochum beschlossen. Die Arbeitsgruppe wurde im Juni 2011 unter Leitung von Prof. Ursula Walkenhorst und Prof. Karin Reiber konstituiert. Es ist geplant, bis Ende 2012 ein Positionspapier zu erarbeiten, das Empfehlungen für die Ausgestaltung interprofessioneller Ausbildung in den Gesundheitsberufen enthält.
- m) Engagement im Rahmen der Deutschen Gesellschaft für Hochschuldidaktik**
Im Rahmen der Deutschen Gesellschaft für Hochschuldidaktik wurde auf Initiative von Frau Prof. Reiber und Prof. Göpel im März 2011 eine Arbeitsgruppe Gesundheitswissenschaften gebildet, die von der zweiten Vorsitzenden der DGHD, Frau Prof. Tobrina Brinker, koordiniert wird.
Es wird angestrebt, die DGHD als gemeinsamen fachlichen Rahmen für hochschuldidaktische Entwicklungs-Planungen zu nutzen, der alle Gesundheitsberufe einschliesslich der ärztlichen Ausbildung einbeziehen kann.
- n) Beteiligung an der Gründung eines „International Journal for Health Professions“ (JJHP)**, das von der Züricher Hochschule für angewandte Wissenschaften initiiert wird. Hierzu fand ein Vorbereitungstreffen im April 2012 in Berlin mit VertreterInnen verschiedener Berufsgruppen statt. Ein Start in der Form eines Open Access-Journals ist für 2013 geplant.

Zu den stetigen Projektaufgaben von HoGe gehören:

- **Lobbyarbeit und Ausweitung von Kooperationsbeziehung** in Bezug auf Ministerien, Parteien, Verbänden etc.
Der Verein HoGe baut neue Kooperationen mit unterschiedlichen Akteuren auf und intensiviert bestehende. Ziel ist u. a. Fördermittel für eine an dieses Projekt anschließende, systematische Ausarbeitung der erarbeiteten FQR zu erwirken (z.B. für die strukturelle Verankerung von hochschuldidaktischen Kompetenzen in den zentralen Professionsbereichen oder die Erarbeitung von Kerncurricula).
- **Öffentlichkeitsarbeit**
Ziel ist es, den Austausch der Gesundheitsberufe untereinander zu fördern, Sektordenken zu überwinden, von parallelen Entwicklungen in der Ausbildung zu profitieren und gemeinsame Initiativen zu fördern. Die einzelnen durchgeführten

Maßnahmen werden näher im gesonderten Abschnitt „5. Öffentlichkeitsarbeit“ beschrieben.

- **Fortlaufende Beratung, wissenschaftliche Recherche und Verbreitung relevanter Literatur**

HoGe informiert sowohl die FQR-Entwicklungsgruppen als auch die Fachöffentlichkeit und ministerielle Verwaltungen über nationale und internationale Entwicklungen zum Themenbereich „Kompetenzbeschreibungen der Gesundheitsberufe“ und „Koordination der interprofessionelle Zusammenarbeit“ (z.B. Entwicklungen in Europa, Kanada, der Schweiz). Der Schwerpunkt der Tätigkeiten von HoGe besteht in der Förderung der Kommunikation und Kooperation zwischen den Studienbereichen und ihren FQR-Entwicklern.

HoGe konzentriert sich bei seinen Aktivitäten zwar stets auf die Hochschulausbildung der akademisierten Gesundheitsberufe, lädt jedoch auch Vertreter der Berufsschulen, Gewerkschaften etc. zu seinen Beratungen und Tagungen ein.

3.2 Hintergrund und Herausforderungen des Projektes

Um die durch HoGe geleisteten Aktivitäten besser nachvollziehen zu können, soll hier kurz der bildungspolitische Hintergrund des Projektes beschrieben werden:

Die Entwicklung eines *Deutschen* Qualifikationsrahmen [DQR] geht auf die Empfehlungen des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. April 2009 zu Errichtung des *Europäischen* Qualifikationsrahmens für Lebenslanges Lernen [im Folgenden EQF oder EQF-LLL] zurück. Zielsetzung dieses Vorhabens ist es, im Rahmen der beruflichen Qualifikationen in Europa zu einer besseren Vergleichbarkeit auf der Grundlage erreichter Kompetenzen zu gelangen. Dies soll im Rahmen einer achtstufigen Gliederung von Kompetenz-Niveaus geschehen, die auch die hochschulischen Abschlüsse (Niveau 6 = Bachelor, Niveau 7 = Master, Niveau 8 = Promotion) einschließen. Eine Umsetzung dieser EU-Richtlinie erfolgt dabei jeweils in nationaler Zuständigkeit. In Deutschland wurde zur Umsetzung durch die KMK und das BMBF ein Beratungsverfahren zur Erarbeitung eines Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) initiiert (www.deutscherqualifikationsrahmen.de). Der DQR sieht insgesamt vier Kategorien für die Beschreibung von Kompetenzen vor: „Wissen“, „Fertigkeiten“, „Sozialkompetenz“ und „Selbstkompetenz“; letzteres später ersetzt durch die Kategorie „Selbstständigkeit“ (vgl. Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen 2011).¹ Er unterscheidet sich damit von den drei Kategorien des EQF („Kenntnisse“, „Fertigkeiten“ und „Kompetenzen“).

Zusätzlich wurde bereits 2005 durch die Kultusministerkonferenz ein – an die Empfehlungen des europäischen „Frameworks for Qualification of the European Higher Education Area“ [EQF-EHEA] – angelegter Qualifikationsrahmen für *deutsche Hochschulabschlüsse* verabschiedet, der die zwei Kategorien „Wissen & Verstehen“ sowie „Können“ nutzt und sich anders als der EQF und DQR nicht auf alle Qualifikationsstufen, sondern ausschließlich auf die Hochschulbildung bezieht (für weitere Informationen siehe Wissenschaftsrat 2010 und

¹ Der DQR wurde erst (parallel zu dem laufenden Projekt durch den Verein HoGe) am 22. März 2011 durch den Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen verabschiedet.

Räbiger/ Walkenhorst 2010). In den Untersuchungen von Gehmlich (2009, S.32), die auf einer Analyse von einschlägigem Sekundärmaterial sowie auf vorstrukturierten Gesprächen mit 43 Sachverständigen beruhen, „wird sehr deutlich, dass es „den“ europäischen Qualifikationsrahmen noch nicht gibt. Sowohl der Bologna- als auch der Kopenhagen-Prozess haben – weitgehend unabhängig voneinander – jeweils einen Rahmen erarbeitet, mit unterschiedlichem Verständnis und verschiedenen Erwartungen. Während der EQF-EHEA die Qualifikationen nennt (short cycle-, first, second and third cycle qualification) und sie anhand der „Dublin-Deskriptoren“ in der Form von Lernergebnissen beschreibt, erfolgt im EQF-LLL eine Darstellung von Kompetenzbündeln, die sich horizontal aus „knowledge, skills“ und „competence“ zusammensetzen, vertikal pro Beschreibungskategorie und als gesamtes Kompetenzbündel eine Abstufung zu den Stufen darüber bzw. darunter erkennbar machen, ohne dass eine bestimmte Qualifikation abgebildet ist.“ Auf Grund der heterogenen Erwartungen und Empfehlungen hinsichtlich der Struktur eines EQF bzw. DQR oder eines Qualifikationsrahmen für Hochschulabschlüsse wird auch die Entwicklung von Fachqualifikationsrahmen für einzelne Ausbildungs- und/oder Studienbereichen in den einzelnen Ländern und unterschiedlichen Disziplinen sehr inhomogen gehandhabt.

Klare politische Vorgaben zur Strukturierung des fachspezifischen Qualifikationsrahmens (FQR) inklusive der Auswahl von Deskriptoren bestehen nicht (vgl. Tabelle 1).

Land	Beschreibungskategorien der Lernergebnisse (Kompetenzdimension)				
EQF-EHEA	Knowledge & understanding	Applying knowledge & understanding	Making judgements	Communication	Learn to learn
EQF-LLL	Knowledge	Skills	Competences		
	Theoretical and/or factual	Cognitive (use of logical, intuitive and creative thinking) and practical (involving manual dexterity and the use of methods, materials, tools and instruments)	In terms of responsibility and autonomy		
TUNING (neun Hochschuldisziplinen)	Subject-specific competences	Generic competences			
	Widening/deepening	Instrumental/communicative/systemic			
Australien	Knowledge	Understandings	Skills		
	Generic/Subject specific	Generic/Subject specific	Generic/Subject specific		
England, Wales, Nordirland	Knowledge & understanding	Skills	Other attributes		
			Intellectual/thinking/cognitive practical transferable (key skills)		
Irland	Knowledge	Know-how & skills	Competences		
	Breadth/Kind		Context/Role/Learning to learn/Insight		
Schottland	Knowledge & understanding	Practise: Applied Knowledge & understanding	Generic cognitive skills	Communication, ICT and numeracy skills	Autonomy, accountability and working with others
Deutschland Hochschulabschlüsse	Wissen	Können			
	Verbreitung/Vertiefung	Wissenserschließung: Instrumental/systemisch/kommunikativ			

Tabelle 1: Beschreibungskategorien der Kompetenzdimensionen (Gehmlich 2009, S.36)

Allein die Tatsache, dass unterschiedliche Kriterien/Deskriptoren des Europäischen Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen (EQF-LLL), des DQR und des Framework for Qualification of the European Higher Education Area (EQF-EHEA) vorliegen und zudem die Option besteht, fach- bzw. professionspezifische Deskriptoren zu entwickeln, erschweren die in diesem Projekt angestrebte Verzahnung der entwickelten Fachqualifikationsrahmen. Auch wenn das geringe Maß an Vorgaben einerseits erfreulich ist, da „fach-, disziplin- bzw. domänen- oder sektorenbezogenen Lernprozesse“ bei der Auswahl von Deskriptoren im Vordergrund stehen (Gehmlich 2009, S. 34), trägt dieser Sachverhalt andererseits dazu bei, dass die entwickelten (Fach)Qualifikationsrahmen schwerer vergleichbar sind.

Darüber hinaus wird der Deutsche Qualifikationsrahmen zurzeit von verschiedenen Berufs- und Interessengruppen eher als Rahmen genutzt, den gegebenen Status Quo festzuschreiben, anstatt eine größere bildungs- und berufsbezogene Durchlässigkeit und Mobilität zu fördern. Hinzu kommt die Einschätzungen der Hochschulrektorenkonferenz, dass die gängigen Begriffsdefinitionen und Graduierungsparameter des Deutschen Qualifikationsrahmen „zu unklar für trennscharfe und plausible Zuordnungen [sind]“ (HRK 2010, S.2). So besteht stets die Gefahr, dass die Zuordnung zu den einzelnen Niveaustufen sich nicht primär „sachlogisch an den Deskriptoren, sondern an politischen Zielen [orientiert]“ (ebenda, ergänzt; vgl. auch Bals 2009).

Wie auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen analysiert, „löst die Diskussion um den Neuzuschnitt von Aufgaben im Gesundheitswesen bei den Berufsgruppen Konkurrenzgefühle und Vorbehalte aus“ (2007, S.28). Auf Grund der geschilderten berufspolitischen Gemengelagen, besteht die erste Hauptaufgabe von HoGe darin, zwischen den Studienbereichsvertreter/innen eine „Zone des Vertrauens“ herzustellen, so dass überhaupt erst die Bereitschaft aufkommt, sich bereits während des Entwicklungsprozesses der FQR die eigenen Zwischenergebnisse als Anregung zur Verfügung zu stellen und in einen kritischen Austausch mit anderen Studienbereichen zu treten. Hinzu kommt, dass sich eine „von allen geteilte Vorstellung von interprofessioneller Kompetenz nicht einfach induzieren und vermutlich auch nicht diskursiv herstellen lässt; vielmehr ist in der Praxis immer von mehr oder weniger divergierenden Auffassungen auszugehen“ (Unger 2010, S.69).

Zusammengefasst wird der Projektverlauf durch folgende externe Rahmenbedingungen erschwert, die insbesondere aus unklaren politischen Vorgaben hervorgingen wie:

- **unklare Definitionen und Kriterien der FQR** (z.B. diffuse Anwendung des Begriffes „Kompetenz“; unklare Rahmenstruktur [Dublin Descriptors? DQR-Begriffe? studienbereichsspezifischer Begriffe?] vgl. Gehmlich 2009, S.35; Bals 2009, S.9)
- **unklare Legitimationswege** (z.B. wer darf den FQR entwickeln und wie wird das Endergebnis legitimiert? Welche Rolle spielen die Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretungen bei der Erarbeitung?)
- **unklare Aufklärung über die Reichweite der FQRs** (dadurch große Unsicherheiten bei den einzelnen Entwicklungsgruppen hinsichtlich der Formulierungen, der Struktur

aber auch der Tragweite der FQRs z.B. hinsichtlich Curricula, Akkreditierung und tarifliche Eingruppierungen der Absolvent/innen).

Die Entwicklung der FQR's wurde zudem durch folgende interne Rahmenbedingungen erschwert:

- **geringe personelle und finanzielle Mittel** zur Erarbeitung von FQRs innerhalb der beteiligten FQR-Entwicklungsgruppen
- **hohe Heterogenität der Studienangebote** im Gesundheitsbereich² (z.B. in Bezug auf Studiendauer; Arten des Abschlusses; Studieninhalte; Lehrformen)

Anders als in anderen Ausbildungsbereichen wird im Gesundheitsbereich die Situation mit der teils dualen Ausbildung und einer Konfrontation mit 16 verschiedenen Ländergesetzgebungen sowohl auf der Ebene der Hochschulen als auch auf der Ebene der Berufsbildung zusätzlich diffus (Zervakis 2009, S.8).

Die Diskussion und nur teilweise erfolgreiche Klärung dieser nur beispielhaft skizzierten Auswahl von Fragen und Herausforderungen gestaltete sich im Projektverlauf – verständlicherweise – sehr zeitintensiv (vgl. hierzu auch Fragestellung von Rübiger/Walkenhorst, 2010, S.48f).

Zusammenstellungen, in welchen gesundheitsbezogenen Studiengängen welche Kompetenzen vermittelt werden, existierten vor Projektstart nicht. Ausländische Modelle wie etwa das Schweizerische Beispiel von Fach-Qualifikationsrahmen für Gesundheitsberufe (vgl. Sottas 2010), das in einer top-down Strategie entwickelt wurde, bieten mit ihren parallel gleichförmig vereinheitlichten Abschlusskompetenzen für alle Gesundheitsberufe **kaum ein praxistaugliches Vorbild für Deutschland**. In Deutschland muss die Entwicklung von Qualifikationsrahmen stets einen umfangreicheren Aushandlungsprozess der Ausbildungsvertreter (v. a. aus Berufs- und Hochschulen), Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern, sonstigen Berufsorganisationen und Landes- und Bundespolitik durchlaufen. Dieser Prozess gestaltet sich zwar zeitintensiver, er ist aber unabdingbar, um die Akzeptanz und damit auch die Chance auf eine Umsetzung der Qualifikationsrahmen zu erhöhen.

Über die Entwicklungsarbeiten aller FQR-Gruppen sowie des NKLM wurde in den Kooperationstagungen des Hochschulverbundes „Hochschulen für Gesundheit“, bei Beratungstreffen, durch die Info-Briefe per Mail und durch Print-Dokumentationen regelmäßig berichtet (siehe die Tagungs-Dokumentationen der HoGe – Tagungen unter www.hochges.de). Der Verein „Hochschulen für Gesundheit“ empfiehlt den beteiligten FQR-Gruppen zwar, für ihre studienbereichsspezifischen FQR auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und in politischen Aushandlungsprozessen gewonnene

² Sogar in den „neueren“ (d.h. in Deutschland erst 2001) gestarteten Studiengängen für Physio-, Ergotherapie und Logopädie gibt es bereits rund 25 Studienmöglichkeiten auf Bachelor- und mind. 4 auf Master-Niveau, die bezüglich ihrer Schwerpunkte sehr stark variieren (vgl. Höppner/ Rübiger 2009).

Terminologien und Schemata zu verwenden. Er sieht seine Aufgabe jedoch nicht darin, die einzelnen FQR-Entwicklungsgruppen zu einem einheitlichen Raster mit identischen Begriffsdefinitionen zu veranlassen, da dies der partizipativen konsensorientierten Vorgehensweise der FQR-Entwicklung widerstrebt. So folgen auch die gegenwärtigen Entwicklungsprozesse aller FQR-Gruppen jeweils unterschiedlichen Grundmodellen: Zum Beispiel dem Modell der Fall-Bearbeitung in der Sozialen Arbeit und in der Pflege oder dem Modell des Public Health Action Cycle im Bereich der Gesundheitsförderung /Public Health. Leitend ist dabei jeweils vor allem das Interesse, zunächst einen Konsens zu einer grundlegenden fachspezifischen Systematik der Kompetenz-Stufung und der Kompetenz-Differenzierung auf den Kompetenz-Niveaus 6, 7, 8 für das Hochschul-Studium in den jeweiligen Professionssträngen zu gewinnen. Dieser Schritt ist sowohl für die Entwicklung der neueren als auch für die Systematisierung der bereits länger bestehenden Studiengänge von großer Bedeutung. Die FQR dienen den einzelnen Entwicklungsgruppen zu allererst für eine Selbstvergewisserung der Berufsgruppen über ihr eigenes Studien- bzw. Berufsprofil.

4 Nachbereitung

5 Öffentlichkeitsarbeit

Der Verein HoGe hat es sich zum Ziel gesetzt, die Entwicklung und den Austausch zu Fachqualifikationsrahmen allen interessierten Berufsgruppen mit einem hochschulischen Qualifizierungsanspruch zu ermöglichen. Entsprechend dem Gutachten „Kooperation und Verantwortung“ des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007, S.42) ist eine „Abgrenzung von Gesundheitsberufen insbesondere gegenüber sozialen oder erzieherischen Berufen [...] jedoch nicht immer eindeutig möglich“ und aus Sicht der Patientinnen und Zielgruppen häufig auch nicht sinnstiftend.

Dementsprechend begrenzt sich der Verein HoGe nicht auf die im Projektantrag geforderten Studienbereiche, sondern bietet stets auch anderen Professionen wie „Psychologen“, „Apothekern“ und „Sozialer Arbeit“ den Austausch und aktuelle Informationen zum Projekt an. HoGe bedenkt auch stets die wichtige Zielgruppe der Studierenden mit Informationen zum Fachqualifikationsrahmen und lädt zur Beteiligung am Entwicklungsprozess ein.

Der Verein nutzt für seine Öffentlichkeitsarbeit eine für das Projekt aufgebaute, umfassende Datenbank mit Kontakten aus den Bereichen „Hochschulen“, „sonstige Bildungseinrichtungen“, „Kammern und Verbände“ (inkl. Sozialpartner), „Fachschaften“, „Presse“ (inkl. Fachzeitschriften), „Sozialversicherungsträger“, „Wissenschaft/Forschung“ und „Politik“ (inkl. Parteien und Ministerien).

Viele angesprochene Institutionen greifen die Informationen von HoGe auf und streuen sie über ihre internen Verteiler sowie ihre öffentlich zugänglichen Webseiten (z.B. Webseiten der „Deutsche Gesellschaft für Hochschuldidaktik“, „Forschung für Gesundheit“, der „Deutschen Gesellschaft für integrierte Versorgung im Gesundheitswesen“, des „Fachbereichstags Soziale Arbeit“, der „Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft“, Internet-Journal „Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsförderung“ sowie Print-Veröffentlichungen in

„Mabuse. Zeitschrift für Gesundheitsberufe“, Email-Verteiler der „Deutsche Gesellschaft für Psychologie“, Lokalzeitung „Magdeburger Volksstimme“ und viele mehr). Positive Resonanz zeigt sich auch in aktiven Anfragen von Externen, ob Projektergebnisse auf Webseiten oder in Datenbanken aufgenommen werden dürfen (z.B. Anfrage des Deutschen Zentrums für Altersfragen).

Zudem wurden im Projektverlauf 11 Mal Info-Briefe an einen weiten Empfängerkreis versandt, mit denen auf die Entwicklungen der FQR aufmerksam gemacht und zur Mitwirkung an interprofessionellen Aktivitäten eingeladen wird.

Für das Projekt werden zudem auf der Vereinswebseite in einem eigenen Bereich „Fachqualifikationsrahmen“ stets aktuelle Informationen eingepflegt (siehe <http://www.hochges.de/index.php/aktivitaeten/fqr-gesundheitsberufe>), die u. a. Transparenz über die Ansprechpartner der Entwicklungsgruppen-Leiter sowie über (Zwischen)Ergebnisse herstellen.

Zusätzlich bietet der Verein mit zwei Print- und Online-Veröffentlichungen zur Tagung den FQR-Gruppen Darstellungsmöglichkeiten (siehe <http://www.hochges.de/index.php/service/dokumentationen> sowie die umfassende Tagungswebseite <http://www.hochges.de/tagung2011/>). Dabei werden auch moderne Medienformate wie Videos genutzt und über bekannte Medien wie Youtube verbreitet (siehe <http://youtu.be/eH64KK0Ulw>).

Der Verein „Hochschulen für Gesundheit“ ist in seiner Öffentlichkeitsarbeit stets bestrebt, auch gelungenen Beispielen Externer zu größerer Bekanntheit zu verhelfen. So wird beispielsweise das Memorandum „Kooperation der Gesundheitsberufe“ im Auftrag der Robert Bosch Stiftung (Alscher et al. 2010) über einen eigenen Arbeitskreis auf der HoGe-Tagung, als Beilage der Tagungs-Einladungen und über Online-Informationsmedien verbreitet. Gleiches gilt für andere Veröffentlichungen wie etwa der Bericht der Lancet Kommission zur „Education of Health Professionals for the 21th Century“ der Careum Stiftung, Zürich (Careum 2011).

6 Zielerreichung

6.1 Erfolge des Projektes

Die durch „Hochschulen für Gesundheit“ erzielten Erfolge lassen sich nur bedingt quantitativ erfassen:

Der Verein Hochschulen für Gesundheit

- erreicht einen großen Empfängerkreis (Hochschulen, Berufsverbände, Ministerien) mit Informationen über die Fachqualifikationsrahmen und Veränderungsansätze für eine bessere interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe (z.B. in Form von persönlicher Ansprache, Post- und E-Mailing, 11 Newslettern);

- organisiert im Projektzeitraum zwei große Tagungen zur "Zukunft der Hochschulbildung für Gesundheitsberufe" vom 24. - 25. Juni 2010 in Bochum mit rund 140 Teilnehmer/innen sowie vom 26. - 27. Mai 2011 in Magdeburg (hierbei konnten rund 160 Interessent/innen für 12 Workshops und Hauptprogramm) gewonnen werden;
- tauschte sich in mehreren Arbeitstreffen und Telefonaten mit dem Vorsitzenden der GMA Prof. Eckhart Hahn, später vertreten durch seinen Nachfolger, Prof. Martin Fischer und Karin Mohn von der Geschäftsstelle des NKLM-Projektes über die Kern- und Poolkompetenzen der Gesundheitsberufe sowie best möglicher Beschreibungsformen aus .
- veröffentlichte diverse Printmedien (z.B. 10/2011 „Wie können aus Gesundheitsberufen Gesundheitsberufe werden?“ sowie 08/2010 zur „Zukunft der Hochschulbildung für Gesundheitsberufe im europäischen Kontext“);
- veröffentlichte die im Rahmen des Projektes angestoßenen Absolventen-Studien für den Bereich Gesundheitswissenschaften und Pflege (Ergebnisse unter <http://www.hochges.de/index.php/aktivitaeten/absolventenstudien>), die einen guten Einblick geben, in welchen Berufsfeldern die Absolvent/innen aktiv werden.

Neben der proaktiven Beratung durch den Verein HoGe wird diese von den FQR-Entwicklungsgruppen auch selbst eingeholt (z.B. Einladung zur Beratung bei FQR-internem Treffen der Gruppe „Therapiewissenschaft“ und Beratungstreffen der Gruppe „Gesundheitsförderung/Public Health“). Aus Rückmeldungen der FQR-Gruppen geht hervor, dass die Beratung sehr geschätzt wird.

Die FQR-Gruppen sehen sich bei der Entwicklung ihrer FQR stets mit geringen personellen und finanziellen Ressourcen konfrontiert. Mit diesen und den im Abschnitt „Herausforderungen des Projektes“ genannten Aspekten ist es umso bemerkenswerter, dass die Entwicklung kompetenzbasierter Fachqualifikationsrahmen für die Hochschulbildung von Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden und der Pflege zu präsentablen Ergebnissen kam und diese in den nächsten Monaten veröffentlicht werden. Massgeblich war dafür die Unterstützung durch den Hochschulverbund für Gesundheitsfachberufe (HVG) und der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP).

Der Bereich „Therapiewissenschaft“ hat einen FQR entwickelt, der Anfang Mai 2012 in der Mitgliederversammlung des „Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe“ in einem Entwurf vorgestellt wurde. Die FQR-Entwickler/innen entschieden sich aus inhaltlichen Gründen, für alle drei Studienbereiche (d.h. Logo-, Ergo- und Physiotherapie) einen gemeinsamen FQR zu erstellen (siehe Bericht Birgit Stubner im Anhang). Für die Pflegewissenschaft ist mit einer Veröffentlichung im Herbst 2012 zu rechnen. Der FQR liegt bereits intern vor; er soll jedoch derzeit noch um eine Präambel ergänzt werden.

Es ist möglich – und sicherlich auch wünschenswert –, dass die Fachqualifikationsrahmen wie in anderen Studienbereichen auch (siehe beispielsweise „Soziale Arbeit“) nach einem

Praxistest und bei steigender Bekanntheit durch die Rückmeldungen Dritter auch nach ihrer Veröffentlichung weiterentwickelt werden.

Ein großes Erfolgsmoment ist, dass die Vorbehalte der einzelnen FQR-Arbeitsgruppen, sich miteinander zu ihren (Zwischen)-Ergebnissen auszutauschen, abgebaut worden konnten. Gegen Ende der Projektlaufzeit wurde von den FQR-Gruppen sogar aktiv der Austausch zwischen den FQR-Gruppen eingefordert (siehe beispielsweise Zitat von Hülksen-Giesler/ Recken 2011 für die Arbeitsgruppe „Pflegerwissenschaften“ in der Dokumentation zur HoGe-Tagung 2011, S. 45: *„Weiterhin wird einhellig empfohlen, auf einer nächsten Fachtagung die bisherigen Arbeiten an den Qualifikationsrahmen der verschiedenen Gesundheitsfachberufe in Beziehung zu setzen, um die weiteren Arbeiten ggf. aufeinander abstimmen zu können.“*)

Abschließend ist festzustellen, dass bei den beteiligten Akteuren die Einsicht gefördert wurde, dass eine Kooperation der Gesundheitsberufe nicht nur im Gesundheitswesen bzw. in dem konkreten Arbeitszusammenhang in der Berufspraxis ausgebaut werden sollte, sondern bereits auf der Ebene der Hochschulbildung gefördert werden sollte.

Die Projektziele konnten dahingehend übertroffen werden, dass auch andere Studienbereiche wie „Gesundheitsförderung/ Public Health“, „Soziale Arbeit“, „Psychologie“, „MTA“ in die gemeinsamen Beratungsprozesse einbezogen wurden. Hier liegen zum Projektende teilweise auch bereits ansehnliche Ergebnisse vor (z.B. wurde für „Gesundheitsförderung und –management“ ein FQR für das Niveau Bachelor veröffentlicht; Master als Entwurf). Weiterhin konnte für die medizinischtechnischen Gesundheitsberufe (MTA-Berufe)³ mit ihren ca. 95.000 Berufsangehörigen eine Kooperationen mit dem Deutschen Institut zur Weiterbildung Technischer Assistentinnen und Assistenten in der Medizin e.V. und dem Verein Technischer Assistentinnen und Assistenten in der Medizin (kurz: dvta) aufgebaut werden. Ihre Vertreter profitierten beispielsweise vom Austausch auf der HoGe-Tagung sowie von dem Beratungstreffen zum Fachqualifikationsrahmen im Februar 2012 in Berlin, bei dem Ergebnisse der anderen Gesundheitsberufe vorgestellt wurden. So gibt HoGe ihnen Orientierungshilfe bei ihrem in der Entwicklung begriffenen FQR der MTA-Berufe.

An den Ergebnissen der in der Antragsstellung des Projektes fokussierten Studienbereiche „Physio-“, „Ergo-“ und „Logopädie“ sowie „Pflegerwissenschaften“ wird deutlich, dass sie den „Paradigmenwechsel zu einer ‚Outcome-Orientierung‘ in der Lehre“ mittragen (Gehrmlich 2009, S. 37) und sich tatsächlich der Beschreibung von Kompetenzen widmen. Diese entwickelten FQRs bilden eine hilfreiche Grundlage, um eine Verzahnung der berufsqualifizierenden Studiengänge im Gesundheitsbereich zu erleichtern.

6.2 Kooperation mit der GMA

Die Vertreter der beiden Teilprojekte, GMA und HoGe, tauschten sich regelmäßig über die jeweiligen Entwicklungsstände des Projektes aus und brachten sich in Diskussionen bei Workshops und Podiumsdiskussionen ein. Die Koordination des Austausches von GMA und

³ Dieser Bereich umfasst die Medizinischtechnischen Laboratoriumsassistenten (MTLA), den Medizinisch-technischen Radiologieassistenten (MTRA) und die Medizinisch-technische Assistenten für Funktionsdiagnostik (MTAF) sowie die Veterinärmedizinisch-technische Assistenten (VMTA)

HoGe lag bei der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung. Im Diskussionsverlauf mit der GMA wurde deutlich, dass mit der Ausarbeitung des NKLM eine andere Verfahrensweise bevorzugt wird, um die Schnittstellen und interprofessionellen Aufgabenteilungen im Gesundheitswesen dazustellen.

Die beabsichtigte Verzahnung mit dem Studienbereich der Medizin wurde besonders erschwert, da man sich seitens der GMA durch einen Beschluss des Medizinischen Fakultätentages nicht an den im Bologna-Prozess angestrebten gestuften Qualifikationszyklen orientierte, sondern sich für die Ausarbeitung eines einheitlichen, auf ein sechsjähriges Studium ausgelegten, kompetenzbasierten Lernzielkatalog (NKLM) entschied (siehe Abbildung 1). (Informationen unter www.nklm.org)

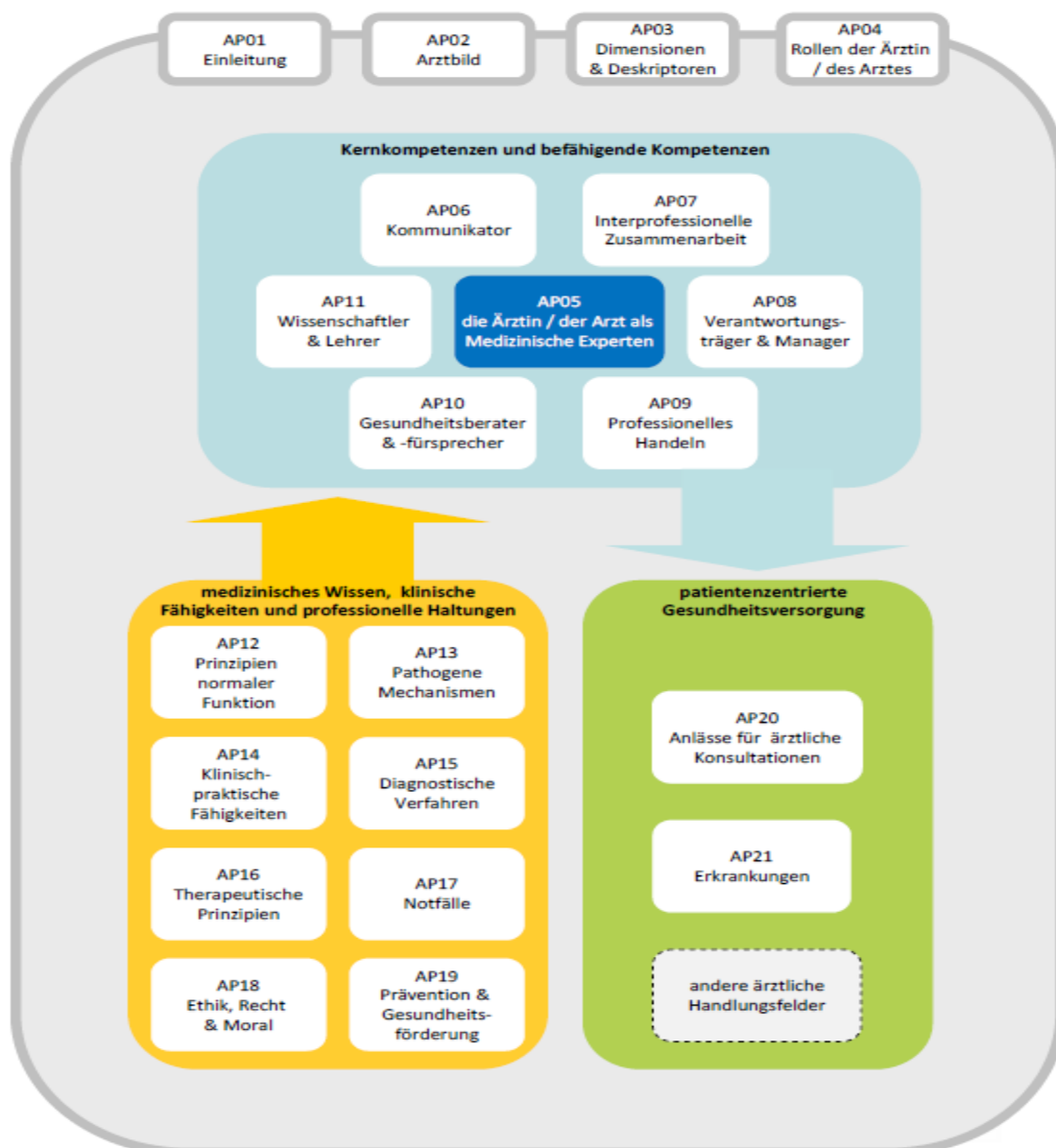


Abbildung 1: Arbeitspakete des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM), Stand 02/12

Vielversprechend ist der Ansatz der Medizin dahingehend, dass man sich – nach Auskunft von Herrn Prof. Fischer –, an international erprobten Rahmenkonzepten für eine kompetenzbasierte Rollen-Beschreibung für ärztliches Handeln wie dem CanMEDS-Modell orientieren möchte.⁴ Es bleibt zu hoffen, dass auch der deutsche Lernzielkatalog Medizin eine Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsberufen „auf gleicher Augenhöhe“ berücksichtigt, wie dies im Abschnitt “Participate effectively and appropriately in an interprofessional healthcare team” des CanMEDS Modells beschrieben wird, wonach Mediziner zu Folgendem fähig sein sollten:

- “1.1. Clearly describe their roles and responsibilities to other professionals*
- 1.2. Describe the roles and responsibilities of other professionals within the health care team*
- 1.3. Recognize and respect the diversity of roles, responsibilities and competences of other professionals in relation to their own*
- 1.4. Work with others to assess, plan, provide and integrate care for individual patients (or groups of patients)*
- [...]*
- 1.6. Participate effectively in interprofessional team meetings*
- 1.7. Enter into interdependent relationships with other professions for the provision of quality care*
- [...]*
- 1.9. Respect team ethics, including confidentiality, resource allocation and professionalism*
- 1.10. Where appropriate, demonstrate leadership in a healthcare team*
- [...]*
- 2.1. Demonstrate a respectful attitude towards other colleagues and members of an interprofessional team*
- [...]*
- 2.5. Recognize one’s own differences, misunderstanding and limitations that may contribute to interprofessional tension“ (Frank et al. 2005, S.5f).*

Zu einer Einladung zur Beteiligung an dem Lenkungsausschuss des NKLM-Prozesses kam es während des zweijährigen Projektverlaufes nicht.

Seitens der Vorsitzenden der GMA wurde aber stets dafür geworben, dass auch die anderen Studienbereiche Nationale Lernzielkataloge entwickeln sollen. Den einzelnen FQR-Entwicklungsgruppen stehen jedoch – im Kontrast zum NKLM-Prozess unter Förderung der Robert Bosch Stiftung – kaum finanzielle oder personelle Ressourcen zur Verfügung, so dass alle Leistungen allein aus dem ehrenamtlichen Engagement von Vertreter/innen der Hochschulen und der Verbände hervorgehen. Daher mussten sie sich auf ein kleineres Arbeitspaket, die Erstellung von FQR, beschränken.

Wegen des unterschiedlichen Zeitrahmens (das Projekt der GMA lief erst 2011 an und dauert bis Mitte 2013) liegen von Seiten der GMA noch keine Ergebnisse vor, die es HoGe ermöglichen, die Schnittstellen und interprofessionellen Aufgabenteilungen in Bezug auf die Mediziner Ausbildung bzw. -tätigkeit zu beschreiben. Vor allem die Ergebnisse des Arbeitspakete „Zusammenarbeit“ (AP07 innerhalb der NKLM-Arbeitsgruppenstruktur; siehe

⁴ siehe beispielsweise <http://www.royalcollege.ca/public/resources/aboutcanmeds>

Abbildung 1) wären für einen Abgleich mit den FQR-Gruppen von großem Interesse gewesen.

Anregend war dagegen der Austausch mit den GMA-Vertreter/innen über allgemeine hochschuldidaktische Fragen und internationale Veröffentlichungen zum Bereich „Kompetenzentwicklungen“ und zu den Perspektiven der Berufe-Entwicklung im Gesundheitswesen.

Es wurde innerhalb der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung eine Arbeitsgruppe „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen der Medizin, Pflege und Therapie“ gegründet, in die sich der Verein „Hochschulen für Gesundheit“ in Person von Prof. Göpel einbringt. Ziel dieser Arbeitsgruppe ist es, Empfehlungen für die interprofessionelle Ausbildung in der Medizin, Pflege und Therapie zu erarbeiten. Dafür fanden bisher drei Arbeitstreffen statt. Die Arbeitsgruppe will bis Ende 2012 ein Positionspapier erarbeiten und veröffentlichen.

Das zum Beginn der Zusammenarbeit zwischen GMA und HoGe am 10.09.2009 formulierte Ziel: „Zu diesem Zweck setzen sich beide Vereinigungen dafür ein, im Rahmen der Deutschen Gesellschaft für Hochschuldidaktik eine gemeinsame Sektion zu bilden und ein gemeinsames Förderprogramm für die Hochschuldidaktik der Gesundheitsberufe zu initiieren.“ wurde nicht weiter verfolgt, da die GMA sich auf die Organisation ihrer eigenen Tagungen konzentrierte und HoGe keine hinreichende Unterstützung gewinnen konnte, um ein gemeinsames Förderprogramm für die Hochschuldidaktik der Gesundheitsberufe zu initiieren.

Weiteres Vorgehen

- Eine Zusammenarbeit von GMA und HoGe wird z.B. im Rahmen des GMA Ausschuss „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen der Medizin, Pflege und Therapie“ und mit spezifischen Angeboten im Rahmen der GMA Jahrestagung 2012 in Aachen zum Thema „Grenzen überschreiten - Medizinische Ausbildung – international, interdisziplinär, interprofessionell“ fortgesetzt werden.
- Für die Hochschulausbildung aller Gesundheitsberufe sollen darüber hinaus eigene bundesweite kompetenzbasierte Lernzielkataloge - aufbauend auf den bisherigen Erfahrungen bei der Entwicklung des NKLM - entwickelt werden. Die Ressourcen für ein entsprechendes weiterführendes Entwicklungs-Projekt sollen in Absprache mit der Robert Bosch Stiftung vom Kooperationsverbund HoGe beantragt werden, was von der GMA gegenüber der RBS unterstützt wird. Die Grundlagen dafür sollen durch eine „Monitoring-Gruppe“ erarbeitet werden, die am 28.6.2012 im Rahmen einer Beratungstagung in Bochum durch VertreterInnen der FQR-Entwicklung für die verschiedenen Berufe gebildet wurde. Koordiniert von Karin Mohn vom GMA-Teilprojekt wird diese Gruppe sich bis Mitte 2013 noch zweimal treffen, um weiterführende Förderprogramme zu erarbeiten und über die Umsetzung in den Hochschulen zu beraten.

- Die Evidenzgrundlage für den Nutzen interprofessioneller Zusammenarbeit und Ausbildung muss weiterentwickelt und - soweit international bereits vorhanden (siehe kanadische Unterlagen im Anhang) - auf die deutsche Praxis übertragen werden. Durch eine Rückbindung an die Lernzielkataloge kann die Verankerung in den verschiedenen Curricula unterstützt werden. Vereinzelt Erfahrungen im Bereich interprofessioneller Ausbildung weisen darauf hin, dass die institutionelle Abstimmung zwischen den Fakultäten bzw. Ausbildungseinrichtungen z. T. schwierig ist. Ein gemeinsamer **kompetenzorientierter Lernziel-Katalog, gute Beispiele didaktischer Praxis und kompetenzorientierter Prüfungen und Leistungsnachweise sowie eine begleitende hochschuldidaktische Weiterbildung** können die Verbreitung an den Hochschulen unterstützen. Der Kooperationsverbund HoGe und die GMA können dabei eine wichtige Vermittlungsrolle übernehmen und sich gemeinsam für eine interprofessionelle Hochschuldidaktik der Gesundheitsberufe engagieren.
- Interprofessionelle Kooperation sollte darüber hinaus auch im Bereich **Weiterbildung** Eingang finden, um die Akteure der bestehenden Berufspraxis zu sensibilisieren und zu qualifizieren und die für die Tätigkeit von therapeutisch-pflegerischen Handlungsgemeinschaften notwendigen Entwicklungsprozesse in den regionalen Versorgungsstrukturen zu unterstützen.

Die Zusammenführung der unterschiedlichen Entwicklungsprozesse in der Medizin und den weiteren Gesundheitsberufen unter dem gemeinsamen Dach des EQR-Prozesses erscheint gegenwärtig wenig aussichtsreich, so dass derzeit erörtert wird, wie die verbindenden Zielsetzungen auf der Ebene der Ausbildung auf anderen Wegen gefördert werden können. Es werden dabei zurzeit eine Reihe weiterführender Kooperationsmöglichkeiten erörtert.

6.3 Sichtbarkeit interprofessioneller Kompetenzen

Ein Instrument, das Studierende zur Reflexion über interprofessionelle Zusammenarbeit und kooperationsförderliche Studienbedingungen der Gesundheitsberufe anregt, war ein durch HoGe ausgerufenen Studierenden-Wettbewerb. Der Student Matthias Brummer formulierte beispielsweise in seinem Aufsatz „Gesundheit studieren an einer gesundheitsfördernden Hochschule im Jahr 2015“ (S.79-85) disziplinübergreifende Studien-Inhalte, in denen Studierende der Gesundheitsberufe Wissen und Fertigkeiten erwerben sollten.

Eine zentrale Empfehlung seitens der Studierenden besteht darin, mehr interprofessionelle Studienangebote und Praktika in die (Hochschul)Ausbildung zu integrieren.

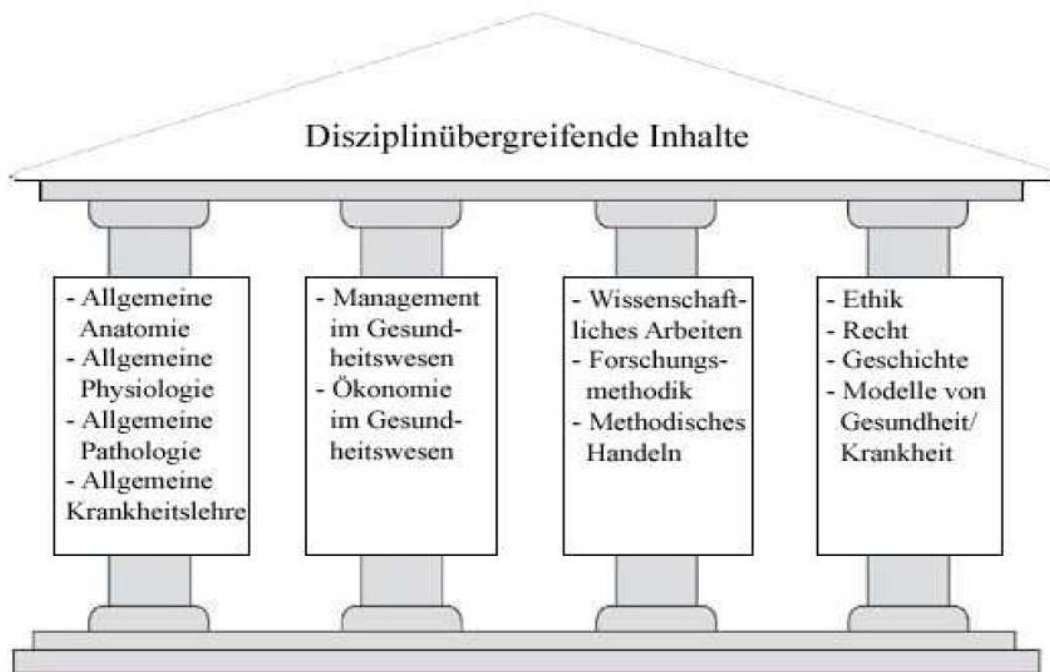


Abbildung 2: Disziplinübergreifende Inhalte, die in den ersten drei Semestern gemeinsam in allen Studiengängen der Hochschule für Gesundheit vermittelt werden könnten; entnommen aus Brummer, M. (2010), S.84

Es gelang, entsprechend dem im Projektantrag formulierten Ziel, interprofessionelle Kompetenzen der Gesundheitsberufe auch als wesentlichen Bestandteil in den Fachqualifikationsrahmen sichtbar zu machen: So wurden im Rahmen eines Beratungstreffens am 17.02.2012 mit Vertretern der Therapie- und Pflegewissenschaft, Medizin und Gesundheitsförderung/Public Health die in Tabelle 2 abgebildeten interprofessionellen Kompetenzen identifiziert, in die auch Ergebnisse des Schweizer Modells (vgl. Sottas 2010, S.73ff) sowie der Expertenbefragung „Zukünftige Qualifikationserfordernisse bei Gesundheitsfachberufen“ (Köhler et al. 2011) einfließen.

Tabelle 2: Poolkompetenzen der Gesundheitsberufe (erarbeitet auf Grundlage der Zwischenergebnisse zu den FQR der Therapiewissenschaften, Pflegewissenschaft, Medizin und Gesundheitsförderung/Public Health)

Fachkompetenz (Wissen, Fertigkeiten)	Personale Kompetenz (Sozialkompetenz, Selbstkompetenz, Haltung)
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluationskompetenz • Forschungskompetenz • rechtliches Wissen • Kompetenzen in der Arbeitsorganisation • Kompetenzen im Qualitätsmanagement • Systemkompetenz • gesundheitspolitisches Orientierungswissen 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexivität • Ethisches handeln • Kommunikationskompetenz • Vorbildfunktion leben • Kompetenz zur Kooperation und Zusammenarbeit

Aus Sicht der genannten FQR- und NKLM-Gruppen sowie diverser weiterer ExpertInnen (vgl. Expertenbefragung von Köhler et al. 2011) stellen z. B. Kompetenzen im Bereich „Gesundheitsförderung und Prävention“ Querschnittsqualifikationen dar. Diese Schnittstelle der Gesundheitsberufe, einen Beitrag zur Gesundheitsförderung von Individuen zu leisten, wird jedoch nicht von allen gesundheitsorientierten Berufen gesehen. So lautet ein Zitat aus der HoGe-Tagungsbroschüre von Mergner (2011, S. 52) beispielsweise: *„Die Frage nach der Bedeutung von Gesundheitsförderung als Kompetenz in FGR wurde nur von Seiten der Sozialen Arbeit – negativ – beantwortet: Mit dem Hinweis, dass dieses Thema zu konkret, zu inhaltlich, zu sehr auf einen spezifischen Ansatz bezogen sei und deshalb besser in einem Qualifikationsprofil für Gesundheitsförderung aufgehoben sei.“* Dem widerspricht eine Stellungnahme der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG), der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) sowie des Berufsverbandes (DGSA) vom 20.12.2011, die den Stellenwert der Sozialen Arbeit im Rahmen von gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten betont.

Auch seitens der Psychologie-Verbände, wurden Einladungen zu HoGe-Tagungen und Beratungsgespräche lange Zeit stets an die Untergruppe „Klinische Psychologie“ oder „Gesundheitspsychologie“ weitergeleitet; scheinbar ungeachtet dessen, dass auch andere Psychologie-Sektoren (beispielsweise die Arbeits- und Organisationspsychologie) einen Beitrag zu Gesundheit von Individuen leisten. Um so erfreulicher ist es, dass durch das Beharren des Vereins „Hochschulen für Gesundheit“ doch noch eine Referentin an einem Beratungstreffen im Februar 2012 teilnahm, die die Deutsche Gesellschaft für Psychologie vertritt und mit ihren Verbandsmitarbeiter/innen über weitere Schritte beraten will.

Das zunehmende Spektrum an Studienbereichen, die sich durch die Veranstaltungen des Vereins „Hochschulen für Gesundheit“ angesprochen fühlten, kann als Indiz gewertet werden, dass auch weitere gesundheitsorientierte Studienbereiche sich zunehmend ihrer gesundheitsfördernden Handlungspotenziale sowie des Nutzen eines fachspezifischen FQR bewusst werden.

6.4 Bewertung der Ergebnisse

Es ist zusammenfassend als großer Erfolg zu werten,

- dass der Verein „Hochschulen für Gesundheit“ den Rahmen für den benötigten Austausch zwischen den unterschiedlichen Professionen im Rahmen von Telefonkonferenzen, Tagungen, Arbeitstreffen, Newslettern und Email-Kommunikation schaffen konnte
- dass HoGe-Mitarbeiter/innen von den FQR-Arbeitsgruppen und weiteren Studienbereichen als Berater/innen zum Thema Qualifikationsrahmen geschätzt wurden
- dass alle FQR-Entwicklungsgruppen dank der Unterstützung von HoGe trotz Ressourcenknappheit Fachqualifikationsrahmen (FQR) entwickelten

- stets auch andere wichtige Akteure wie Vertreter aus Politik, Arbeitnehmerververtretungen, der Berufsbildung und Arbeitgeber einbezogen wurden (z.B. Beteiligung von Ver.di, Landespolitikern und Berufsschullehrer/innen an den Tagungen)
- HoGe auch die internationale Anschlussfähigkeit der FQRs unterstützte (z.B. Vorträge auf HoGe-Tagungen und Informationsweitergabe über europäische und internationale Entwicklungen im Bereich der Hochschul-Bildung der Gesundheitsberufe)

Besonders den durch HoGe organisierten Beratungstreffen und Tagungen kommt eine hohe Bedeutung im Projektverlauf zu. Zum Ersten, da damit ein großer Kreis von AkteurInnen über den Stellenwert der FQR-Entwicklungen informiert und zur Mitwirkung an den Aushandlungsprozessen gewonnen werden konnte. Diese Offenheit des Entwicklungsprozesses stellt aus Sicht vieler Experten einen wesentlichen Pfeiler da, um die Bedeutung und die Umsetzungsbereitschaft der Qualifikationsrahmen zu erhöhen (vgl. Gehmlich 2009; HRK/ KMK/ BMBF 2005). Zum Zweiten sind die persönlichen Treffen von Bedeutung, da auch den FQR Gruppen damit die Möglichkeit gegeben wurde, durch konstruktive Kritik und gelungene Beispiele anderer ihre Ergebnisse zu optimieren. Zum Dritten ist auch der psychologische Effekt zu nennen, dass das ehrenamtliche Engagement bei der FQR-Entwicklung auch in der Fachöffentlichkeit positiv wahrgenommen wird und so zur Weiterarbeit motiviert.

6.4.1 Bewertung der Ergebnisse für die Hochschulbildung

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Fachqualifikationsrahmen entsprechend der Rahmenvorgaben stets einen **hohen Abstraktionsgrad** in sich bergen. So lässt sich anhand der FQR allein nicht erkennen, ob z.B. auf gemeinsame Gesundheitstheorien oder eher auf allgemeine ethische Grundlagen oder anderweitig tradierte Berufsnormen zurückgegriffen wird. Weitere Konkretisierungen zum Stellenwert der erarbeiteten FQR und ihrer Konsequenzen sind daher wünschenswert (siehe folgender Abschnitt).

Eine weitere Herausforderung stellte die **nur lückenhafte wissenschaftliche Untermauerung** der Fachqualifikationsrahmen dar. So wurden in der Regel Kompetenzbeschreibungen vorgenommen, die zwar auf einem Aushandlungsprozess zwischen wichtigen Vertretern der Berufsbildung, Verbänden und Hochschulen fußen – eine wissenschaftliche Fundierung oder Überprüfung, ob die Beschreibungen den tatsächlichen Kompetenzen der Absolventen oder den Anforderungen seitens des Arbeitsmarktes entsprechen, konnte in der Regel auf Grund der Ressourcenknappheit (noch) nicht vorgenommen werden. Auch die Hochschulrektorenkonferenz empfiehlt in ihrer Stellungnahme zum DQR, dass „Qualitätssicherungssysteme, bzw. bestehende Systeme dokumentiert werden, die das Erreichen der in den Deskriptoren beschriebenen Qualifikationsziele in den Bildungsgängen verlässlich und transparent überprüfen“ (Hochschulrektorenkonferenz 2010, S. 3). Hinzu kommt eine in der Wissenschaft kontrovers geführte Diskussion, ob der Erwerb der beschriebenen Kompetenzen überhaupt vollständig messbar gemacht werden kann (vgl. Gehmlich 2009, S.37). In diesen Punkten besteht dringend **weiterer Forschungsbedarf**.

6.4.2 Bewertung der Ergebnisse für die Arbeitsgestaltung

Es stellt sich die Frage, ob die FQR das am besten geeignete Instrument sind, um die professionellen Kompetenzen, Aufgabenteilung und Schnittstellen sichtbar zu machen, die nach Studienabschluss im Berufsalltag im Rahmen von Kooperationen in der beruflichen Praxis tatsächlich angewandt werden. Aus Sicht des Wissenschaftsrates sind die FQR „reine Beschreibungsinstrumente“ (Zitat von Dr. André Lottmann des Wissenschaftsrates beim HoGe-Beratungstreffen am 17.02.2012), die keine direkten Konsequenzen für die Arbeitsteilung im beruflichen Alltag nach sich ziehen. Fachqualifikationsrahmen stellen jedoch zweifelsohne einen ersten Schritt da, um das Studium der Gesundheitsberufe so zu optimieren, dass eine größere Identifikation mit dem jeweiligen Professionsbereich und, darauf aufbauen, eine selbstbewusste **Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit der Absolvent/innen** entstehen kann.

7 Perspektiven

Im Rahmen des Projektes konnte der erste Projektzyklus, die Erstellung von FQR für die einzelnen Gesundheitsberufe, erfolgreich initiiert werden.

Internationale Vergleiche bzw. Abstimmungen mit europäischen und außer-europäischen FQRs sind in den einzelnen Entwicklungsgruppen ansatzweise möglich geworden, insbesondere mit KollegInnen in Österreich und der Schweiz, die auch an Tagungen in Deutschland teilnahmen. Ein konkretes Ergebnis ist die Planung eines gemeinsamen „International Journal for Health Professions“, das ab 2013 in einer deutsch/englischen Open Access Version über Forschungsergebnisse in Bereichen von berufübergreifenden Interessen berichten soll.

Seitens der Projektleitung HoGe wurde die FQR-Entwicklungsdiskussion bewusst zunächst auf die hochschulische Qualifizierung auf den Kompetenzniveaus 6, 7 und 8 fokussiert. Dies führte dazu, dass die Entwicklung des deutschen Qualifikationsrahmens auf den Stufen 1 – 5 nur bedingt berücksichtigt wurde. In einem weiterführenden Entwicklungsrahmen sollten aber alle Qualifizierungs-Stufen in den jeweiligen Professionsbereichen entsprechend der Zielsetzung des lebenslangen Lernens Berücksichtigung finden. Dies gilt z. B. auch für das Medizinstudium. Da in allen therapeutischen und pflegerischen Berufen die eigene Lebenserfahrung ein wichtiges Kompetenz-Element darstellt, sollte in den FQRs deutlich beschrieben werden, wie sich eine sinnvoll aufbauende Qualifizierung vollziehen kann, die sich in einer biografischen Entwicklung von Niveau 1 bis zur Promotion auf Niveau 8 erstrecken kann.

Um die Ziele der Bologna-Erklärung von 1999 in Hinblick auf „größere Kompatibilität und Vergleichbarkeit der Hochschulsysteme“ sowie „Mobilität“ (S.3f) für alle Hochschulangehörigen zu verwirklichen, bedarf es einer weiteren Projektphase. Die erstellten FQR-Ergebnisse sollten detaillierter verglichen werden und es sollten entsprechende **Aushandlungsprozesse** zwischen den Studienbereichen stattfinden, um die Schnittmengen klarer herauszukristallisieren und besser miteinander abzustimmen. Sinnvoll erscheint es zusätzlich, die **Verzahnung der Fachqualifikationsrahmen im Bereich der**

Pflege und der Therapieberufe mit den Ausbildungen weiterer Gesundheitsberufe oder gesundheitsnaher Berufe voran zu bringen. Das Spektrum der Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich ist wesentlich breiter anzulegen.

7.1 Offene Fragen

Im Verlauf der bisher zweijährigen Entwicklungs-Diskussionen sind eine Reihe von Fragen zur künftigen Bedeutung der Qualifikationsrahmen im bildungs- und gesundheitspolitischen Kontext der EU aufgetaucht, die eine Neubewertung und gemeinsame Entscheidungen zur Form der weiteren Arbeiten in diesem Bereich sinnvoll und notwendig machen.

Für die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe bezieht sich dies z. B. auf die Frage, ob und ggf. in welcher Form die angestrebten FQR's in den Hochschulen künftig bei der **Studienplanung, der Akkreditierung oder Evaluierung der Studiengänge** eine formelle Verbindlichkeit erlangen sollen.

Zu überprüfen wäre in Bezug auf die erarbeiteten FQR u. a.

- In wie weit die erarbeiteten FQR mit den wünschenswerten Kompetenzen mit den **tatsächlichen Kompetenzen der AbsolventInnen** übereinstimmen (empirische Untersuchungen)
- In wie weit sich die Kompetenzprofile mit den Erwartungen bzw. **Bedarfen der potenziellen Arbeitgeber** decken (Abgleich der Absolventenstudien mit den bisherigen FQR-Ergebnissen)
- Ob die Vermittlung der beschriebenen Kompetenzen tatsächlich im Rahmen des Studiums mit einem **zumutbaren Workload** für die Studierenden leistbar ist (empirische Dokumentation)
- **Welche Lehr- und Lernformen** sich am besten für den in den FQR skizzierten Kompetenzerwerb eignen und in welchen Prüfungsformen der Leistungsnachweis erbracht werden kann.

Hinzu kommen weitere ungeklärte Fragen: Welche Grundlage können die FQRs beispielsweise bilden für die

- **Anrechenbarkeit von Leistungen**, die in anderen Studiengängen, Ausbildungs- oder Berufswegen erbracht wurden?
- **Anrechenbarkeit von Leistungen**, die im Ausland in vergleichbaren Studiengängen erbracht wurden?
- **Tarifliche Eingruppierung der Absolvent/innen** bei Berufseinstieg?

Zur Beantwortung dieser Fragen sind vor allem auch valide Konzeptualisierungen der Bildungsforschung notwendig, wie komplexe berufliche Kompetenzen sinnvoll messbar gemacht werden können. Die Forschungsergebnisse sind hier bisher unbefriedigend.

Daran schließt sich die Frage an, ob die Ausarbeitung von **Lernziel-Katalogen** nach angelsächsischem Muster (Beispiel: www.skillsforhealth.org.uk) als Grundlage für akademische und professionelle Prüfungen und Registrierungen unter hochschulpolitischen, hochschuldidaktischen und berufspolitischen Gründen tatsächlich wünschenswert ist. Es ist fraglich, ob dadurch nicht eine erhebliche Trivialisierung des Kenntniserwerbs und eine bürokratische Prüfungs-Orientierung des Studiums gefördert wird, wie sie über lange Jahre in Form der Multiple-Choice Prüfungen im Medizin-Studium vorherrschend war und die womöglich nun auch auf die anderen Gesundheitsberufe in Deutschland übertragen und für die nächsten 10-20 Jahre durch eine verbindliche Institutionalisierung festgeschrieben werden könnte.

7.2 Bildungspolitische Empfehlungen

Jede Lernziel-Beschreibung müsste künftig auch den aktuellen Struktur-Konservatismus der Hochschul-Lehre kritisch reflektieren und angemessene Rahmenbedingungen für ein „transformatives Lernen“ im Hinblick auf eine Vorbereitung der Studierenden für eine aktive und verantwortliche Beteiligung an der Gestaltung einer sich rasch wandelnden beruflichen Umgebung mit beschreiben.

Das mit den Konsequenzen für die Ausbildungsgestaltung der Gesundheitsberufe verfasste Memorandum „Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherung der Gesundheitsversorgung von morgen“ (Alscher et al. 2010) oder die Leitbilder des Kooperationsverbundes „Hochschulen für Gesundheit“ (vgl. http://www.hochges.de/pdf/Leitbild_Hoge2003.pdf) enthalten bereits normative Vorstellungen für eine zukunftsorientierte Studiengestaltung, die über die gegenwärtige Vermittlung in den Hochschulen und die vorherrschende Praxis im Gesundheitswesen deutlich hinausgehen.

Es bedarf diverser weiterer Anstrengungen, um die Fachqualifikationsrahmen in der Ausbildungsrealität wirksam werden zu lassen. Die vom Kooperationsverbund „Hochschulen für Gesundheit“ mit den Kooperations-Tagungen zur „Zukunft der Hochschul-Bildung für Gesundheitsberufe im europäischen Kontext“ ermöglichten hochschul- und berufsübergreifenden Diskussionen (siehe Tagungs-Dokumentationen unter www.hochges.de) haben dazu beigetragen, vordringliche Entwicklungsbereiche zu identifizieren, die für eine abgestimmte, Zukunftsbezogene Qualifizierung von Gesundheitsberufen von Bedeutung sind:

- 1) Wie im Abschnitt 6 skizziert, wird es weiterhin nötig sein, die Gesundheitsberufe und vor allem auch Lehrkräfte an den Hochschulen dafür zu sensibilisieren, dass Gesundheitsfachberufe oder gesundheitsorientierte Berufe mehr Schnittstellen vorweisen als gemeinhin angenommen. Ein möglicher Ansatzpunkt ist, gemeinsame **Weiterbildungen für Lehrende** im Bereich der Gesundheit zu entwickeln. Die Finanzierung hochschulübergreifender Entwicklungsvorhaben, wie sie durch den Kooperationsverbund „Hochschulen für Gesundheit“ angeregt wird, und eine systematische **hochschuldidaktische Qualifizierung der Lehrenden** nach dem Vorbild des Master of Medical Education (www.mme-de.de/) kann in diesem Bereich erheblich zur Beschleunigung der entsprechender Organisationsentwicklungen in den Hochschulen beitragen.

- 2) Weiterhin sollten mehr **interprofessionelle Studienangebote und Praktika für Studierende** eingeführt werden, so dass bereits im Zuge der Ausbildung ein besseres Verständnis für die eigene Profession und die der anderen entwickelt werden kann. Den hochschulischen Rahmen hierfür können „Hochschulen für Gesundheit“ bilden, wie sie der Verein „Hochschulen für Gesundheit“ seit Jahren propagiert. Auch die Forderung der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen, auch nach dem Berufseinstieg der Studierenden bzw. Auszubildenden gemeinsame, **interprofessionelle Fortbildungen** zu ermöglichen (vgl. 2010, S.28). Im Studium und den Weiter- und Fortbildungen sollte stets ein klares Bild von den Kompetenzen und Möglichkeiten anderer Gesundheitsberufe vermittelt werden, damit die Kooperation erleichtert und der Entstehung oder Verstärkung von Vorurteilen und Barrieren vorgebeugt werden kann.
- 3) Gerade unter hochschuldidaktischen Gesichtspunkten erscheinen komplexere **Lehr-, Lern- und Bewertungsstrategien** wünschenswert, wie sie z.B. in einem aktuellen Bericht einer Kommission der Zeitschrift „Lancet“ (vgl. Careum 2011) mit dem Begriff des „transformativen Lernens“ beschrieben wurden.

Es ist absehbar, dass eine stärkere öffentliche Orientierung an Fragen der **Gesundheitserhaltung und der Gesundheitsförderung** im Alltag an Bedeutung gewinnen und Anlass für einen Paradigma-Wechsel in Richtung auf eine salutogenetische Orientierung der Berufspraxis der Gesundheitsberufe sein wird. Ein sozial und ökonomisch forcierter Wandel wird das Interesse an persönlicher Gesundheitskompetenz, an Unterstützung gesundheitlicher Selbsthilfe und an der Gestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten im Alltag forcieren und den Gesundheitsberufen neue Qualifikationen für die Erfüllung entsprechender Erwartungen abfordern.

Die Vermittlung entsprechender Kompetenzen zur **Erforschung und Förderung salutogenetischer Handlungs-Potentiale** erfordert in den akademischen, hochschulischen Ausbildungen der Gesundheitsberufe andere Erfahrungs- und Studienmöglichkeiten als Hörsäle, Bibliotheken und Labore. In diesem Bereich ist eine neue Fantasie für die **Entwicklung geeigneter Studien-Arrangements** in und außerhalb der Hochschulen gefordert. Die von Frau Dr. B. Weigl angefertigte Expertise zur wissenschaftlichen und berufspolitischen Qualifizierung für eine potentialorientierte Gesundheitskompetenzberatung weist auf den Bedarf an einer eigenständigen beruflichen Qualifikation hin. HoGe will sich dafür engagieren, um den notwendigen Transformationsprozess in der Berufspraxis der Krankheitsberufe in Richtung auf eine salutogenetische Orientierung beruflichen Handelns und eine Gesundheitskompetenz-Förderung zu beschleunigen.

- 4) Auch die Grundidee des Europäischen Qualifikationsrahmens, dass eine horizontale und vertikale Durchlässigkeit der Qualifizierungswege in der beruflichen Bildung erleichtert werden soll, bedingt **neue Angebotsformate**, bei denen z.B. e-learning Arrangements, Praxislernen, Projektstudium oder Kontraktlernen eine stärkere

Bedeutung bekommen. Eine vertikale Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Ausbildungsstufen sollte durch eine Modularisierung der Ausbildungsgänge gefördert werden. Die Motivation und die Möglichkeiten etwa zu einem familien- oder berufs begleitenden Studium können von den Hochschulen durch geeignete Fort- und Weiterbildungsangebote unter Nutzung eines **Studien-Portfolios** unterstützt werden. Die Entwicklung entsprechender Angebote ist jedoch in der Regel mit einem erheblichen Entwicklungsaufwand verbunden und bedarf einer spezifischen Förderung.

- 5) Es sollten Forschungen intensiviert werden, wie der Kompetenzerwerb besser vergleichbar gemacht werden kann. Dies würde **Absprachen zur Anrechnung vorhergehender Qualifikationen** deutlich erleichtern. Sie sind die Grundlage, um Studienzeiten an den Hochschulen deutlich zu verkürzen und die Motivation für Lebenslanges Lernen zu erhöhen. Grundsätzlich sollten sich die **Zulassungskriterien für ein Studium** deutlicher am (Versorgungs)Bedarf der Bevölkerung sowie an den bereits erworbenen Kompetenzen von Individuen orientieren anstatt allein anhand formaler Kriterien über die Zulassung zum Studium zu entscheiden. Es kann vermutet werden, dass sich angelsächsische Entwicklungen wie die „**berufliche Akkreditierung**“ von Individuen in England auch mit einiger zeitlichen Verzögerung in Deutschland verbreiten werden.
- 6) Neben pragmatisch-funktionalen Optimierungen der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufen und Organisation durch wechselseitige Rollenzuweisungen, hat die **institutionelle Verankerung einer systematischen gesundheitswissenschaftlichen Reflektion** der Erkenntnisgrundlagen und der sozialisatorischen Wirkung der Ausbildungs-Inhalte und der darauf aufbauenden Berufspraktiken eine herausragende Funktion für eine rationale Grundlegung, Verständigung und Qualitätsförderung in geteilten Verantwortungsstrukturen im Gesundheitsbereich.

Diese muss sich sowohl auf eine **systematische wissenschaftliche Selbstreflektion der Berufspraxis** und deren Ziele und Wirkungen beziehen (Stichwort „Versorgungsforschung“), als auch dringlich auf die „Ausbildungsforschung“, d.h. eine **systematische wissenschaftliche Selbstreflektion der Ausbildungspraxis** und deren Ziele und Wirkungen in den Hochschulen. Diese Selbstreflektion muss weiter reichen als die gegenwärtige statistische Auszählung von Lehr-Evaluationsbögen.

Die institutionelle Verankerung einer **Kultur der wissenschaftlichen Selbstreflektion** in den Ausbildungs- und Forschungsstätten der Gesundheitsberufe ist die zentrale gesellschaftliche Begründung für eine akademische, hochschulische Ausbildung dieser Berufe. Der damit verbundene qualifikatorische Mehr-Aufwand und der gesellschaftliche Zusatzgewinn gegenüber rein berufsschulischen Ausbildungsformen bedarf dabei nicht nur bei den neuen akademischen Studiengängen in den Pflege- und Therapieberufen, sondern durchaus auch in der gegenwärtigen ärztlichen Ausbildung mehr Aufmerksamkeit und Unterstützung.

Mit **AbsolventInnen-Studien** und der Entwicklung einer **gesundheitswissenschaftlichen Meta-Theorie** für arbeitsteiliges berufliches Handeln der Gesundheitsberufe hat der Verein Hochschulen für Gesundheit in Kooperation mit seinen Partnern bereits begonnen und sucht nach einer hinreichenden Förderung, um diese Aufgabenstellung auch in den kommenden Jahren aktiv bearbeiten zu können.

Erst wenn die Spezifika und Gemeinsamkeiten der verschiedenen Gesundheitsberufe und die eigenen Kompetenz-Grenzen sowohl von den Lehrenden als auch von den Auszubildenden bzw. Studierenden hinreichend verstanden und kommuniziert werden, kann zunehmend auf einer Augenhöhe über eine sinnvolle Aufgabenteilung im Gesundheitswesen beraten und entschieden werden.

7.3 Arbeitsorganisatorische und gesundheitspolitische Empfehlungen

Viele Modelle, die die Kompetenzen und Kooperationen der Gesundheitsberufe auf der Ebene der Arbeitsorganisation beschreiben, knüpfen an eine Prozesslogik der Gesundheits- bzw. Krankheitsversorgung an, welche die Realität nur mangelhaft widerspiegelt. Durch die „Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer“ (2010) wurde nun in einem Arbeitspapier zur „Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen“ beispielhaft eine mögliche, prozessorientierte Verantwortungsgliederung skizziert. So wichtig derartige Verständigungsprozesse zwischen den gegenwärtigen Gesundheitsberufen und den sie tragenden Organisationen und Institutionen auch sind, so sind doch auch Zweifel angebracht, ob sie für die zukünftigen Anforderungen an die Tätigkeit von Gesundheitsberufen, wie sie z.B. in dem Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesens zum Thema „Koordination und Integration- Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ (2009) skizziert werden, hinreichend sind.

Systematisch wird zum Beispiel der Bereich der **Prävention und Gesundheitsförderung** außen vor gelassen und stattdessen als Startpunkt des Prozesses die „Einleitung der stationären Behandlung“ (vgl. Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer“ 2010, S.10) bzw. das Auftreten einer Erkrankung angenommen. Gerade in der Verbesserung von kooperativ geleisteten Präventionsmaßnahmen liegt, erstens, großes Potenzial zum Wohle der Bevölkerung; zweitens werden durch die meist kostengünstigeren Präventionsleistungen teurere kurative und rehabilitative Maßnahmen vermieden, die die Sozialversicherungssysteme unnötig belasten. Die Aufhellung der „blinden Flecken“ der gegenwärtigen Berufspraktiken in der Krankenversorgung ist eine wesentliche Aufgabe einer wissenschaftlich und politisch reflektierenden Hochschulbildung.

Unserer Einschätzung nach entspricht die Arbeitsentwicklung der Gesundheitsberufe eher den Darstellungen einer neueren kanadischen Initiative zur Entwicklung eines gemeinsamen **Kompetenzrahmens für interprofessionelle Kooperation** (Canadian Interprofessional Health Collaborative 2010): In diesem Modell ist jeweils situativ in Behandlungs-Teams verbindlich festzulegen, wer welche Verantwortungs-Funktionen übernimmt. Diese sind nicht von vornherein an bestimmte Berufe gebunden, sondern je nach Problemstellung und Kontext ist darüber fallspezifisch und lösungsorientiert mit den jeweiligen Hilfesuchenden

und Auftraggebern zu entscheiden. In der Hochschulausbildung sollte dabei Wert darauf gelegt werden, dass die Studierenden Kompetenzen in der Teamfähigkeit, Rollenklärung (und -weiterentwicklung, inkl. Wissen über die Rollen der anderen), Interprofessionelle Konfliktlösung, gemeinschaftliche Führerschaft (inkl. Grundlagen der Partizipation) und Team-Arbeitsweisen erwerben (vgl. Abbildung 3).

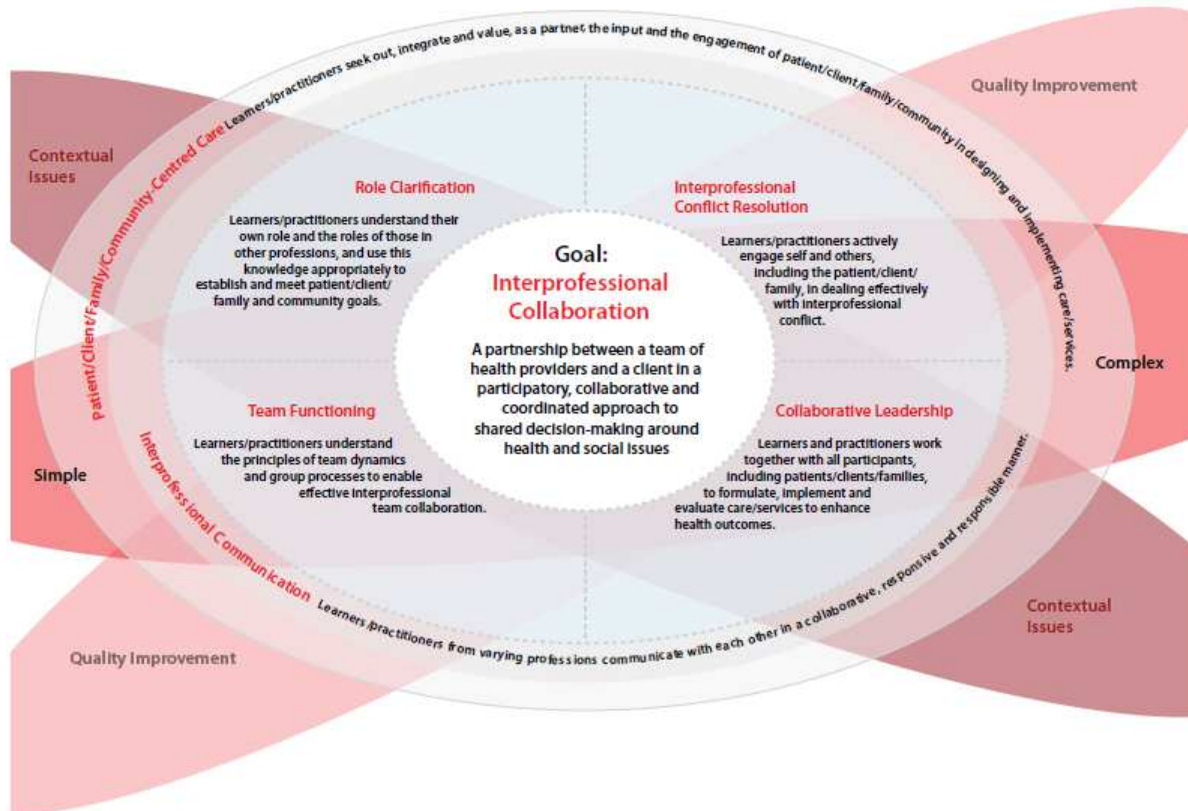


Abbildung 3: Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010): A National Interprofessional Competency Framework, S. 11

Auf dieser Grundlage könnten an konkreten Fall-Beispielen der Gesundheitsversorgung angemessene Verantwortungsgliederungen unterschiedlicher beruflicher Kompetenzbereiche und -niveaus exemplarisch ausgearbeitet werden, wie dies z.B. im Gutachten „Kooperation und Verantwortung“ des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) gefordert wurde. Selbst wenn die Kooperationsbereitschaft der Akteure ausgebaut werden kann, sind selbstverständlich auch Strukturveränderungen notwendig, um Kooperationen im Berufsalltag leichter zu machen. Pessimistisch ist zu prognostizieren, dass sich – abgesehen vom Engagement und so genanntem „good will“ Einzelner, Kooperationen nur breitflächig durchsetzen werden, wenn beispielsweise auch die „Vergütung von Kooperationsleistungen“, z.B. für „Befundübermittlungen, Therapieberichte, Telefonate, Fallbesprechungen, interdisziplinäre Konferenzen, Antrags- und Verordnungsmanagement“ ausgeweitet wird (Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer 2010, S.28).

7.4 Abschließende Bemerkungen

Auf den skizzierten Erkenntnissen können künftig weiterführende Kooperations-Planungen aufbauen. Mit Auslaufen der Förderung durch die Robert-Bosch-Stiftung stehen allerdings ab Juli 2012 keine hinreichenden Ressourcen zur Unterstützung und Koordination der weiteren Entwicklungsarbeiten an den FQRs in der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes „Hochschulen für Gesundheit“ mehr zur Verfügung.

Weiterführende Aktivitäten können evtl. durch das Engagement von Berufsverbänden, der Hochschulleitungen, durch ein Bund-Länder-Förderprogramm für die hochschulische Qualifizierung der Gesundheitsberufe auf der Grundlage der Empfehlungen des Wissenschaftsrates und durch exemplarische Projekt- und Programmförderungen durch Stiftungen ermöglicht werden.

In der Auswertung des Projektverlaufes hat der Kooperationsverbund „Hochschulen für Gesundheit“ eine Reihe von strategischen Vorhaben identifizieren können, die den anstehenden Transformationsprozess des Gesundheitswesens und der hochschulischen Qualifizierung der Gesundheitsberufe positiv unterstützen können.

Zu diesen zählen z. B.

1. Die Bildung eines berufs- und hochschulübergreifenden „Sekretariats für die Hochschul-Bildung der Gesundheitsberufe“ als Informations- und Kommunikationsstelle zur Vernetzung dezentraler Aktivitäten in den Hochschulen und als logistische Grundlage für die Bildung eines „Fakultätentages Gesundheit“, der die hochschulpolitischen Interessen aller Gesundheitsberufe vertritt.
2. Die Intensivierung der wissenschaftlichen und politischen Reflektionsfähigkeit in den Hochschul-Studiengängen der Gesundheitsberufe, einschließlich der ärztlichen Ausbildung. Hierzu ist auch ein wesentlich weiteres Methodenspektrum notwendig als es gegenwertig in klinischen Studien tradiert wird sowie die intellektuelle und praktische Beschäftigung mit Berufstheorien, die ihren Ausgangspunkt in der Unterstützung der eigenständigen Gesundheitskompetenzen der PatientInnen und der hilfeschenden BürgerInnen haben.

Die geringe intellektuelle Durchdringung der überkommenen Berufspraktiken und der systemischen Sozialisationswirkungen in den Großorganisationen des Hochschul-Studiums und der Berufspraxis in Krankenhäusern stellt ein eigenes Gesundheitsrisiko für Studierende und Hochschul-LehrerInnen dar. HoGe engagiert sich daher auch weiterhin für das WHO-Programm „Gesundheitsfördernde Hochschulen“, denn Form und Inhalt eines Studiums für einen Gesundheitsberuf sollten sich nicht so krass widersprechen, wie es gegenwertig häufig der Fall ist.

3. „Hochschulen für Gesundheit“ bilden ein Programm für die hochschulische Organisationsentwicklung. Es ist auch ein Programm, den reklamierten Sonderstatus „der Hochschulmedizin“ in den Universitäten aufzuheben. Der Weg der weiteren Akademisierung der Gesundheitsberufe über die Fachhochschulen ist den spezifischen historisch-gesellschaftlichen Konstellationen des tertiären

Bildungssektors in Deutschland geschuldet. Er kann und sollte in den kommenden Jahren verlassen werden.

Es gibt keinen vernünftigen Grund, warum ein Studienplatz für die ärztliche Ausbildung viermal so viel kosten muss wie ein Studienplatz für das pflegewissenschaftliche Studium. Es gibt auch keinen vernünftigen Grund, warum das intellektuelle Potential von Fachhochschulen nicht zukünftig wesentlich wirksamer erschlossen werden könnte als gegenwärtig. Als Universitäten für angewandte Wissenschaften können sie dem gesellschaftlichen Interesse an einer Wissenschaft, die sich an der gesundheitlichen Lebensqualität des Alltags orientiert und die sich für die Entwicklung nachhaltiger, sozial integrierender und gesundheitsfördernder Lebensverhältnisse engagiert, leichter entsprechen als andere Universitätseinrichtungen, die ihre Erkenntnis-Interessen auf den klinischen Blick fixiert und dort begrenzt haben.

„Hochschulen für Gesundheit“ bilden daher ein Entwicklungsangebot für alle Hochschulen, die einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensverhältnisse im 21. Jahrhundert für alle Menschen leisten wollen. Sie finden ein Gegenüber in ihrer regionalen Umgebung, die sie durch „Community-Campus-Partnerships for Health“ (www.ccp.h.info) mit gestalten wollen. Auf der Ebene der Regionen sollte daher in den nächsten Jahren auch vereinbart werden, welche Ressourcen welchen Hochschulen gewidmet werden, die sich zu „Hochschule für Gesundheit“ entwickeln wollen. Dass Universitäten für angewandte Wissenschaften dafür auch eine angemessene Forschungsausstattung und ein Promotionsrecht benötigen, steht ausser Zweifel.

Der Kooperationsverbund „Hochschulen für Gesundheit“ e.V. will die notwendigen Neuordnungen der hochschulischen Qualifizierung der Gesundheitsberufe weiter konstruktiv mit gestalten. Es gibt dazu das Vorhaben, durch die Bildung einer „Stiftung Hochschulen für Gesundheit“ diese Vermittlungsfunktion dauerhaft zu sichern.

Die Arbeit der Robert Bosch Stiftung hat in den letzten 30 Jahren gezeigt, wie wichtig es für die Entwicklung der Gesundheitspflege im 21. Jahrhundert ist, jenseits festgefahrener institutioneller Interessenbildungen der Vernunft eine Chance zu geben.

An dieser Stelle möchte ich mich für den Kooperationsverbund „Hochschulen für Gesundheit“ für die zweijährige Projektförderung für „Koordinierte Initiativen für die Weiterentwicklung der Ausbildung in Medizin und Gesundheitsberufen“ bedanken.

Sie hat zumindest der Hoffnung auf Vernunft bei der Entwicklung von Fachqualifikationsrahmen für die Gesundheitsberufe Antrieb gegeben und zu gemeinsamen Gesprächen und Diskussionen ermutigt. Dafür vielen Dank.

Prof. Dr. Eberhard Göpel

Projektleiter des Teilprojektes „Hochschulen für Gesundheit“

Abschlussbericht des Projektes „Koordinierte Initiativen zur Weiterentwicklung der Ausbildung in Medizin und Gesundheitsberufen“ Berichtersteller: Hochschulen für Gesundheit

Literaturverzeichnis

Alscher, M./ Büscher, A./ Dielmann, G./ Hopfeld M/ Igl, G./ Höppner, H./ Kuhlmei, A./ Matzke, U. (2010): Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherung der Gesundheitsversorgung von morgen. Robert Bosch Stiftung: Stuttgart
Zugriff unter <http://www.hochges.de/pdf/Memorandum-Gesundheitsversorgung-von-morgen.pdf> am 06.03.2012

Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (2011): Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen, verabschiedet vom Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR) am 22. März 2011. o.O.

Bals, T. (2009): Die Anwendung des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) für Gesundheitsberufe – Möglichkeiten und Grenzen. In: Dokumentation der 2. Werkstatt-Tagung „Zukunft der Hochschul-Bildung für Gesundheitsberufe“. Hochschulen für Gesundheit (Hrsg.): Magdeburg, S.6-9

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (1999): Der Europäische Hochschulraum. Gemeinsame Erklärung der Europäischen Bildungsminister, 19. Juni 1999, Bologna
Zugriff unter http://www.bmbf.de/pubRD/bologna_deu.pdf am 07.03.2012

Brummer, Mathias (2010): Gesundheit studieren an einer gesundheitsfördernden Hochschule im Jahr 2015. In: Dokumentation der 3. Werkstatt-Tagung „Zukunft der Hochschulbildung für Gesundheitsberufe im europäischen Kontext“. Hochschulen für Gesundheit (Hrsg.): Magdeburg, S.79-85

Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010): A National Interprofessional Competency Framework. Vancouver
Zugriff unter http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210r.pdf am 06.03.2012

Careum Stiftung (2011) (Hrsg.): Education of Health Professionals for the 21th Century. Eine neue globale Initiative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten. Zürich
Erstveröffentlichung des Berichts der Lancet-Commission (Frenk J, Chen L, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world) erfolgte als Sonderausgabe von The Lancet am 4. Dezember 2010 (vol 376; pp 1923-58).
Zugriff unter http://www.stiftung-careum.ch/files/media/files/874eff728e36a0df98c38c9443f91066/Lancet_Report_2011_DE.pdf am 04.03.2012

Frank, JR., Jabbour, M., et al. Eds. (2005): Report of the CanMEDS Phase IV Working Groups. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
Download unter http://www.royalcollege.ca/shared/documents/canmeds/the_7_canmeds_roles_e.pdf zugriff 28.02.2012

Gehmlich, V. (2009): Die Einführung eines Nationalen Qualifikationsrahmens in Deutschland (DQR) – Untersuchung der Möglichkeiten für den Bereich des formalen Lernens. Band 2 der Reihe Berufsbildungsforschung. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.). Bonn

Hochschulrektorenkonferenz (2010) (Hrsg.): Zur Weiterentwicklung des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR). Empfehlung des HRK-Senats vom 23.02.2010

Hochschulrektorenkonferenz/ Kultusministerkonferenz/ Bundesministerium für Bildung und Forschung (2005) (Hrsg.): Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse. Beschluss vom 22.04.2005

Höppner, H./ Rübiger, J. (2009): Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG) e.V. – ein Verbund für die Akademisierung der Physiotherapie im deutschsprachigen Raum. In: physioscience 2009; 5: 90-91

Hülksen-Giesler, M./ Recken, H. (2011): Gesundheitsförderung als Kompetenz in den Fachqualifikationsrahmen von Gesundheitsberufen der Pflegewissenschaft, In: Zukunft der Hochschul-Bildung der Gesundheitsberufe III: Wie können aus Gesundheitsberufen Gesundheitsberufe werden. Hochschulen für Gesundheit (Hrsg.): Magdeburg, S.45

HWP Planungsgesellschaft (2007) (Hrsg.): Zukunft für das Krankenhaus. Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung der Krankenhausorganisation. Stuttgart
Zugriff unter http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Studie_Zukunft_Krankenhaus_Kurzversion.pdf am 6.03.2012

Köhler, T./ Schröder, H./ Klaes, L./ Rommel, A./ Schüler, G. (2011): Zukünftige Qualifikationserfordernisse bei Gesundheitsfachberufen. In. Frequenz-Newsletter 2011, S. 7-9
Zugriff unter http://www.frequenz.net/uploads/tx_freqnewsletter/frequenz_newsletter2011_web_final.pdf am 07.03.2012

Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer (2010): Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen. Bundesärztekammer: Berlin
Zugriff unter <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/FachberufeProzessverbesserung201111.pdf> am 6.03.2012

Rübiger, J./ Walkenhorst, U. (2010) FQR für die Hochschulbildung im Bereich Therapiewissenschaft. In: Dokumentation der 3. Werkstatt-Tagung „Zukunft der Hochschulbildung für Gesundheitsberufe im europäischen Kontext“. Hochschulen für Gesundheit (Hrsg.): Magdeburg, S. 44-49

Sachs, I./ Seibt, A./ Baumgarten, K. (2010): AG6: Untersuchungen zur Berufseinmündungen. In: Dokumentation der 3. Werkstatt-Tagung „Zukunft der Hochschulbildung für Gesundheitsberufe im europäischen Kontext“. Hochschulen für Gesundheit (Hrsg.): Magdeburg, S.67-68

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Kurzfassung
Zugriff unter <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht07/Kurzfassung%202007.pdf> am 6.03.2012

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesens (2009) (Hrsg.): Koordination und Integration- Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens
Zugriff unter <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht09/Kurzfassung09.pdf> am 03.03.2012s

Sottas, Beat (2010): Abschlusskompetenzen für alle Gesundheitsberufe: das schweizerische Rahmenwerk und seine Konzeption. In: Dokumentation der 3. Werkstatt-Tagung „Zukunft der Hochschulbildung für Gesundheitsberufe im europäischen Kontext“. Hochschulen für Gesundheit (Hrsg.): Magdeburg, S.73-78
Zugriff unter http://www.hochges.de/tagung2011/pdf/Beat_Sottas_Abschlusskomp.pdf S.73-78 am 6.03.2012

Unger, A. (2010): Entwicklung interprofessioneller Kompetenz in der Ausbildung. In: Marzinik, K./ Nauerth, A./ Walkenhorst, U. (Hrsg.): Kompetenzen und Kooperation im Gesundheits- und Sozialbereich. Berlin: Lit Verlag, S.67-88

Wissenschaftsrat (2010): Empfehlungen zur Differenzierung der Hochschulen. Drs. 10387-10, Lübeck
Zugriff unter <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/10387-10.pdf?PHPSESSID=79a5de5a5516ac202ac7a3d90714a9e7> am 07.03.2012

Zervakis, P. (2009): Grußwort. In: Dokumentation der Tagung „Zukunft der Gesundheits- und Pflegestudiengänge – Herausforderungen zwischen Bologna-Zielen und Beschäftigungsentwicklung“. Hochschulen für Gesundheit (Hrsg.): Berlin, S.5-10

Weiterführende Literatur

Europäischer Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen

http://ec.europa.eu/education/pub/pdf/general/eqf/leaflet_de.pdf

Deutscher Qualifikationsrahmen

http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de/de/aktuelles/deutscher-qualifikationsrahmen-f%C3%BCr-lebenslanges-le_ght3psqo.html?

Skills for Health –Programm in Grossbritannien

http://www.skillsforhealth.org.uk/component/docman/doc_download/164-strategic-plan-2010-15-mar-2010.html

CanMEDS Standards in Canada

<http://www.royalcollege.ca/public/resources/aboutcanmeds>

CanMEDS Educational Design

http://www.royalcollege.ca/shared/documents/canmeds/resources/educational_design_preview_e.pdf

CanMEDS Research Guide

http://www.royalcollege.ca/shared/documents/canmeds/resources/research_guide_preview_e.pdf

The CanMEDS Assessment Tools Handbook

An Introductory Guide to Assessment Methods for the CanMEDS Competencies

http://www.royalcollege.ca/shared/documents/canmeds/resources/assessment_tools_handbook_preview_e.pdf

Canadian interprofessional health collaboration

<http://www.cihc.ca/>

WHO Genf 2010 Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice

<http://www.cihc.ca/files/Framework%20for%20Action%20on%20Interprofessional%20Education%20and%20Collaborative%20Practice.pdf>

European Interprofessional Education Network in Health and Social Care (EIPEN –Projekt)
www.eipen.org

http://eacea.ec.europa.eu/llp/project_reports/documents/erasmus/erasmus_2007_final_reports/eam/europeaninterprofessionaleducationnetworkinhealthandsocialcare.pdf

Journal of Interprofessional Care

<http://informahealthcare.com/jic>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Arbeitspakete des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM)/ Stand 02/12.....	14
Abbildung 2: Disziplinübergreifende Inhalte, die in den ersten drei Semestern gemeinsam in allen Studiengängen der Hochschule für Gesundheit vermittelt werden; entnommen aus Brummer, M. (2010), S.84	18
Abbildung 3: Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010): A National Interprofessional Competency Framework, http://www.cihc.ca/ S. 11.....	27

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beschreibungskategorien der Kompetenzdimensionen (Gehmlich 2009, S.36) .	7
Tabelle 2: Poolkompetenzen der Gesundheitsberufe (erarbeitet auf Grundlage der Zwischenergebnisse zu den FQR der Therapiewissenschaften, Pflegewissenschaft, Medizin und Gesundheitsförderung/Public Health).....	18

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Überblick zum Stand der Fachqualifikationsrahmen	
Anhang 2: Kooperationstreffen und -aktivitäten von HoGes e.V. und GMA	
Anhang 3: Prof. Dr. E. Göpel, Verfahrensvorschlag	
Anhang 4: Prof. Dr. E. Göpel, Informationen	
Anhang 5: Stubner	
Anhang 6: Dr. B. Weigl, Durchführungsstudie zur wissenschaftlichen und berufspraktischen Qualifizierung für eine Gesundheitskompetenz-Beratung	
Anhang 7: Tagungs-Dokumentation: "Zukunft der Hochschul-Bildung der Gesundheitsberufe im europäischen Kontext", 10.2010 in Bochum	
Anhang 8: Tagungs-Dokumentation "Zukunft der Hochschul-Bildung der Gesundheitsberufe. Wie können aus Gesundheitsberufen Gesundheitsberufe werden?" in Magdeburg	
Anhang 9: Bericht zur Beratungskonferenz "Funktion von Fach-Qualifikationsrahmen für die Hochschul-Bildung der Gesundheitsberufe und Stand der Entwicklung in verschiedenen Professionsbereichen", Februar 2012 in Berlin	

- Anhang 10: Bericht zur Beratungskonferenz "Koordinierte Initiativen zur Weiterentwicklung der Ausbildung in Medizin und Gesundheitsberufen. Wo stehen wir und wie geht es weiter?", 28./29.6.2012 in Bochum
- Anhang 11: Informations-Briefe des Kooperationsverbundes "Hochschulen für Gesundheit" e. V.

Anhang 1: Überblick zum Stand der Fachqualifikationsrahmen

	Therapieberufe	Pflege- wissenschaft	Medizin	Gesundheits- förderung / Public Health
Leitung der FQR- Gruppe	Prof. Dr. Ursula Walkenhorst, Hochschulverbund Gesundheitsfach-berufe (HVG e.V.)	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft: Frau Bärbel Dangel, Herr Manfred Hülsken-Giesler, Herr Heinrich Recken; Dekanekonferenz Pflegewissenschaft: Johannes Korporal	Prof. Dr. Martin Fischer, (Gesellschaft für Medizinische Ausbildung, GMA) & Prof. Dr. Reinhard Hicel, Medizinischer Fakultätentag, MFT)	Prof. Dr. Beate Blättner (HS Fulda) Prof. Dr. Thomas Hartmann (HS Magdeburg – Stendal) Dr. Kerstin Baumgarten (HS Magdeburg-Stendal)
Abge- deckte Studien- schwer- punkte	Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie - nicht Hebammenwesen, nicht Pflege	Alle pflegewissenschaftlich ausgerichteten Studiengänge	Studiengang Medizin gemäß gültiger Ärztlicher Approbationsordnung (ÄAppO)	Alle Studiengänge im Bereich Gesundheitsförderung und Public Health
Vorbild/ Orientierung an...	FQR Soziale Arbeit und DQR	FQR Soziale Arbeit und DQR	verschiedene nationale Lernzielkataloge Medizin und CanMEDS	Public Health Action Cycle, Dublin Deskriptoren
Stadium der Entwicklung	Entwurf erstellt für Bachelor & Master; Promotion steht noch aus	Abgeschlossen: BA, MA, Promotion. z.Z. noch Überarbeitungen der Präambel	in Arbeit	Abgeschlossen: BA Entwurf: MA

Kategorien des FQR	<p>horizontale Kategorien: Aufgabenstellung / Planung / Organisation / Umsetzung / Evaluation / Forschung und Wissenschaft</p> <p>sowie den vertikalen DQR-Kategorien: Wissen / Fertigkeiten / Sozialkompetenz , Selbstkompetenz</p>	Wissen, Fertigkeiten und Haltungen	<ul style="list-style-type: none"> • Faktenwissen (Was?) • Handlungs- und Begründungswissen (Wie und Warum?) • Handlungskompetenz: Unter Aufsicht selber tun • Handlungskompetenz: Selbständig tun können <p>Fach- und Personale Kompetenz → siehe Gliederung der Arbeitspakete</p>	<p>Horizontal: Public Health Action Cycle (d.h. Assessment, Policy Development, Assurance [Sicherstellen von Rahmenbedingungen, Umsetzen], Evaluation)</p> <p>Vertical: Dublin Deskriptoren (d.h. Knowledge and understanding, Applying knowledge and understanding, Making judgements, Communication, Learning skills)</p>
Verabschiedend es Gremium/ Legitimationsprozess	Entstanden im Rahmen des HVG, Arbeitsgruppe FQR ⁵	In Planung: Dekanekonferenz Pflegewissenschaft, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft	<p>ordentlicher Medizinischer Fakultätentag oMFT /</p> <p>Konsensusprozess mit VertreterInnen aus Medizin, Wissenschaft und Politik</p>	-

⁵ besteht aus 8 Mitgliedern, davon 7 Hochschullehrerinnen der HVG-Mitgliedshochschulen

Ausblick	<p>a) 23.03.2012 Diskussion des Entwurfes in einer Expertengruppe (Berufsverbände, BFS), falls dies nicht an der Veranstaltung am 17.02. teilnehmen</p> <p>b) 29.03.2012 Vorstellen vor Berufsverbänden und Gewerkschaft (ver.di)</p> <p>c) 04.05.2012 Präsentation u. Diskussion auf HVG-Mitgliederversammlung</p> <p>d) Fertigstellung bis Ende 2012 nach Einarbeitung aller Anregungen</p> <p>e) Danach: Vorlage bei HRK, AG DQR, Akkreditierungsagenturen</p> <p>f) Berichterstattung: Hochschulen für Gesundheit</p> <p>Veröffentlichung in Fachzeitschriften aller 3 Berufsgruppen</p>	<p>Veröffentlichung für März/April 2012 geplant.</p>	<p>Veröffentlichung Mitte 2013 als Print- und Datenbankversion</p>	<p>Weitere Publikation in der Fachzeitschrift „Das Gesundheitswesen“ in Vorbereitung</p>
-----------------	--	--	--	--

Sonstiges	<p>Eine Abstimmung des FQR für Therapieberufe mit dem FQR für „Public Health“ und für „Pflege“ wird angestrebt.</p> <p>Der FQR beschränkt sich bewusst auf die Niveaustufen 6-8, er soll für den FQR der Niveaustufe 5 anschlussfähig sein.</p>		www.nklm.org	<p>Veröffentlichung FQR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung 2011 • Kooperationsverbund und Hochschulen für Gesundheit: Dokumentation der Fachtagung. Wie können aus Gesundheitsberufen Gesundheitsberufe werden? vom 26. und 27. Mai 2011 in Magdeburg
------------------	---	--	--------------	--

Anhang 2: Kooperationstreffen und -aktivitäten von HoGes e.V. und GMA

19.06.2009	Tagung der HoGes e.V. „Zukunft der Gesundheits- und Pflegestudiengänge – Herausforderungen zwischen Bologna-Zielen und Beschäftigungsentwicklung“ in Berlin
23.-24.10.2009	Tagung der HoGes e.V. „Zukunft der Hochschul-Bildung für Gesundheitsberufe“ in Berlin
24.-25.06.2010	Tagung der HoGes e.V. „Zukunft der Hochschulbildung für Gesundheitsberufe im Europäischen Kontext“ in Bochum
23.-25.09.2010	GMA-Jahrestagung „Viel verändert – viel erreicht? Bilanz und Zukunft der Studienreformen“ in Bochum
26.-27.05.2011	Tagung der HoGes e.V. „Zukunft der Hochschulbildung der Gesundheitsberufe III: Wie können aus Gesundheitsberufen Gesundheitsberufe werden?“ in Magdeburg
21.6.2011	Telefonkonferenz von HoGes e.V., GMA und Geschäftsstelle der GMA Projektgruppe NLKM
05.-08.10.2011	GMA-Jahrestagung „Lehren - Lernen - Prüfen: Von der Dissonanz zum Dreiklang?“ in München
16.11.2011	Arbeitstreffen HoGes e.V. GMA in Oldenburg
13.01.2012	Arbeitstreffen GMA und HoGes e.V. in Witten
17.02.2012	Beratungstreffen der HoGes e.V. zur „Entwicklung von Fachqualifikationsrahmen für akademische Gesundheitsberufe“ in Berlin
28.2.2012	Arbeitstreffen GMA und HoGes e.V. in Bochum
02. + 03.03.2012	Telefontermine HoGes e.V. und Geschäftsstelle GMA Projektgruppe NKLM

Über die direkte Kooperation hinaus sind GMA und HoGes e.V. durch ihre Vorstände sowie einzelne Mitglieder zusammen im GMA Ausschuss „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen der Medizin, Pflege und Therapie“ vertreten. Hier fanden bisher drei Treffen statt.