Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (VAMOS)

ABSCHLUSSBERICHT

durch das Forschungskonsortium VAMOS

- Juni 2019 –

Gefördert vom
Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

FORSCHUNGSKONSORTIUM ZUR UMSETZUNG DER VERBLEIBSTUDIE VAMOS

- Hochschule für Gesundheit Bochum (Koordinierende Stelle)
- Fachhochschule Bielefeld
- Fachhochschule Münster
- Fliedner Fachhochschule Düsseldorf
- Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
- praxisHochschule
- Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen
- Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich, FH Bielefeld
- Institut Arbeit und Qualifikation, Universität Duisburg-Essen
- Institut Arbeit und Technik, Westfälische Hochschule

Verantwortlich für die Koordination des Gesamtprojekts:

Prof. Dr. Sven Dieterich (Leitung der koordinierenden Stelle)

Tel.: +49 234 77727 - 646
Fax: +49 234 77727 - 846
sven.dieterich@hs-gesundheit.de

Rüdiger Hoßfeld

TEL.: +49 234 77727 - 133
FAX: +49 234 77727 - 233
ruediger.hossfeld@hs-gesundheit.de

Fachliche Verantwortung der Projektmodule A und B (Befragung der Absolvent*innen):

Prof. Dr. Änne-Dörte Latteck (Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich) und Christian Grebe (Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich)

Fachliche Verantwortung des Projektmoduls C (Befragung der Arbeitgeber*innen):

Michaela Evans (Institut Arbeit und Technik), Christoph Bräutigam (Institut Arbeit und Technik), Prof. Dr. Sybille Stöbe-Blossey (Institut Arbeit und Qualifikation) und Katharina Hähn (Institut Arbeit und Qualifikation)

Projektsteuerungsgruppe:

Prof. Dr. Sven Dieterich (Hochschule für Gesundheit/hsg Bochum)
Prof. Dr. Änne-Dörte Latteck (FH Bielefeld)
Prof. Dr. Marcellus Bonato (FH Münster)
Prof. Dr. Kirsten Fuchs-Rechlin (Fliedner Fachhochschule Düsseldorf)
Prof. Dr. Anke Helmbold (Katholische Hochschule NRW Köln)
Prof. Dr. Jörg große Schlarmann (praxisHochschule Rheine)
Prof. Dr. Stefan Heim (RWTH Aachen)
Prof. Dr. Sybille Stöbe-Blossey (Institut Arbeit und Qualifikation)
Michaela Evans (Institut Arbeit und Technik)

Unter Mitarbeit von:

Dr. Sascha Kopczynski (hsg Bochum), Prof. Dr. Sascha Sommer (hsg Bochum), Prof. Dr. Christa Büker (FH Bielefeld), Prof. Dr. Friederike Störkel (FH Münster), Prof. Dr. Renate Adam-Paffrath (Fliedner Fachhochschule Düsseldorf), Anke Mijatovic (Katholische Hochschule NRW) Dr. Bettina Shamsul (praxisHochschule Rheine), Elke Oetken (RWTH Aachen), Nina Jacobs (RWTH Aachen), Wolfgang Pasch (Fliedner Fachhochschule Düsseldorf)

Mit einem Beitrag von:

Dr. Beat Sottas (sottas formative works) – Supplement

Zitiervorschlag für den Abschlussbericht VAMOS:

Dieterich, S., Hoßfeld, R., Latteck, Ä. D., Bonato, M., Fuchs-Rechlin, K., Helmbold, A., große Schlarmann, J. & Heim, S. (Hrsg.) (2019). Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (VAMOS) - Abschlussbericht. Bochum 2019.

ISBN: 978-3-946122-13-5

INHALT

Tabellenverzeichnis ..... **VII**

Abbildungsverzeichnis ..... **IX**

Zusammenfassung ..... **XII**

1 Hintergrund und Relevanz der Verbleibstudie **1**

1.1 Aktuelle Situation der Akademisierung in den Gesundheitsfachberufen 3

1.1.1 Notwendigkeit der Akademisierung 3

1.1.2 Berufs- und ausbildungsbegleitende Studiengänge 5

1.1.3 Modellstudiengänge – Berufsqualifizierung an der Hochschule 6

1.2 Evaluation der Modellstudiengänge 7

1.3 Status quo der Forschung zum beruflichen Verbleib 8

2 Zielsetzung und methodische Anlage der Gesamtstudie **10**

2.1 Übergeordnete Forschungsfragen der Studie 10

2.2 Module der Verbleibstudie VAMOS 11

2.2.1 Untersuchungsleitende Fragen zur Perspektive der Absolvent*innen 11

2.2.2 Untersuchungsleitende Fragen zur Perspektive der Arbeitgeber*innen 12

2.3 Forschungsverbund 13

2.4 Multimethodaler Forschungsansatz 18

3 Perspektive der Absolvent*innen **22**

3.1 Methodik der Befragung der Absolvent*innen 22

3.1.1 Quantitative Methodik 22

3.1.2 Qualitative Methodik 32

3.2 Ergebnisse der Befragung der Absolvent*innen 37

3.2.1 Ergebnisfeld 1: Beschäftigungsmerkmale 37

3.2.2 Ergebnisfeld 2: Qualifikationsadäquanz 66

3.2.3 Ergebnisfeld 3: Zufriedenheit und Akzeptanz 84

3.2.4 Ergebnisfeld 4: Förderfaktoren und Barrieren der Berufseinmündung/–ausübung 94

3.2.5 Ergebnisfeld 5: Planungs- und Entwicklungsaspekte 102

4 Perspektive der Arbeitgeber*innen **116**

4.1 Methodik der Befragung von Arbeitgeber*innen 116

4.1.1 Quantitative Methodik 116
4.1.2 Qualitative Methodik 122
4.2 Ergebnisse der Befragung der Arbeitgeber*innen 128
4.2.1 Ergebnisfeld 1: Beschäftigungsmerkmale 128
4.2.2 Ergebnisfeld 2: Qualifikationsadäquanz 139
4.2.3 Ergebnisfeld 3: Zufriedenheit und Akzeptanz 153
4.2.4 Ergebnisfeld 4: Förderfaktoren und Barrieren der Berufseinmündung/-ausübung 158
4.2.5 Ergebnisfeld 5: Planungs- und Entwicklungsaspekte 175
5 Diskussion der Verbleibstudie 181
5.1 Diskussion Ergebnisfeld 1: Beschäftigungsmerkmale 182
5.1.1 Arbeitssettings und Tätigkeitsfelder 182
5.1.2 Spezifische Beschäftigungsmerkmale 185
5.2 Diskussion Ergebnisfeld 2: Qualifikationsadäquanz 189
5.2.1 Ausprägung und Einsatz der im Studium erworbenen Kompetenzen 189
5.2.2 Nutzen der hochschulischen Qualifikation im Rahmen der Berufstätigkeit 193
5.3 Diskussion Ergebnisfeld 3: Zufriedenheit und Akzeptanz 197
5.3.1 Zufriedenheit mit dem erlernten Beruf und der aktuellen Erwerbstätigkeit 197
5.3.2 Zufriedenheit der Arbeitgeber*innen und Akzeptanz der Absolvent*innen im Berufsfeld 200
5.4 Diskussion Ergebnisfeld 4: Förderfaktoren und Barrieren der Berufseinmündung/-ausübung 203
5.5 Diskussion Ergebnisfeld 5: Planungsaspekte 207
5.6 Einordnung der Ergebnisse vor dem Hintergrund der Entwicklungen in den Berufsgruppen 210
5.6.1 Pflege 210
5.6.2 Therapieberufe 212
5.6.3 Hebammenkunde 215
5.7 Limitationen der Verbleibstudie 217
6 Schlussfolgerungen und Handlungsimplikationen 222
6.1 Konsequenzen für die zukünftige hochschulische Ausbildung 222
6.1.1 Regelstudiengänge einführen und langfristig sicherstellen 222

6.1.2 Ausbau vorhandener Studienangebote zur inhaltlichen Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe und als Beitrag zur Reduzierung des Fachkräftemangels 223
6.2 Konsequenzen für die zukünftige Versorgungs- und Unternehmenspraxis 224
6.2.1 Handlungsspielräume und Rahmenbedingungen zur Erschließung von Kompetenzmehrwerten weiterentwickeln 224
6.2.2 Zufriedenheit und Verbleib der akademischen Fachpersonen langfristig sicherstellen 225
6.2.3 Realistische Erwartungen und gegenseitige Wertschätzung ausbauen 225
Supplement: Feststellungen aus externer Sicht 226
Kommentierung der Ergebnisse der Verbleibstudie 226
Entwicklungslinien im internationalen Vergleich 232
Neue Herausforderungen 234
Das Curriculum neu Denken 236
Verpuffte Bildungsinvestition? 238
Literaturverzeichnis 240
Anhang 250
Ergebnistabellen der Absolvent*innenbefragung (InBVG) 250
Beschäftigungsmerkmale 254
Qualifikationsadäquanz 270
Zufriedenheit und Akzeptanz der Absolvent*innen 275
Förderfaktoren und Barrieren der Berufseinmündung und Berufsausübung 283
Planungsaspekte 285

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Hochschulstandorte und Modellstudiengänge in den Gesundheitsfachberufen in NRW 1

Tabelle 2: Zusammensetzung der Projektsteuerungsgruppe VAMOS 15

Tabelle 3: Zusammensetzung des Fachbeirats VAMOS 17

Tabelle 4: Kompetenzdimensionen 23

Tabelle 5: Zusammensetzung der Stichprobe der Vorstudie 25

Tabelle 6: interne Konsistenz der Skalen zur Selbsteinschätzung der Handlungssicherheit 26

Tabelle 7: Geschlechterverteilung nach Studienrichtung 30

Tabelle 8: Altersverteilung nach Studienrichtung 31

Tabelle 9: Abschlussnoten 31

Tabelle 10: Abschlusssemester 32

Tabelle 11: Interviewteilnehmer*innen Module A/B nach Hochschulen 34

Tabelle 12: Interviewteilnehmer*innen Module A/B nach Studiengängen 35

Tabelle 13: Darstellung der aus der Online-Befragung abstrahierten 9 Tätigkeitsprofile 45

Tabelle 14: Unterschiede in den Aufgabenbereichen zwischen Absolvent*innen und fachschulisch ausgebildeten Kolleg*innen 58

Tabelle 15: Unterschiede in der Arbeitsweise zwischen Absolvent*innen und fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen 59

Tabelle 16: monatliches Bruttoeinkommen aus den Haupterwerbstätigkeiten (standardisiert auf 40h-Woche) 64

Tabelle 17: Situationen, in denen die Anwendung der im Bachelorstudium erworbenen Kompetenzen besonders gut gelingt 77

Tabelle 18: Vorbereitung auf die derzeitige Tätigkeit durch das Studium 81

Tabelle 19: Wahrnehmung des akademischen Abschlusses durch das berufliche Umfeld 91

Tabelle 20: förderliche Aspekte für die Nutzung der im Studium erworbenen Kompetenzen 95

Tabelle 21: hemmende Aspekte für die Nutzung der im Studium erworbenen Kompetenzen 99

Tabelle 22: Gründe für die Aufnahme eines Master-Studiums 109

Tabelle 23: Rücklauf nach Berufen 119

Tabelle 24: Rücklauf nach Institutionen 120

Tabelle 25: Funktion der Befragten 120
Tabelle 26: Qualifikation der Befragten 120
Tabelle 27: Berufsbildung der Befragten 121
Tabelle 28: Studienort der beschäftigten Absolvent*innen 121
Tabelle 29: Zusammensetzung des Interviewsamples nach Arbeitgebertypen und Fachrichtungen 123
Tabelle 30: Unterschiede bei der Vergütung der Absolvent*innen 132

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Forschungskonsortium VAMOS 13
Abbildung 2: zentrale Ergebnisfelder der Verbleibstudie VAMOS 21
Abbildung 3: Rücklauf nach Studienrichtungen 29
Abbildung 4: Rücklauf nach Hochschulen 30
Abbildung 5: Anteil nicht Erwerbstätiger nach Studienrichtungen 37
Abbildung 6: Settings der aktuellen Erwerbstätigkeiten (Ergotherapie) 39
Abbildung 7: Settings der aktuellen Erwerbstätigkeiten (Logopädie) 40
Abbildung 8: Settings der aktuellen Erwerbstätigkeiten (Physiotherapie) 41
Abbildung 9: Settings der aktuellen Erwerbstätigkeiten (Hebammenkunde) 42
Abbildung 10: Settings der aktuellen Erwerbstätigkeiten (Pflege) 44
Abbildung 11: Erwerbstätigkeitsprofile der Haupterwerbstätigkeiten (Ergotherapie) 47
Abbildung 12: Erwerbstätigkeitsprofile der Haupterwerbstätigkeiten (Logopädie) 48
Abbildung 13: Erwerbstätigkeitsprofile der Haupterwerbstätigkeiten (Physiotherapie) 49
Abbildung 14: Erwerbstätigkeitsprofile der Haupterwerbstätigkeiten (Hebammenkunde) 50
Abbildung 15: Erwerbstätigkeitsprofile der Haupterwerbstätigkeiten (Pflege) 51
Abbildung 16: Anteile innerhalb der Erwerbstätigkeitsprofile mit vorwiegend klientennahen Aufgabenbereichen nach Studienrichtung 52
Abbildung 17: Anteil klientennaher Profile der Haupterwerbstätigkeiten nach Abschlusskohorten 53
Abbildung 18: Übernahme besonderer Aufgabenbereiche im Rahmen der Haupterwerbstätigkeiten - Teil 1/3 55
Abbildung 19: Übernahme besonderer Aufgabenbereiche im Rahmen der Haupterwerbstätigkeiten - Teil 2/3 56
Abbildung 20: Übernahme besonderer Aufgabenbereiche im Rahmen der Haupterwerbstätigkeiten - Teil 3/3 57
Abbildung 21: Beschäftigungsumfang der Erwerbstätigkeiten (Median) 62
Abbildung 22: Brutto-Stundenlohn nach Berufsgruppen in Euro (Haupterwerbstätigkeiten) 63
Abbildung 23: Monats-Bruttoeinkommen (40h/ Woche) aus Haupterwerbstätigkeiten bei Absolvent*innen mit vorwiegend klientennahen Erwerbstätigkeitsprofilen 65
Abbildung 24: Handlungssicherheit (Anteil fehlender Summenscores) 68

Abbildung 25: Handlungssicherheit Ergotherapie (0-100 Punkte) 69
Abbildung 26: Handlungssicherheit Logopädie (0-100 Punkte) 70
Abbildung 27: Handlungssicherheit Physiotherapie (0-100 Punkte) 71
Abbildung 28: Handlungssicherheit Hebammenkunde (0-100 Punkte) 72
Abbildung 29: Handlungssicherheit Pflege (0-100 Punkte) 73
Abbildung 30: Nutzung der im Studium erworbenen Kompetenzen im Rahmen der Haupterwerbstätigkeiten (nach Studienrichtung) 75
Abbildung 31: Nutzung der im Studium erworbenen Kompetenzen nach Erwerbstätigkeitsprofilen (alle Studienrichtungen) 76
Abbildung 32: allgemeine Berufszufriedenheit (nach Berufsgruppen) 84
Abbildung 33: Vor- bzw. Nachteile durch das Studium 85
Abbildung 34: Zufriedenheit mit den aktuellen Erwerbstätigkeiten 86
Abbildung 35: Bewertung der Angemessenheit des durch die jeweilige Erwerbstätigkeit erzielten Einkommens 88
Abbildung 36: Wahrnehmung der akademischen Qualifizierung durch Dritte 90
Abbildung 37: Probleme bei der Berufseinmündung 94
Abbildung 38: erreichte und aktuell verfolgte Karriereziele (Ergotherapie) 102
Abbildung 39: erreichte und aktuell verfolgte Karriereziele (Logopädie) 103
Abbildung 40: erreichte und aktuell verfolgte Karriereziele (Physiotherapie) 104
Abbildung 41: erreichte und aktuell verfolgte Karriereziele (Hebammenkunde) 105
Abbildung 42: erreichte und aktuell verfolgte Karriereziele (Pflege) 106
Abbildung 43: weiterführendes Studium (konkretes Interesse, Aufnahme und Abschluss) 108
Abbildung 44: Weiterbildungen (konkretes Interesse, Aufnahme und Abschluss) 115
Abbildung 45: Aufgaben und Verantwortungsbereiche der Absolvent*innen 129
Abbildung 46: Gründe für die Einstellung der Absolvent*innen 131
Abbildung 47: Unterschiede bei der Vergütung der Absolvent*innen nach Berufsgruppe 133
Abbildung 48: Unterschiede bei der Vergütung der Absolvent*innen nach Institutionen 133
Abbildung 49: Nicht-monetäre Anreize bei der Vergütung der Absolvent*innen 138
Abbildung 50: Erkennbarkeit von Kompetenzen der Absolvent*innen im Arbeitsalltag 140
Abbildung 51: Unterschiede der Kompetenzen bei Absolvent*innen und fachschulisch Qualifizierten 141

Abbildung 52: Weitere Unterschiede zwischen Absolvent*innen und fachschulisch Qualifizierten 143
Abbildung 53: Zufriedenheitsaspekte und Aussichten 154
Abbildung 54: Absolvent*innen vor Einstellung bekannt 157
Abbildung 55: Wichtige Einflüsse auf das Gelingen der Berufseinmündung 159
Abbildung 56: Angewendete Maßnahmen zur Förderung der Berufseinmündung 160
Abbildung 57: Auswirkungen der Einstellung der Absolvent*innen auf die Zusammenarbeit 164
Abbildung 58: Planung weiterer Einstellungen 176

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund

Seit dem Jahr 2009 ermöglichen Modellklauseln in den Berufsgesetzen für die Physiotherapie, die Ergotherapie, die Logopädie und die Hebammenkunde, die Einrichtung primärqualifizierender bzw. ausbildungsintegrierender Studiengänge. Bereits seit 2003 gelten solche Modellklauseln für die Gesundheits- und Krankenpflege, die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie die Altenpflege. Mit Einführung der Klauseln sind in allen genannten Berufsfeldern Modellstudiengänge möglich geworden, bei denen die Hochschulen, bezüglich der Gesamtverantwortung für die Ausbildung, an die Stelle der traditionell verantwortlichen Berufsfachschulen treten. In Nordrhein-Westfalen wurden seit dem Wintersemester 2010/2011 an sieben Hochschulstandorten elf entsprechende Studiengänge ins Leben gerufen, in denen Studierende für eine Berufstätigkeit im Gesundheitswesen ausgebildet werden. Gefördert durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (MAGS NRW) wurde nun mit der vorliegenden Studie erstmals der Verbleib der Absolvent*innen[1] aus den Modellstudiengängen untersucht.

Ziel der Studie

Ziel der Studie war es, den beruflichen Verbleib der Absolvent*innen nach dem Abschluss eines Modellstudiums in den betreffenden Gesundheitsfachberufen umfassend zu beschreiben und dabei die Merkmale und Rahmenbedingungen der beruflichen Situation darzustellen und zu erklären.

Methode

Im Rahmen einer als Querschnittstudie angelegten Vollerhebung wurden 1.124 Absolvent*innen, die bis zum Sommersemester 2017 ihr Studium in NRW abgeschlossen hatten, zu einer Online-Befragung eingeladen. 515 Absolvent*innen haben sich an dieser Befragung beteiligt, was einer Rücklaufquote von 46% entspricht. Ausgewählte Absolvent*innen (N=47) wurden überdies im Nachgang der Online-Befragung ergänzend in Form vertiefender qualitativer Telefoninterviews befragt. Zusätzlich wurden auch Arbeitgeber*innen befragt, die Absolvent*innen der elf Modellstudiengänge in Ihrem Betrieb beschäftigen, und somit über faktische Erfahrungen mit diesen verfügen. Auch hier wurde im Sinne eines Mixed-Methods-

[1] Im vorliegenden Bericht wird i.d.R. der Genderstern* verwendet, um nach Möglichkeit alle Menschen anzusprechen (unabhängig von den Kategorien weiblich oder männlich). Lediglich bei ausgewählten zusammengesetzten Begrifflichkeiten (z.B. „klientennah“) wird auf Grund der häufigen Nutzung innerhalb des Berichtes zu Gunsten einer besseren Lesbarkeit auf den Genderstern* verzichtet. Auch hier sind aber alle Klient*innen gemeint.

Ansatzes zuerst eine quantitative Online-Befragung mit 109 Teilnehmer*innen durchgeführt, die durch 25 qualitative Interviews vertiefend ergänzt wurde. Im Anschluss an die empirische Phase wurden die Gesamtergebnisse der beiden Untersuchungsstränge (Perspektive der Absolvent*innen und Perspektive der Arbeitgeber*innen) in fünf zentralen Ergebnisfeldern zusammengeführt.

Ergebnisse der Verbleibstudie VAMOS

Beschäftigungsmerkmale (vgl. Kapitel 5.1)

- Den Absolvent*innen gelingt i.d.R. eine einschlägige Berufseinmündung. Diese deckt eine Vielzahl von Arbeitsfeldern ab, wobei in jeder Berufsgruppe ein Setting klar dominiert. In der Pflege (56%) und in der Hebammenkunde (53%) sind über die Hälfte der Haupterwerbstätigkeiten der Absolvent*innen im Krankenhaus verortet, während dies in den Therapieberufen (im Mittel 53%) für das Setting der ambulanten Therapiepraxis gilt (vgl. Abschnitt 5.1.1).
- Acht von zehn Absolvent*innen in der Gesamtstichprobe (84%) arbeiten aktuell in Haupterwerbstätigkeiten, die ein Erwerbstätigkeitsprofil aufweisen, welches durch klientennahe Aufgaben geprägt ist. Der Anteil der hauptberuflich klientennah Erwerbstätigen ist in der Pflege (78%) insgesamt etwas niedriger als in den therapeutischen Berufsgruppen (Physiotherapie 87%; Logopädie 87%; Ergotherapie 93%) und in der Hebammenkunde (93%). Bei knapp zwei Drittel der Befragten in der Gesamtstichprobe (60%) sind die regulären klientennahen Aufgaben im Vergleich zu fachschulisch ausgebildeten Kolleg*innen durch besondere Aufgabenbereiche erweitert (vgl. Abschnitt 5.1.2).
- Die Absolvent*innen übernehmen im Vergleich zu fachschulisch ausgebildeten Kolleg*innen besondere Aufgaben vor allem in den Bereichen Beratung, interprofessionelle Zusammenarbeit, Projektarbeit, wissenschaftliche Recherche, Konzeptentwicklung sowie als Expert*innen die Verantwortung spezifischer fachlicher Themen (vgl. Abschnitt 5.1.2).

Qualifikationsadäquanz (vgl. Kapitel 5.2)

- Die Absolvent*innen sind in allen untersuchten Kompetenzdimensionen[2] in der beruflichen Praxis handlungssicher. Auf einer nach psychometrischen Kriterien konstruierten standardisierten Skala (0=sehr unsicher bis 100=sehr sicher), welche die Handlungssicherheit in alltäglichen beruflichen Situationen erfasst (Selbsteinschätzung), werden für alle

[2] Untersuchte Kompetenzdimensionen: 1. „Planen, Steuern & Evaluieren therapeutischer, pflegerischer bzw. hebammenkundlicher Prozesse“; 2. „Durchführen klient*innenbezogener Maßnahmen“; 3. „Beraten und Informieren“; 4. „Lernende im Praxisfeld anleiten“; 5. „Schulen und Anleiten von Klient*innen“; 6.„Qualität sichern und entwickeln“; 7. „Wissenschaftliche Erkenntnisse recherchieren, bewerten und kommunizieren“; 8. „Interprofessionell zusammenarbeiten“

Kompetenzdimensionen fast ausnahmslos Mittelwerte (M) zwischen 60 und 80 festgestellt. Insbesondere im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit ist die berufliche Handlungssicherheit berufsgruppenübergreifend besonders hoch ausgeprägt (Pflege M=81; Hebammenkunde M=81; Ergotherapie M=81; Physiotherapie M=80; Logopädie M=80) (vgl. Abschnitt 5.2.1).

- Die befragten Arbeitgeber*innen (Fremdeinschätzung) nehmen in den untersuchten Kompetenzdimensionen bei den Absolvent*innen der Modellstudiengänge im Vergleich zu fachschulisch Ausgebildeten einen „Mehrwert" wahr. Dieser zeigt sich am deutlichsten beim „Recherchieren, Bewerten und Kommunizieren wissenschaftlicher Erkenntnisse" (91%), beim „Planen, Steuern und Evaluieren von therapeutischen, pflegerischen bzw. hebammenkundlichen Prozessen" (74%) sowie bei der „Qualitätssicherung und –entwicklung" (70%). Insbesondere die Ergebnisse der Interviews zeigen zudem auch Unterschiede auf, die die Arbeitsweise betreffen. Den Absolvent*innen wird dabei im Vergleich zu fachschulisch ausgebildeten Kolleg*innen von den interviewten Arbeitgeber*innen ein höheres Maß an Reflexionsvermögen und kritischem Hinterfragen etablierter Strukturen und Prozesse, eine bessere Problemlösungskompetenz sowie ein stärkerer Fokus auf Evidenzbasierung und die Anwendung standardisierter Instrumente zur Diagnostik attestiert (vgl. Abschnitt 5.2.2).

Zufriedenheit und Akzeptanz (vgl. Kapitel 5.3)

- Fast zwei Drittel der Absolvent*innen (60%) in der Gesamtstichprobe sind mit Ihren derzeitigen Haupterwerbstätigkeiten in hohem oder sehr hohem Maße zufrieden. Am höchsten ist der Anteil der „Zufriedenen" in der Physiotherapie (71%) und in der Logopädie (67%). In den anderen drei Berufsgruppen ist jeweils etwas mehr als die Hälfte der Befragten (52-54%) mit der Haupterwerbstätigkeit zufrieden. Das Gehalt für die ausgeübte Erwerbstätigkeit empfinden zwei Drittel der Gesamtstichprobe (67%) als nicht angemessen (vgl. Abschnitt 5.3.1).
- Praktisch alle befragten Arbeitgeber*innen (98%) sind zufrieden mit ihrer Entscheidung, Absolvent*innen eingestellt zu haben. Neun von zehn befragten Arbeitgeber*innen sind der Auffassung, dass die Kompetenzen der Absolvent*innen den Anforderungen der Berufspraxis entsprechen (90%), und dass die Absolvent*innen einen spezifischen zusätzlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten können (90%). Annähernd neun von zehn befragten Arbeitgeber*innen (87%) sind in der Gesamtbewertung der Ansicht, dass sich die akademische Grundqualifikation bewährt, und dass die Absolvent*innen von Berufskolleg*innen (94%) und Angehörigen anderer Berufe (90%) akzeptiert werden (vgl. Abschnitt 5.3.2).

Förderfaktoren und Barrieren der Berufseinmündung und –ausübung (vgl. Kapitel 5.4)

- Nahezu alle befragten Arbeitgeber*innen halten „angemessene Erwartungen“ (96%) aller Beteiligten (v.a. hinsichtlich Einstiegspositionen, beruflicher Entwicklung und Vergütung), eine „sorgfältige Einarbeitung“ (94%), „angemessene Arbeitsbedingungen“ (96%) und ein „klares Stellenprofil“ (93%) für eine gelingende Berufseinmündung für wichtig. Bedeutende Barrieren beim Berufseinstieg und einer langfristigen Berufsausübung stellen in der klientennahen Versorgung die begrenzten Möglichkeiten der Nutzung der im Studium erworbenen Qualifikationen und Kompetenzen und die in Teilen noch ungeklärte Vergütung der Absolvent*innen dar.
- Förderlich für die Nutzung der Qualifikationen und Kompetenzen wirken sich in der klientennahen Versorgung berufsgruppenübergreifend v.a. erweiterte Erwerbstätigkeitsprofile mit besonderen klientennahen Aufgaben (z.B. Beratung, klinische Expertise oder Prozesssteuerung), oder besonderen klientenfernen Aufgaben (z.B. wissenschaftliche Recherche, Praxisprojekte, Qualitätsmanagement, Konzeptentwicklung oder Leitungsaufgaben) aus. Dort, wo die Aufgabenbereiche jenen der fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen entsprechen, gelingt die Nutzung der hochschulisch erworbenen Qualifikationen und Kompetenzen nur dann, wenn die Rahmenbedingungen (z.B. zeitliche Aspekte, Personalbesetzung und Arbeitsgestaltung) entsprechenden Freiraum bieten. Diesen Freiraum erkennen in der vorliegenden Studie insbesondere freiberuflich Tätige.

Planungsaspekte (vgl. Kapitel 5.5)

- Annähernd jede*r zweite Absolvent*in der Gesamtstichprobe zeigt konkretes Interesse an einem weiteren Studium. Berufsgruppenabhängig variiert das Interesse dabei leicht (Pflege 59%; Ergotherapie 59%; Hebammenkunde 57%; Physiotherapie 51%; Logopädie 39%). Die in den Interviews mit Absolvent*innen erfassten Motive für ein weiterführendes Studium sind dabei von relativ starker Heterogenität geprägt. Im Vordergrund stehen vor allem die Erschließung neuer beruflicher Betätigungsoptionen und die Aneignung und Vertiefung von Kompetenzen. Auch die Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der aktuellen beruflichen Tätigkeit (v.a. geringe Vergütungsmöglichkeiten und mangelnde Kompetenzanwendung) wird als Motiv für ein weiterführendes Studium angegeben (vgl. .
- Über alle Berufsgruppen hinweg wird von den Absolvent*innen häufig Interesse an klinisch ausgerichteten Masterstudiengängen angegeben. Die interviewten Arbeitgeber*innen erkennen zwar den potenziellen Nutzen eines Masterstudiums, stehen dem Interesse jedoch ambivalent gegenüber, da die Befürchtung oder auch bereits die Erfahrung besteht, dass die Absolvent*innen der Masterstudiengänge der klientennahen Versorgung nicht mehr zur Verfügung stehen könnten.
- Die zukünftige Einstellung weiterer Absolvent*innen aus den Modellstudiengängen wird von allen befragten Arbeitgeber*innen für die eigene Berufsgruppe geplant oder aber für

möglich gehalten. Allerdings lassen die hohen Bedarfe und die Fachpersonensituation auf dem Arbeitsmarkt eine spezifische Selektion von Hochschulabsolvent*innen nach Ansicht der Arbeitgeber*innen nur teilweise zu.

Schlussfolgerungen

Die Modellstudiengänge erreichen das an Sie primär gestellte Ziel und bereiten die Absolvent*innen angemessen auf die Versorgung von Klient*innen vor. Die Absolvent*innen arbeiten i.d.R. in der klientennahen Versorgung und sind in der Berufspraxis nach eigener Einschätzung handlungssicher. Sie bringen laut der Erfahrungen ihrer Arbeitgeber*innen erweiterte Handlungskompetenzen in die Versorgung ein (z.B. Evidenzbasiertes und Interprofessionelles Arbeiten). Es erscheint unter diesem zentralen Gesichtspunkt folgerichtig in Zukunft Studiengänge in allen untersuchten Gesundheitsfachberufen im Regelbetrieb möglich zu machen (vgl. Kapitel 6.1).

Um den langfristigen Verbleib der Absolvent*innen in der Versorgung von Klient*innen sicherzustellen und die Potenziale zur Verbesserung der Versorgungsqualität ausschöpfen zu können, müssen Handlungsspielräume (z.B. Stellenprofile) und Rahmenbedingungen (z.B. Vergütungsmöglichkeiten) in der Versorgungs- und Unternehmenspraxis weiter auf die erweiterten Kompetenzprofile der Absolvent*innen abgestimmt werden (vgl. Kapitel 6.2).

1 HINTERGRUND UND RELEVANZ DER VERBLEIBSTUDIE

Mit der Verabschiedung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege (KrPflG) vom 16. Juli 2003 (BGBl. lS.1442), des Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege (AltPflG) vom 25. August 2003 (BGBl. lS.1690) sowie der Einführung der Modellklausel in den Berufsgesetzen der Hebammen, Logopäd*innen, Physiotherapeut*innen und Ergotherapeut*innen vom 25. September 2009 (BGBl. S.3158 Nr.64) wurde den Hochschulen in Deutschland erstmals die Möglichkeit gegeben, hochschulische Erstausbildungen in den genannten Berufen durchzuführen.

In Nordrhein-Westfalen (NRW) wurden in Folge dieser Klauseln seit Wintersemester 2010/2011 an sieben Hochschulstandorten Modellstudiengänge ins Leben gerufen (Tabelle 1). Fünf dieser eingeführten Modellstudiengänge hatten die Fachrichtung Pflege. Darüber hinaus wurden drei Studiengänge mit der Fachrichtung Logopädie und zwei mit der Fachrichtung Physiotherapie angeboten. Jeweils ein Modellstudiengang in NRW fokussiert die Fachrichtungen Ergotherapie und Hebammenkunde.

Tabelle 1: Hochschulstandorte und Modellstudiengänge in den Gesundheitsfachberufen in NRW

Hochschule	Modellstudiengänge
Fachhochschule Bielefeld	Gesundheits- und Krankenpflege (Bachelor of Science)
Fachhochschule Münster	Therapie- und Gesundheitsmanagement Fachrichtung Physiotherapie oder Logopädie (Bachelor of Science)
Fliedner Fachhochschule Düsseldorf	Pflege und Gesundheit (Bachelor of Arts)
Hochschule für Gesundheit Bochum	Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie, Pflege und Physiotherapie (Bachelor of Science)
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen	Pflege (Bachelor of Science) (bis 31.08.2017)
praxisHochschule	Pflege (Bachelor of Science)
Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen	Logopädie (Bachelor of Science)

Gemeinsames Merkmal der in der Tabelle aufgeführten Studiengänge ist, dass die Gesamtverantwortung für das jeweilige Studienprogramm bei den Hochschulen liegt. Anteilig sind dabei je nach Hochschulstandort im Rahmen der Berufsqualifizierung unterschiedlich

ausgeprägte Delegationen an einzelne Kooperationspartner bezogen auf die Lernorte Berufsfachschule und Praxis möglich, die in zurückliegenden Publikationen dargestellt wurden (Backhaus et al., 2017). Für ein tiefergehendes Verständnis der unterschiedlichen Kooperationsformen der Modellstudiengänge sei an dieser Stelle insbesondere auf die Ergebnisse der früheren inhaltlichen und strukturellen Evaluation der Modellstudiengänge in NRW verwiesen (Darmann-Finck et al., 2014).

Im vorliegenden Bericht wird im Wesentlichen der zusammenfassende Begriff Modellstudiengänge verwendet, der alle angebotenen Studiengangformate in NRW einschließt. Es sind somit zum einen die primärqualifizierenden Studiengänge gemeint, die „ohne die Zusammenarbeit mit Berufsfachschulen auskommen" (HRK, 2017, S.5) und bei denen die „Verantwortung für die Konzeption, Durchführung, Evaluation und Akkreditierung der Studiengänge – auch für die praxisbezogene Ausbildung – bei der den Abschlussgrad verleihenden Hochschule" liegt (HRK, 2017, S.2). Zum anderen sind auch die ausbildungsintegrierenden Formate gemeint, bei denen Angebote der Berufsfachschulen als Teil der hochschulischen Ausbildung integriert werden (HRK, 2017).

Im Rahmen der „Verbleibstudie der Absolvent*innen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (VAMOS)" wurde erstmals der Verbleib der Absolvent*innen der genannten Modellstudiengänge wissenschaftlich untersucht. Mit dem vorliegenden Bericht schließt das für die Projektdurchführung gebildete Forschungskonsortium aus sieben Hochschulen (Tabelle 1) und drei Forschungsinstituten[3] die Verbleibstudie VAMOS ab. Der Bericht soll eine verständliche und gut abgewogene Darstellung der Ergebnisse bieten, die innerhalb des zwei Jahre umfassenden Forschungsprozesses zum Verbleib der Absolvent*innen generiert werden konnten (Projektlaufzeit: 01. Juli 2017 – 30. Juni 2019).

Zur Einführung werden zuerst die zugrundeliegenden Kontexte der Verbleibstudie VAMOS auf der Makroebene dargelegt. Zum einen erfolgt hierzu vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen und Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung eine kurze Bestandsaufnahme der zunehmenden Akademisierung in den Gesundheitsfachberufen. Zum anderen werden die gegenwärtigen Anforderungen an die Evaluation der Modellstudiengänge skizziert und es werden unter Bezugnahme auf die Erkenntnisse aus der ersten Evaluationsphase die konkreten Erfordernisse, Inhalte und Forschungsfragen der Verbleibstudie VAMOS erläutert.

[3] Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich (Fachhochschule Bielefeld); Institut für Arbeit und Technik (Westfälische Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen); Institut Arbeit und Qualität (Universität Duisburg-Essen)

1.1 AKTUELLE SITUATION DER AKADEMISIERUNG IN DEN GESUNDHEITSFACHBERUFEN

Die Ausbildungsstrukturen in den Gesundheitsfachberufen in Deutschland befinden sich bereits seit geraumer Zeit in einer Situation der grundlegenden Veränderung, die vor allem durch eine zunehmende Akademisierung der einzelnen Berufe gekennzeichnet ist. Zum Prozess dieser Akademisierung werden insbesondere die Berufsfelder Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Hebammenwesen gezählt (HRK, 2017) die im Folgenden unter der Kategorie Gesundheitsfachberufe subsumiert werden.

Die wesentlichen Entwicklungen in Richtung Akademisierung der genannten Berufe und die dahinterliegende Notwendigkeit dieses Prozesses werden im Folgenden kurz aufgezeigt.

1.1.1 NOTWENDIGKEIT DER AKADEMISIERUNG

Die Komplexität der Gesundheitsversorgung und der damit zusammenhängende Anspruch an Qualität und Wirtschaftlichkeit der zu erbringenden Pflege- und Gesundheitsleistungen sind in Deutschland im Laufe der letzten Jahre fortlaufend gestiegen. Die alternde Gesellschaft und der veränderte Bedarf von chronisch und mehrfacherkrankten Menschen erfordern zunehmend eine individuelle, langfristig angelegte sowie interprofessionell optimal abgestimmte Leistungserbringung (Wissenschaftsrat, 2012; SVR, 2010; SVR, 2007). Es sind komplexe und kooperative Versorgungsmodelle notwendig, die über die traditionellen Professions- und Versorgungssektoren hinweg reichen, und die die Anforderungsprofile in allen beteiligten Gesundheitsfachberufen immer vielschichtiger und anspruchsvoller werden lassen (SVR, 2007).

Die Qualität der zukünftigen Versorgung wird dabei in erheblichem Maße von der Qualität und der adäquaten Qualifikation der beteiligten Fachpersonen bestimmt. Die sich verändernden Bedarfslagen erfordern in zunehmendem Maße evidenzbasiertes Handeln in Verbindung mit hermeneutischem Fallverstehen sowie ausgeprägte Beratungsaufgaben vor dem Hintergrund zunehmender Informations- und Partizipationsbedürfnisse der Klient*innen (Wissenschaftsrat, 2012; Behrens, 2008; Bourgeault et al., 2008; Weidner, 2004). Hinzu kommt die zunehmende Erforderlichkeit, nicht mehr nur disziplinär zu denken und zu handeln, sondern vor allem interprofessionell und sektorenübergreifend mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten (Walkenhorst et al., 2015; SVR, 2010).

Vor diesem Hintergrund sind sich nahezu alle Expertengutachten einig, dass eine Neuausrichtung der Gesundheitsfachberufe zwingend erforderlich ist und dass es in diesem Zuge dringend einer konsequenten Modernisierung der Ausbildung in den betreffenden Berufsgruppen bedarf (Lehmann et al., 2016; Wissenschaftsrat, 2012; SVR, 2010; SVR, 2007). Wegweisendes Kernelement zukunftsfähiger Ausbildungsstrukturen ist dabei nach Ansicht nahezu aller Vertreter*innen der betroffenen Berufsgruppen die konsequente Akademisierung der Berufe in Form primärqualifizierender bzw. ausbildungsintegrierender Studiengänge, da die

reine Weiterentwicklung der bestehenden Ausbildungsmöglichkeiten im sekundären Bildungssektor vor dem Hintergrund des Anforderungswandels ungeeignet erscheint (Borgetto et al., 2019; Höppner & Scheel, 2013; Ewers et al., 2012).

Lehmann und Kolleg*innen (2016) weisen diesbezüglich darauf hin, dass die in Deutschland übliche fachschulische Ausbildung als gut eingeschätzt wird, diese allerdings in einigen Punkten wesentliche Nachteile gegenüber der hochschulischen Berufsausbildung im tertiären Sektor aufweist, wie sie international für die Gesundheitsfachberufe weitgehend üblich ist. Insbesondere was die Vermittlung von Kompetenzen „zur Erschließung und Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis und zur Umsetzung reflektierter Entscheidungsfindungsprozesse“ anbetrifft, erscheint die Ausbildung im sekundären Bildungssektor einem hochschulischen Studium unterlegen zu sein (Lehmann et al., 2016, S.407).

Neben den beschriebenen Aspekten, die eng mit der Sicherstellung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität zusammenhängen, wird die Notwendigkeit der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe häufig auch vor dem Hintergrund des quantitativen Fachpersonenmangels und der notwendigen Attraktivitätssteigerung der Berufsfelder diskutiert. Es gibt zahlreiche Studien, die im Zusammenhang mit dem Fachpersonenmangel in den Gesundheitsfachberufen auf die mangelnde Attraktivität der betreffenden Berufe hinweisen. Insbesondere in den therapeutischen Berufen wurde u.a. auf der Basis der Studie „Ich bin dann mal weg“ über die prekären Arbeitsverhältnisse und die daraus resultierende „Berufsflucht“ hingewiesen (Schwarzmann et al., 2018). Ähnliche alarmierende Ergebnisse zur mangelnden Attraktivität der Therapieberufe lieferten zuletzt auch das „Gutachten zur beruflichen und ökonomischen Situation von Selbständigen in der Logopädie“ (Hilbert et al., 2018) und eine „qualitative Auswertung von Brandbriefen“ aus der physiotherapeutischen Praxis (Höppner & Beck, 2019). In der Pflege wird die Erfordernis der Attraktivitätssteigerung des Berufs ebenfalls schon länger offensiv thematisiert. Spätestens seit der europaweiten NEXT-Studie („nurses early exit study“) wird in diesem Berufsfeld über das Image und das Attraktivitätsproblem der Branche intensiv diskutiert (Hasselhorn et al., 2008).

International wird zur Attraktivitätssteigerung der Berufsfelder hierbei seit einigen Jahren u.a. die Strategie der Akademisierung eingesetzt. Bereits vor über 15 Jahren haben Studien festgestellt, dass hochschulisch qualifizierte Pflegende eine höhere Berufs- und Arbeitsplatzzufriedenheit hatten und in vielen Fällen eine längere Verweildauer im Beruf damit verbunden war (Aiken et al., 2002). Letztlich soll die Eröffnung akademischer Entwicklungspfade die Gesundheitsfachberufe nun auch in Deutschland für eine größere Zahl und andere Gruppen von Bewerber*innen attraktiv machen und so zur Sicherstellung des Fachpersonennachwuchses beitragen. Der aktuelle Report „Landesberichterstattung Gesundheitsberufe in NRW“ stellt diesbezüglich fest, dass die Akademisierung „Ausdruck einer langfristigen gesellschaftlichen Aufwertung der Berufe“ und somit „Teil der aktuellen Strategien zur Sicherung der Fachpersonenpotenziale ist“ (MAGS, 2019, S.223).

Der Wissenschaftsrat sowie andere Expertengutachten empfehlen aus den oben genannten Gründen bereits seit einigen Jahren den Auf- und Ausbau einer hochschulischen Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen. Erste Empfehlungen des Wissenschaftsrats zur Akademisierung ausgewählter Gesundheitsberufe gehen dabei sogar auf den Anfang der 1970er-Jahre zurück (Friedrichs & Schaub, 2011). Es ist aber zu konstatieren, dass die faktische Akademisierung der Gesundheitsfachberufe in Deutschland im internationalen Vergleich immer noch eklatanten Aufholbedarf aufweist und bisher nur verhältnismäßig langsam vorankommt (Aiken et al., 2014; Darmann-Finck et al., 2013; Ewers et al., 2012).

1.1.2 BERUFS- UND AUSBILDUNGSBEGLEITENDE STUDIENGÄNGE

Bereits in den 1980er-Jahren hat in Deutschland die Akademisierung als Teilprozess einer angestrebten Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe eingesetzt und es wurden in der Folge zunächst im Berufsfeld Pflege erste Studiengänge an (Fach-)Hochschulen eingerichtet (Reuschenbach & Darmann-Fink, 2018). Bis Mitte der 1990er-Jahre wurden dann sukzessive insgesamt 35 Studiengänge im Berufsfeld Pflege entwickelt und in das damals bestehende Hochschulangebot integriert (Moses, 2015).

Hierbei wurden zu Beginn ausschließlich additive (berufsbegleitende) Studiengänge angeboten, die auf einer bereits abgeschlossenen Fachschulausbildung aufbauten und die im Wesentlichen eher von der direkten Versorgung der Klient*innen weg qualifizierten (Moses, 2015). Grundgedanke für den Aufbau dieser additiven Studiengänge war vor allem die angemessene Ausbildung von Lehr- und Leitungskräften. Die inhaltlichen Schwerpunkte der Studiengänge lagen demgemäß vor allem in der Berufspädagogik und im Management. Hinzu kamen pflege- und gesundheitswissenschaftlich ausgerichtete Studienangebote, die insbesondere auf eine Tätigkeit im Forschungsbereich vorbereiten sollten (Winter, 2005).

Da die Absolvent*innen dieser Weiterqualifizierungsstudiengänge nach dem Abschluss entsprechend der bevorzugt gewählten Studienrichtung häufig in patientenferne Leitungsaufgaben, in den Bildungsbereich oder in die Forschung gewechselt sind, ist die mit der Akademisierung verbundene Professionalisierung der Gesundheitsberufe in der Vergangenheit oft nicht unmittelbar den Patient*innen zugutegekommen (Moses, 2015).

In den anderen Gesundheitsfachberufen begann die Diskussion um die Akademisierung zum Teil wesentlich später als in der Pflege und entsprechend sind die ersten Studiengänge dort in den 1990er Jahren und im Zuge der Bologna-Reformen zu verzeichnen (Kälble & Borgetto, 2016). Ein erster Weiterbildungsstudiengang Diplom-Lehr- und Forschungslogopädie wurde 1991 an der RWTH Aachen eingerichtet (Evers et al., 2017). Für Ergotherapeut*innen wurde 1997 an der Hochschule in Osnabrück ein erster Studiengang angeboten und im Jahr 2001 entstanden die ersten physiotherapeutischen Studienangebote, die einen Abschluss an einer deutschen Hochschule möglich machten (Walkenhorst, 2018). Für

Hebammen und Entbindungspfleger war es erstmalig 2008 möglich, in Deutschland einen Bachelorstudiengang „Midwifery“ zu absolvieren (Sayn-Wittgenstein, 2018).

Die ersten Studienmöglichkeiten in den Therapieberufen waren ebenso wie in der Pflege additive Modelle, da durch die Berufsgesetze grundständige Studiengänge ausgeschlossen waren. In den darauffolgenden Jahren folgte eine Vielzahl an Entwicklungen von Hochschulstudiengängen, die insbesondere auch vor dem Hintergrund unterschiedlicher Länderregelungen eine große Heterogenität aufwiesen. Zunehmend wurden hierbei ausbildungsbegleitende Studiengänge angeboten, welche in Zusammenarbeit mit kooperierenden Berufsfachschulen durchgeführt wurden (Friedrichs & Schaub, 2011). Bei diesen Studiengangmodellen werden die im Rahmen der berufsfachschulischen Erstausbildung erworbenen Handlungskompetenzen parallel an einer kooperierenden Hochschule vertieft und durch wissenschaftliche Kompetenzen ergänzt. In der Regel finden sich bei diesen Modellen keine tiefergehenden institutionell-strukturellen oder inhaltlichen Verzahnungselemente zwischen Studium und Berufsausbildung und die durch die Berufsgesetze vorgeschriebene staatliche Prüfung zur Erlangung der Berufsbezeichnung wird ausschließlich an der Berufsfachschule erlangt (Kälble & Borgetto, 2016).

1.1.3 MODELLSTUDIENGÄNGE – BERUFSQUALIFIZIERUNG AN DER HOCHSCHULE

Mit der Einführung von Modellklauseln in den Berufsgesetzen sind mittlerweile Studiengänge in den genannten Berufen möglich, bei denen die Hochschulen, bezüglich der Gesamtverantwortung für die Berufsqualifizierung, an die Stelle der traditionellen Berufsfachschulen treten. Es handelt sich, im Gegensatz zu ausbildungsbegleitenden Bachelorangeboten, bei denen ein hochschulisches Studium und berufliche Ausbildung parallel angeboten werden, um eine vollständige hochschulische Erstausbildung. Dies bedeutet, dass sämtliche Ausbildungsanteile inhaltlich eng verzahnt auf Hochschulniveau angeboten werden. Bei fast allen gegenwärtig angebotenen Modellstudiengängen kooperieren die Hochschulen hierbei, was die Konzeption und Durchführung der Lehrveranstaltungen sowie die Organisation und Durchführung der praktischen Studienanteile in den Versorgungseinrichtungen angeht, in unterschiedlicher Intensität mit Berufsfachschulen (Darmann-Finck et al., 2014). Nur ausgewählte Standorte bieten Studiengänge an, bei denen die Umsetzung des Curriculums sowie die Gestaltung der Kooperationen mit den Praxiseinrichtungen (inkl. Praxisbegleitungen) komplett ohne die Unterstützung einer kooperierenden Berufsfachschule umgesetzt wird (Darmann-Finck et al., 2014).

Ein zentraler Auftrag an die Hochschulen besteht bei der durch die Modellklauseln ermöglichten Form des Studiums vor allem darin, praxisorientierte und berufsqualifizierende Studiengänge anzubieten, die dem veränderten Bedarf nach wissenschaftlich fundiertem Handeln in der klientennahen Versorgung gerecht werden. Wesentlicher Ausgangspunkt für die Gestaltung der Modellstudiengänge ist dabei die mittlerweile auch in Deutschland

handlungsleitende Einsicht, dass akademisch qualifizierte Gesundheitsfachpersonen nicht nur in Leitung, Lehre und Forschung benötigt werden, sondern insbesondere auch in der direkten Versorgung von Klient*innen. Dieser Ansatz wird durch die internationale Studienlage gestützt, die in Teilen (v.a. für die Pflege) Hinweise darauf gibt, dass mit höherer Qualifikation der an den Versorgungsprozessen beteiligten Fachpersonen, bessere Ergebnisse erzielt werden können (Aiken et al., 2014; Tourangeau, 2006; Estabrooks et al., 2005; Aiken et al., 2003).

Insofern ist es der Grundgedanke aller Modellstudiengänge, die Absolvent*innen für klientennahe Tätigkeiten in der Versorgungspraxis zu qualifizieren. Ziel ist es u.a., dass die in dieser Studiengangsform ausgebildeten akademischen Fachpersonen zukünftig hochkomplexe Pflege- und Behandlungsprozesse in der Gesundheitsversorgung übernehmen sowie evidenzbasierte und innovative Konzepte unmittelbar in den Praxisalltag in Krankenhäusern, Therapiepraxen und Pflegeeinrichtungen einbringen. Um abschätzen zu können, ob und inwieweit diese mit den Modellstudiengängen verknüpften Ziele erreicht werden, sind umfangreiche Evaluationsmaßnahmen notwendig, zu denen die Verbleibstudie VAMOS einen wichtigen Teil beitragen kann.

1.2 EVALUATION DER MODELLSTUDIENGÄNGE

Die modellhafte Erprobung der hochschulischen Erstausbildung in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen und der Hebammenkunde ist seit dem Start im Jahr 2009 an verpflichtende Evaluationsmaßnahmen gebunden. Hierfür wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2009) ein umfassender Fragenkatalog als Bestandteil einer einheitlichen Evaluationsrichtlinie herausgegeben, um aus den Ergebnissen Schlussfolgerungen für die Zukunft der akademischen Erstausbildungen an Hochschulen ableiten zu können.

Zum Ende der Modellphase wurde vom BMG ein zusammenfassender Bericht über die Erkenntnisse aus den umfangreichen Evaluationen der insgesamt 25 Modellvorhaben erstellt. Der Bericht des BMG hält auf der einen Seite grundsätzlich fest, dass alle vorliegenden Evaluationen übereinstimmend zu dem Ergebnis kommen, dass ausbildungsintegrierende Studiengänge in allen betroffenen Berufsgruppen dauerhaft wünschenswert und machbar sind. Auf der anderen Seite weist der Bericht aber darauf hin, dass bislang Aussagen zur Höhe der Kosten hinsichtlich einer teilweisen oder kompletten Überführung der berufsfachschulischen Ausbildung in ein Hochschulstudium und die langfristigen Auswirkungen der Akademisierung sowie Daten zum Verbleib der Absolvent*innen im Beruf und ihre berufliche Zufriedenheit fehlen.

Mit Verweis auf diese offenen Fragen wurde die Modellphase in der Folge durch den Gesetzgeber um vier Jahre verlängert und der Fragenkatalog der bestehenden Evaluationsrichtlinie von 2009 wurde vom BMG um die oben genannten noch ungeklärten Fragen erweitert. Mit dieser Erweiterung wurde der Verbleib der Absolvent*innen im Beruf und

ihre berufliche Zufriedenheit zum Gegenstand der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation der Modellstudiengänge.

Durch die Erweiterung der Evaluationskriterien sind umfassende Verbleibstudien notwendig geworden, um zum Ende der zweiten Evaluationsphase valide Aussagen auf der Basis empirischer Befunde treffen zu können (Darmann-Finck & Reuschenbach, 2017). Im Fokus solcher Verbleibstudien sollte auch die Frage stehen, ob das Studium einen Mehrwert für die ausgeübte Berufspraxis hat und welche Wirkungen sich in der Gesundheitsversorgung zeigen (Walkenhorst, 2018).

Um für das Bundesland NRW, das aufgrund der hohen Dichte an Modellstudiengängen sowie der entsprechend hohen Fallzahl an Absolvent*innen eine besonders prägende Stellung einnimmt, Aussagen zum Verbleib treffen zu können, wurde ergänzend zu den regulären Evaluationsmaßnahmen der Hochschulen die Verbleibstudie VAMOS durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW gefördert.

Bis zum Sommersemester 2017 hatten in NRW bereits über 1.100 Absolvent*innen ihr Studium in einem der angebotenen Modellstudiengänge abgeschlossen und standen seitdem dem Arbeitsmarkt als hochschulisch qualifizierte Fachpersonen zur Verfügung. Die Verbleibstudie VAMOS hatte das Ziel, die Phase des beruflichen Einstiegs, die erste Erwerbstätigkeit nach dem Bachelorabschluss sowie den weiteren beruflichen Werdegang dieser Absolvent*innen wissenschaftlich in den Blick zu nehmen.

1.3 STATUS QUO DER FORSCHUNG ZUM BERUFLICHEN VERBLEIB

Zum Zeitpunkt des Starts der Verbleibstudie VAMOS im Jahr 2017 waren weder für das Bundesland NRW noch für das gesamte restliche Bundesgebiet empirische Befunde zum Verbleib von Absolvent*innen der Modellstudiengänge in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen und dem Hebammenwesen bekannt. Lediglich für die Pflege lag zu diesem Zeitpunkt im Bundesland Bayern eine Verbleibstudie einer Hochschule vor (München), bei der Absolvent*innen eines dualen Pflegestudiengangs zum Berufseinstieg, den ausgeübten Berufs- und Tätigkeitsfeldern und zum Nutzen der im Studium erworbenen Kompetenzen befragt worden waren (Büker & Strupeit, 2016). Ansonsten haben sich Studien zum Absolvent*innenverbleib in den Gesundheitsfachberufen in Deutschland bis zum Jahr 2017 auf additive (berufsbegleitende) Studiengänge (z.B. Zieher & Ayan, 2016; Reiber et al., 2015; Hahn, 2008; Höhmann et al., 2008) oder auf die fachschulische Berufsausbildung beschränkt (z.B. Ulrich et al., 2017).

Im europäischen Ausland wurden zu Projektbeginn dagegen mehrere Studien identifiziert, die sich mit dem Verbleib von Absolvent*innen berufsqualifizierender Studienmodelle beschäftigen. In der Schweiz wurde beispielsweise der berufliche Verbleib von akademischen Ergotherapeut*innen untersucht (Meidert et al., 2013). Eine weitere Untersuchung aus der

Schweiz beschäftigt sich mit dem Verbleib der Absolvent*innen der Studiengänge Ergotherapie, Hebammen, Pflege und Physiotherapie anderthalb Jahre nach Erhalt des Diploms (Bucher, 2017). In Norwegen wurde in der Vergangenheit eine Verbleibstudie bezüglich Hebammen und Entbindungspflegern durchgeführt (Lukasse et al., 2017). Die Übertragbarkeit solcher international generierter Studienergebnisse auf Deutschland erscheint vor dem Hintergrund der Besonderheiten des jeweiligen Bildungs- und Versorgungssystems nur sehr eingeschränkt möglich (Reuschenbach & Darmann-Fink, 2018).

Zum Zeitpunkt der aktuellen Berichterstattung hat sich die Studienlage auch in Deutschland verändert. Mittlerweile existieren drei weitere empirische Arbeiten, die sich ebenfalls mit der Frage nach dem Verbleib von hochschulisch ausgebildeten Gesundheitsfachpersonen beschäftigen, und die im Rahmen dieses Berichts als Referenzdaten zur Einordnung dienen können (vgl. Kapitel 5). Bereits kurz nach der Verlängerung der Modellklausel wurde eine erste qualitative Befragung zum beruflichen Verbleib der Absolvent*innen des Studienganges Hebammenkunde an der Hochschule Fulda vorgelegt, bei der mit Hilfe von Telefoninterviews (N=8) der Verbleib der ersten Absolventinnen ein halbes Jahr nach Studienabschluss untersucht wurde (Sterz & Blättner, 2017). Eine erste quantitative Untersuchung für die therapeutischen Berufe lieferte der Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (HVG), der die Daten zum Verbleib von 143 Absolvent*innen aus primärqualifizierenden Bachelorstudiengängen in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie ausgewertet hat (Blümke et al., 2019). Im Pflegebereich liegt ebenfalls eine weitere quantitative Studie zum Verbleib von Absolvent*innen berufsqualifizierender Studiengänge vor, bei der insgesamt 273 Absolvent*innen mit einem Online-Fragebogen befragt wurden (Baumann & Kugler, 2019).

Die Verbleibstudie VAMOS bietet gegenüber den drei genannten Studien vor allem folgende Weiterentwicklungen bezüglich des Erkenntnisstands:

- Es werden alle relevanten Fachrichtungen der vorherigen Studien sowohl gemeinsam, als auch im Vergleich betrachtet.
- Es werden zusätzlich zur Perspektive der Absolvent*innen auch komplementäre Ergebnisse aus Sicht der Arbeitgeber*innen berichtet.
- Es können konkrete Aussagen zur Repräsentativität der Befragung der Absolvent*innen getroffen werden.

Darüber hinaus stellt die methodische Verknüpfung qualitativer Daten mit einer bestehenden Online-Befragung (quantitative Daten) eine Besonderheit der VAMOS-Studie im Vergleich mit den genannten empirischen Untersuchungen dar.

2 ZIELSETZUNG UND METHODISCHE ANLAGE DER GESAMTSTUDIE

2.1 ÜBERGEORDNETE FORSCHUNGSFRAGEN DER STUDIE

Gegenstand der Studie VAMOS ist der berufliche Verbleib der Absolvent*innen der Modellstudiengänge in den Gesundheitsfachberufen in NRW. Absolvent*innen anderer Studienangebote, wie z.B. additiver, berufsbegleitender oder ausbildungsbegleitender Modelle, werden in der aktuellen Studie nicht berücksichtigt.

Da es das wesentliche Ziel der Modellstudiengänge ist, die Absolvent*innen für klientennahe Tätigkeiten zu qualifizieren, besteht insbesondere ein hohes Erkenntnisinteresse daran, ob und zu welchem Anteil die Absolvent*innen tatsächlich in ihrer beruflichen Praxis klientennahe Tätigkeiten übernehmen und ob auch nach mehreren Jahren in der Berufspraxis ein Verbleib in der patientennahen Versorgung erreicht wird.

Ein weiteres Erkenntnisinteresse liegt darin, ein detailliertes Bild über relevante Beschäftigungsaspekte der Absolvent*innen zu erhalten, insbesondere dazu, welche Aufgaben- und Verantwortungsbereiche die Absolvent*innen übernehmen und inwieweit diese sich von jenen ihrer nicht akademisch qualifizierten Kolleg*innen unterscheiden.

Im Hinblick auf die Berufseinmündung und -ausübung der Absolvent*innen der Modellstudiengänge erscheinen die sie beschäftigenden Arbeitgeber*innen als maßgebliche Akteure, welche die Rahmenbedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten für Beschäftigungen im Versorgungssystem entscheidend mitgestalten. Vor diesem Hintergrund sind die Einschätzungen und Planungen der Arbeitgeber*innen von großer Bedeutung, da verlässliche Daten dazu fehlen, wie diese die hochschulisch primärqualifizierten Fachpersonen wahrnehmen und ob bzw. wie sie deren spezifischen Einsatz planen und umsetzen.

In Verbindung zur Perspektive der Arbeitgeber*innen stehen auch die Fragen, inwieweit die Absolvent*innen ihre erworbenen Kompetenzen, insbesondere jene, die als spezifisch für die akademische Qualifizierung gelten, in ihrer beruflichen Praxis anwenden können und in welchen Handlungskontexten dies geschieht. Darüber hinaus ist mit Blick auf den Verbleib und die Zukunftsfähigkeit entsprechender Qualifizierungswege von Bedeutung, wie zufrieden die Absolvent*innen in ihrem jeweiligen Arbeitsfeld sind und welche Entwicklungsperspektiven sie für sich erkennen. Da zudem eine ausgeprägte Wissenschaftsorientierung bzw. „Evidence Based Practice“ wesentlich durch die Strukturen und Prozesse in der klinischen Praxis beeinflusst werden (Boström et al., 2013; Hartmann, 2013), ergibt sich als weitere übergeordnete Forschungsfragestellung, welche Rahmenbedingungen und Organisationsmerkmale begünstigend bzw. hemmend auf die qualifikationsadäquate Berufseinmündung und Erwerbsbeteiligung wirken.

Zusammenfassend wurden im Rahmen der Verbleibstudie VAMOS die folgenden fünf übergeordneten Fragen für die Planung und Umsetzung der empirischen Untersuchung zum Verbleib der Absolvent*innen formuliert:

1. In welchen Tätigkeitsfeldern sind die Absolvent*innen mit welchen spezifischen Beschäftigungsmerkmalen tätig?
2. Wie werden die im Studium erworbenen Kompetenzen vor dem Hintergrund der ersten beruflichen Erfahrungen von den Absolvent*innen eingeschätzt und wie setzen sie diese in der beruflichen Praxis ein?
3. Wie werden die spezifischen Kompetenzen der hochschulisch qualifizierten Absolvent*innen von Seiten der Arbeitgeber*innen eingeschätzt und eingesetzt?
4. Welche Rahmenbedingungen wirken begünstigend bzw. hemmend auf die Berufseinmündung und Beschäftigungsausübung der Absolvent*innen?
5. Welche Weiterqualifikationen wurden bzw. werden von den Absolvent*innen nach dem Bachelor-Abschluss wahrgenommen?

2.2 MODULE DER VERBLEIBSTUDIE VAMOS

Um den beruflichen Verbleib der Absolvent*innen auf dem Arbeitsmarkt möglichst umfassend und valide abbilden zu können, verfolgte die Untersuchung wie beschrieben zwei Ziele. Zum einen sollten die Erfahrungen von Absolvent*innen der neuen Studiengänge beim Berufseintritt und bei der Berufsausübung erfasst werden (Perspektive der Absolvent*innen: vgl. Kapitel 3). Zum anderen sollten komplementäre Erkenntnisse zu den Erfahrungen und Bewertungen der Arbeitgeber*innen generiert werden, die die Absolventen*innen in ihren Betrieben als Mitarbeiter*innen beschäftigen (Perspektive der Arbeitgeber*innen: vgl. Kapitel 4).

Für beide Untersuchungsstränge wurden leitende Fragestellungen im Rahmen der Projektplanungsphase festgelegt. Diese Fragestellungen werden im Folgenden kurz dargelegt.

2.2.1 UNTERSUCHUNGSLEITENDE FRAGEN ZUR PERSPEKTIVE DER ABSOLVENT*INNEN

Die Untersuchung der Perspektive der Absolvent*innen hatte zwei inhaltliche Schwerpunkte und fokussierte dabei auf Forschungsfragen zur Beschäftigungssituation der Absolvent*innen und zur tiefergehenden Analyse ihres Verbleibs (Modul A) sowie auf Fragen zu den im Studium erworbenen Kompetenzen und deren Anwendung in der beruflichen Praxis (Modul B).

Im Einzelnen wurden folgende untersuchungsleitende Fragen für die Projektmodule A und B formuliert.

Modul A: Beschäftigungssituation und Verbleib

- In welchen Arbeitsfeldern bzw. Settings arbeiten die Absolvent*innen?
- Übernehmen die Absolvent*innen besondere Aufgabenbereiche und, falls ja, um welche handelt es sich dabei?
- Wie hoch ist die Berufszufriedenheit der Absolvent*innen ausgeprägt?
- Welche Karrierepläne hatten bzw. haben die Absolvent*innen und welche davon konnten bislang realisiert werden?
- Welche Barrieren sehen die Absolvent*innen für die Ausübung qualifikationsadäquater Beschäftigungen?
- Welche Herausforderungen stellen sich aus Sicht der Absolvent*innen für den Akademisierungsprozess im Bereich der Gesundheitsfachberufe?

Modul B: Kompetenz & Performanz

- Wie schätzen die Absolvent*innen selbst ihr Kompetenzniveau ein?
- In welchem Maße bringen die Absolvent*innen ihre erworbenen Kompetenzen in ihre berufliche Praxis ein?
- Welche Barrieren identifizieren die Absolvent*innen bei der Anwendung ihrer erworbenen Kompetenzen in ihrer beruflichen Praxis?
- Welche Aspekte der Beschäftigungssituation (Modul A) erklären diese Barrieren?
- Verändert sich das selbsteingeschätzte Kompetenzniveau der Absolvent*innen mit zunehmender Berufserfahrung?
- Welche im Studium vermittelten Kompetenzen werden von den Absolvent*innen als hilfreich für die berufliche Praxis betrachtet bzw. die Vermittlung welcher Kompetenzen hat im Studium gefehlt?

2.2.2 UNTERSUCHUNGSLEITENDE FRAGEN ZUR PERSPEKTIVE DER ARBEITGEBER*INNEN

Die Untersuchung der Arbeitgeber*innenperspektive konzentrierte sich im Kern vor allem auf weiterführende Fragestellungen bezüglich der Anwendung der im Studium erworbenen Kompetenzen (Performanz) und den Verantwortungs- und Aufgabenprofilen der Absolvent*innen sowie auf potenzielle Unterschiede zwischen hochschulisch und fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen (Modul C). Die untersuchungsleitenden Fragestellungen sind nachfolgend nochmal im Einzelnen aufgeführt.

Modul C: Kompetenz & Performanz

- Welche Aufgaben- und Verantwortungsbereiche übernehmen die Absolvent*innen, welche erworbenen Qualifikationen setzen sie ein und inwieweit unterscheiden diese sich von jenen ihrer fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen?
- Wie stellen sich die Einschätzungen, Erfahrungen und Planungen der Arbeitgeber*innen diesbezüglich dar?
- Welche Rahmenbedingungen und Organisationsmerkmale wirken begünstigend bzw. hemmend auf die qualifikationsadäquate Berufseinmündung und eine kontinuierliche Erwerbsbeteiligung?
- Wie ist der Erfolg der Studiengänge aus Sicht der Arbeitgeber*innen zu beurteilen und wie stellt sich ihre Zufriedenheit dar?

2.3 FORSCHUNGSVERBUND

Die Umsetzung der Verbleibstudie erfolgte im Rahmen eines eigens gebildeten Konsortialverbunds, der zum einen aus den sieben nordrhein-westfälischen Hochschulen gebildet wurde, an denen Modellstudiengänge in den Gesundheitsfachberufen durchgeführt werden bzw. wurden. Im Einzelnen waren die in der nachfolgenden Abbildung 1 genannten Hochschulstandorte mit ihren Studiengängen an der Projektdurchführung beteiligt.

Abbildung 1: Forschungskonsortium VAMOS

Zum anderen waren das Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich (InBVG) der FH Bielefeld, das Institut für Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen sowie das Institut Arbeit und Qualität (IAQ) der Universität Duisburg-Essen als fachlich für die einzelnen Projektmodule verantwortliche Forschungseinrichtungen Teil des Forschungsverbunds.

Die federführende Durchführung der Module A und B (Perspektive der Absolvent*innen) erfolgte durch die Fachhochschule Bielefeld und das dort etablierte Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich (InBVG).

Die Bearbeitung des Moduls C (Perspektive der Arbeitgeber*innen) erfolgte durch die beiden externen Institute Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ) sowie Institut Arbeit und Technik (IAT).

Die Verantwortung für die Gesamtkoordination des Forschungsverbundes lag bei der Hochschule für Gesundheit in Bochum (hsg), an der eine Projektkoordinationsstelle eingerichtet wurde.

Für jeden Hochschulstandort wurden zu Beginn des Forschungsvorhabens projektverantwortliche Personen benannt, die das Projekt VAMOS am jeweiligen Standort lenkten und als Mitglieder einer gemeinsamen Steuerungsgruppe das Gesamtvorhaben miteinander abstimmten. In diesem Steuerungsgremium wurden alle wesentlichen Entscheidungen zur methodischen Ausrichtung der Verbleibstudie sowie zur Entwicklung geeigneter Erhebungsinstrumente gemeinsam diskutiert und konsentiert.

Darüber hinaus wurden im Anschluss an die empirische Phase die durch die beteiligten Institute zur Verfügung gestellten Ergebnisse der Projektmodule gemeinsam bewertet, zusammengeführt und Kernaussagen zu zentralen Ergebnissen abgeleitet. Die Mitglieder der Steuerungsgruppe VAMOS und ihre Stellvertreter*innen sind in der folgenden Tabelle 2 zusammengefasst.

Tabelle 2: Zusammensetzung der Projektsteuerungsgruppe VAMOS

Standort	Steuerungsgruppenmitglied	Vertretung
praxisHochschule Rheine	Prof. Dr. Jörg große Schlarmann	Dr. Bettina Shamsul
Fachhochschule Bielefeld	Prof. Dr. Änne-Dörte Latteck	Prof. Dr. Christa Büker
Katholische Hochschule NRW Köln	Prof. Dr. Anke Helmbold	Anke Mijatovic
Fachhochschule Münster	Prof. Dr. Marcellus Bonato	Prof. Dr. Friederike Störkel
Fliedner Fachhochschule Düsseldorf	Prof. Dr. Kirsten Fuchs-Rechlin (ab 10/2017) bzw. Prof. Dr. Renate Adam-Paffrath (bis 10/2017)	Wolfgang Pasch
Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen	Prof. Dr. Stefan Heim	Elke Oetken/Nina Jacobs
Hochschule für Gesundheit Bochum	Prof. Dr. Sven Dieterich (ab 04/2018) bzw. Prof. Dr. Thomas Evers (bis 04/2018)	Dr. Sascha Kopczynski /Prof. Dr. Thomas Hering
Institut Arbeit und Qualifikation	Prof. Dr. Sybille Stöbe-Blossey	Katharina Hähn
Institut Arbeit und Technik	Michaela Evans	Christoph Bräutigam
Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich	Christian Grebe	Nils Sebastian Vetter

Um die im Rahmen des skizzierten Forschungsverbunds eingenommene Perspektive um weitere Aspekte zu fundieren und komparative Elemente einzubringen, wurde die Steuerungsgruppe bei der Ergebniszusammenführung und Interpretation durch die wissenschaftliche Expertise des Schweizer Instituts „sottas formative works“ ergänzt. Dr. Beat Sottas, der die Gründungsphase der Akademisierung in der Schweiz mitgestaltet hat und in verschiedenen deutschen Gremien und Hochschulen aktiv ist, wurde ab November 2018 als eine Art „Critical Friend“ in den Forschungsprozess einbezogen. Mit dem Begriff „Critical Friend“ werden in den Sozialwissenschaften typischerweise Personen des Vertrauens beschrieben, die die Verhältnisse kennen, Daten und Ergebnisse aus einer anderen Perspektive betrachten, offene und unbequeme Feedbacks geben und mit konstruktiven Grundsatzfragen die Forschungsarbeit als Freund weiterbringen wollen (Costa & Kallick, 1993). Bei der Methode wird im Verlauf eines Bildungs-, Forschungs- oder Entwicklungsprozesses wiederkehrend ein evaluierender Blick von außen eingenommen, der gleichzeitig beratenden wie auch bewertenden Charakter hat (Fricke, 2005). In dieser Rolle ist durch das Institut „sottas formative works“ u.a. eine abschließende schriftliche Einordnung und Interpretation der Gesamtergebnisse des Projekts

VAMOS vor dem Hintergrund der Entwicklungslinien der Gesundheitsfachberufe im internationalen Vergleich erstellt worden, die sich als kommentierendes Supplement an den vorliegenden Bericht anschließt.

Neben der beschriebenen kollegialen wissenschaftlichen Unterstützung durch das Institut „sottas formative works“ wurde die Steuerungsgruppe der Verbleibstudie VAMOS im Projektverlauf zusätzlich durch weitere Perspektiven und Expertisen eines eigens eingerichteten Fachbeirats unterstützt. Durch das Mitwirken des Fachbeirats wurden insbesondere die Sichtweisen unterschiedlicher, im Gesundheitswesen tätiger Berufsgruppen sowie potentieller Anstellungsträger mit in die Studie eingebracht. Zu den konkreten Aufgaben des Fachbeirats gehörten im Forschungsprozess u.a. das Aufzeigen spezifischer Herausforderungen aus Sicht der verschiedenen Berufsgruppen sowie die Beratung im Vorfeld der Richtungsentscheidungen bei der Planung der Datenerhebung und bei der Entwicklung von Befragungsinstrumenten (1. Sitzung). Weiterhin wurde der Fachbeirat im Projektverlauf in die Bewertung von Zwischenergebnissen (2. Sitzung) und Endergebnissen (3. Sitzung) sowie darauf aufbauender Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen einbezogen.

Die Auswahl der eingeladenen Institutionen für den Fachbeirat erfolgte in Abstimmung mit dem fördernden Ministerium auf Vorschlag des Forschungsverbundes. Die konstituierende Sitzung des Fachbeirats fand am 29.01.2018 statt. Die 16 teilnehmenden Institutionen sind aus der folgenden Tabelle 3 ersichtlich.

Tabelle 3: Zusammensetzung des Fachbeirats VAMOS

Institution	Vertreter*in
AOK Nordwest	Thomas Fritz
Ärztekammer Nordrhein	Prof. Dr. Susanne Schwalen
Ärztekammer Westfalen-Lippe	Dr. Markus Wenning
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e.V.	Prof. Christel Bienstein
Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe	Gertrud Stöcker
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	Antje Krüger
Freie Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen	Oliver Baiocco
Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V.	Prof. Dr. Jutta Räbiger
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.	Dr. Peter-Johann May
Landesverband der Hebammen Nordrhein-Westfalen e.V.	Barbara Blomeier
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Nordrhein-Westfalen	Gerhard Herrmann
Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen	Claudia Determann
Pflegerat Nordrhein-Westfalen	Ludger Risse
Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V.	Ute Repschläger
ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft	Gerd Dielmann
Verband der Privatkliniken Nordrhein-Westfalen e.V.	Dr. Markus-Michael Küthmann

2.4 MULTIMETHODALER FORSCHUNGSANSATZ

In Anbetracht der Komplexität des Forschungsgegenstands war zu dessen umfassender Beleuchtung ein multimethodaler Ansatz notwendig. Zur Beantwortung der modulbezogenen Fragen kam daher sowohl bei der Untersuchung der Perspektive der Absolvent*innen (Module A und B), als auch bei der Erforschung der Perspektive der Arbeitgeber*innen (Modul C) ein Mixed-Methods-Ansatz zur Anwendung, der in den nächsten Kapiteln 3.1 und 4.1 für beide Untersuchungsstränge gesondert erläutert wird.

Das gewählte Gesamt-Design des Projekts setzte dabei im Wesentlichen auf die Komplementarität beider Forschungsmethoden und Perspektiven. Diese sollen sich gegenseitig ergänzen und so zu einem besseren Verständnis der Resultate einer Methode durch den Einsatz einer anderen Methode beitragen. Bedeutsam ist dabei nicht allein die Anwendung unterschiedlicher Methoden, sondern die sinnvolle Verzahnung bei der Integration der Ergebnisse auf der Ebene der Forschungsberichterstattung (Kuckartz, 2014). Für eine solche zusammenführende Verzahnung qualitativer und quantitativer Daten bedarf es eines übergeordneten Rahmens (Erzberger, 1998). Diese notwendige Rahmung erfolgte beim vorliegenden Studiendesign in der Auswertungs- und Berichtsphase entlang von zentralen Ergebnisfeldern. Zur Integration der in den beiden Untersuchungssträngen mit Hilfe quantitativer und qualitativer Methoden generierten Ergebnisse, wurden in der Phase der Ergebniszusammenführung und -darstellung fünf zentrale Felder des Erkenntnisinteresses zum Verbleib der Absolvent*innen determiniert.

Die Ergebnisfelder, die im Rahmen der Steuerungsgruppe mit Unterstützung des Instituts „sottas formative works“ kritisch diskutiert und konsentiert wurden, fassen das primäre Erkenntnisinteresse rund um die übergeordneten Forschungsfragen (vgl. Kapitel 2.1) in themenbezogene Cluster zusammen und geben die Grundstruktur der modulübergreifenden Ergebniszusammenführung vor. Die im Folgenden erläuterten Ergebnisfelder inkludieren dabei sowohl die 16 modulbezogen aufgeworfenen Forschungsfragen als auch wichtige Aspekte aus dem vom Bundesministerium für Gesundheit (2016) verfassten Fragenkatalog zur Nachhaltigkeit der akademischen Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen.

Das **Ergebnisfeld 1,** dient vor allem dazu, die spezifischen Beschäftigungsmerkmale der aktuellen Erwerbstätigkeiten zu beschreiben, denen die Absolvent*innen nachgehen. Dabei geht es im Wesentlichen darum, valide Aussagen dazu zu treffen, in welchen Settings (Arbeitsfeldern) die Erwerbstätigkeiten der Absolvent*innen erbracht werden und welche konkreten Aufgaben- und Verantwortungsbereiche von den Absolvent*innen im Rahmen der Erwerbstätigkeit ausgefüllt werden (Erwerbstätigkeitsprofile). In diesem Ergebnisfeld werden somit auch relevante Aussagen zu dem vom Bundesministerium für Gesundheit verfassten Fragenkatalog zur Nachhaltigkeit der Modellstudiengänge in den Gesundheitsfachberufen generiert. Insbesondere die dort aufgeworfene Frage nach dem „Prozentsatz von

Absolvent*innen, die eine Tätigkeit in einem akademischen oder sonstigen Berufsfeld außerhalb einer Tätigkeit in der unmittelbaren Patientenversorgung beginnen“ wird hier beantwortet. Ebenso werden in diesem Ergebnisfeld Unterschiede im Vergleich zu fachschulisch ausgebildeten Kolleg*innen „hinsichtlich inhaltlicher Anforderungen und Vergütung“ aus Perspektive der Arbeitgeber*innen und der Hochschulabsolvent*innen beschrieben. Ein Aspekt, der ebenfalls den Fragenkatalog zur Nachhaltigkeit bedient.

Im **Ergebnisfeld 2,** „Qualifikationsadäquanz“, wird dargestellt, wie die im Studium erworbenen Kompetenzen von den Absolvent*innen vor dem Hintergrund der ersten beruflichen Erfahrungen eingeschätzt und wie diese in der beruflichen Praxis eingesetzt werden. Die Ergebnisse in diesem Feld geben somit wichtige Hinweise auf die Passung von hochschulischer Ausbildung und Berufsausübung. Hierbei ist neben der Eigenwahrnehmung der Absolvent*innen vor allem die Perspektive der Arbeitgeber*innen zur Objektivierung eines potenziellen Kompetenzmehrwerts besonders relevant.

Im **Ergebnisfeld 3** steht die Zufriedenheit der beteiligten Akteure im Vordergrund. Ziel ist es vor allem zu erforschen, wie zufrieden die Absolvent*innen mit dem Beruf insgesamt sind und wie sich die Zufriedenheit mit der aktuell ausgeführten Erwerbstätigkeit darstellt. Hierbei wird auch die selbstwahrgenommene Angemessenheit des Gehalts in die Analyse der Perspektive der Absolvent*innen einbezogen. Zudem wird in diesem Ergebnisfeld auch die Zufriedenheit der Arbeitgeber*innen mit den Absolvent*innen und den Studiengängen berichtet und es werden die generierten Erkenntnisse zur Akzeptanz der Absolvent*innen im Berufsfeld gesammelt. Auch an dieser Stelle werden Erkenntnisse für die Beantwortung des Fragenkatalogs zur Nachhaltigkeit der Modellstudiengänge geliefert. Dort wird sowohl die Frage nach der Zufriedenheit von Absolvent*innen gestellt, „die mindestens 12 Monate ihrer beruflichen Tätigkeit nachgehen“, wie auch die Frage nach der „Zufriedenheit von Arbeitgeber*innen mit den Absolvent*innen“.

Das **Ergebnisfeld 4** beschreibt die im Rahmen der Studie erzielten Erkenntnisse darüber, welche Rahmenbedingungen sich begünstigend bzw. hemmend auf die Berufseinmündung und Beschäftigungsausübung der Absolvent*innen auswirken.

Im **Ergebnisfeld 5,** „Planungs- und Entwicklungsaspekte“, werden die Ergebnisse zur Karriereplanung der Absolvent*innen und zu deren Interesse an weiteren (Master-)Studiengängen und beruflichen Fort- und Weiterbildungen dargestellt. Außerdem werden in diesem Ergebnisfeld Erkenntnisse zu den zukünftigen Personalplanungen der Arbeitgeber*innen berichtet.

Die gesamte Grundstruktur, die bei der modulübergreifenden Ergebniszusammenführung im Forschungsprozess und bei der vorliegenden Darstellung der Untersuchungsergebnisse (vgl. Kapitel 3.2 und 4.2) verwendet wurde, ist in der folgenden Abbildung 2 nochmal

zusammenfassend dargestellt. In den mittleren Kästchen der Abbildung sind die fünf zentralen Ergebnisfelder mit den darin enthaltenen übergeordneten Forschungsfragen aufgeführt, auf die sich die zusammenfassenden zehn Kernaussagen zu den zentralen Ergebnissen der Studie im Diskussionsteil dieses Ergebnisberichts im Wesentlichen beziehen (vgl. Kapitel 5.1 bis 5.5). Die auf der rechten Seite befindlichen (hell und dunkelblau gefärbten) Kästchen enthalten die modulbezogenen Forschungsfragen der skizzierten Projektmodule A, B und C (Abbildung 2).

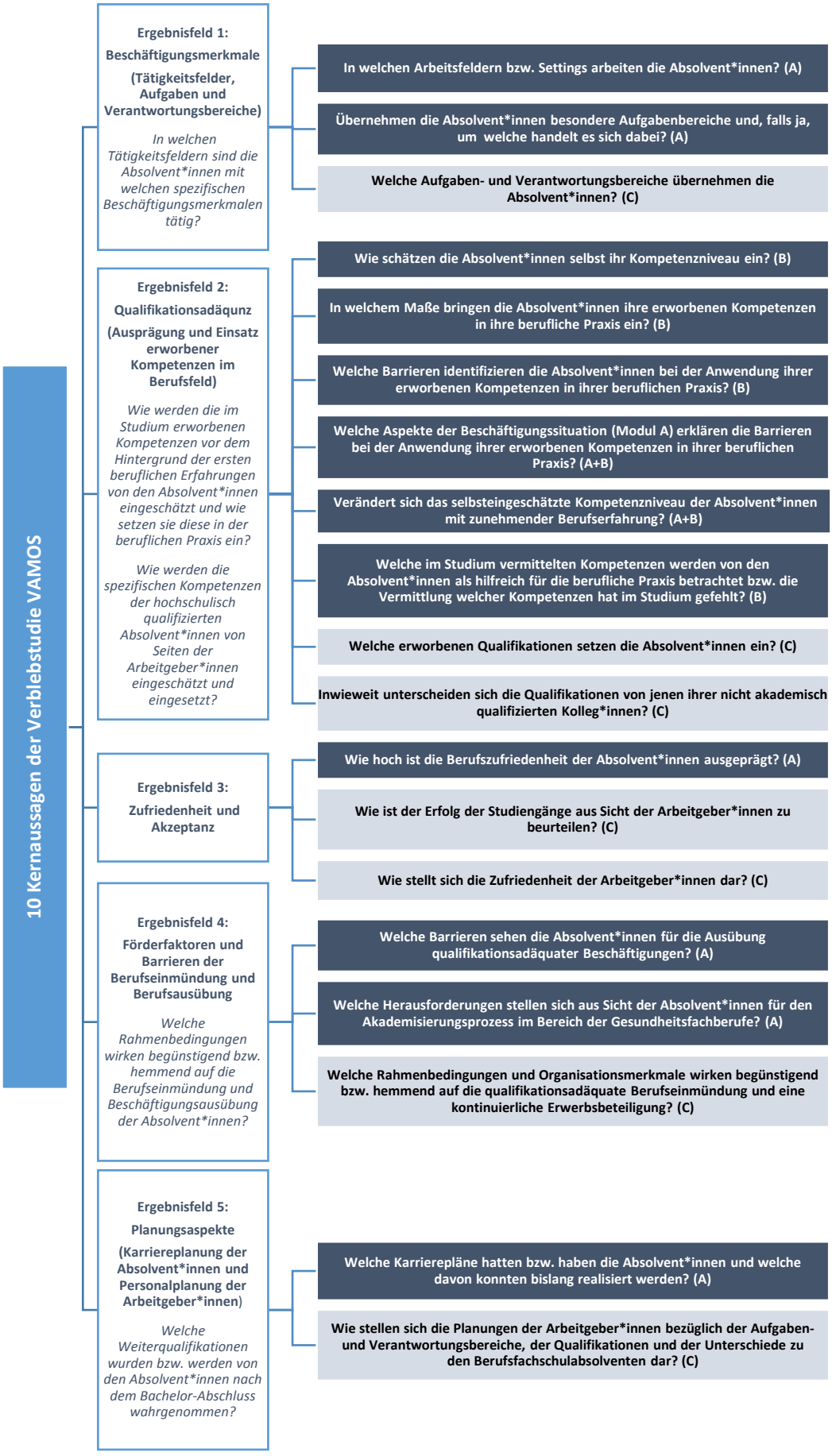


Abbildung 2: zentrale Ergebnisfelder der Verbleibstudie VAMOS

3 PERSPEKTIVE DER ABSOLVENT*INNEN

Autoren: Christian Grebe, Nils Sebastian Vetter, Mirko Schürmann, Cornelia Geukes, Änne-Dörte Latteck (Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich)

3.1 METHODIK DER BEFRAGUNG DER ABSOLVENT*INNEN

3.1.1 QUANTITATIVE METHODIK

3.1.1.1 FORSCHUNGSDESIGN UND INTRUMENTENENTWICKLUNG

Bei dem quantitativen Teil der Studie handelt es sich um eine als Online-Befragung umgesetzte Querschnittsbefragung.

Die internationale Literaturrecherche nach Instrumentarien zu Verbleibstudien machte deutlich, dass diese entweder ein breites Spektrum an Studienrichtungen adressieren und somit in der inhaltlichen Ausrichtung zu unspezifisch waren (z.B. das Kooperationsprojekt Absolventenstudien (KOAB) des Instituts für angewandte Statistik), oder umgekehrt zu spezifisch auf die Evaluation konkreter einzelner Studiengänge ausgerichtet sind. Die Items der Befragung wurden daher in direkter Ableitung aus den a priori formulierten Forschungsfragen abgeleitet und entsprechend operationalisiert. In mehreren Feedbackrunden wurden dabei Anmerkungen der VAMOS-Steuerungsgruppe, von Vertreter*innen der Studiengänge sowie des Fachbeirats eingeholt und eingearbeitet. Um punktuelle Vergleichbarkeit zu ermöglichen, erfolgte an einigen wenigen Aspekten eine Orientierung an bestehenden Items. Dies betrifft etwa die Frage zum Grad der Nutzung der im Studium erworbenen Kompetenzen in der beruflichen Praxis, die sich an einer Frage aus dem KOAB-Instrumentarium („Frage Z89“) anlehnt (Alesi & Neumeyer, 2017; S.193).

Da im Vorfeld absehbar war, dass ein größerer Anteil der Hebammen sowie der Angehörigen der therapeutischen Berufsgruppen zeitgleich mehrere Erwerbstätigkeiten ausüben, wurden Fragen, die sich auf die Erwerbstätigkeit beziehen, separat für jede der Erwerbstätigkeiten formuliert. Die Ergebnisdarstellung bezieht sich in diesem Bericht vorwiegend auf die Haupterwerbstätigkeiten, also jene Erwerbstätigkeit mit dem höchsten Beschäftigungsumfang.

Für die in Modul B vorgesehene Performanz-Selbsteinschätzung musste nach einer systematischen Recherche zu Instrumenten zur Selbsteinschätzung beruflicher Handlungskompetenzen konstatiert werden, dass sich kein Instrumentarium identifizieren ließ, das inhaltlich dem Anwendungszweck entsprach und für die hinreichende Validität und Reliabilität belegt waren, differenzierte Instrumente konnten lediglich für die Pflege identifiziert werden, etwa die Nurse Competence Scale (Meretoja et al., 2004). Inhaltlich deckt sich aber auch dieses Instrument nicht ausreichend mit den Bildungszielen der Modellstudiengänge. In der im Auftrag des BMBF durchgeführten „Bestandsaufnahme der Ausbildung in den

Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich“ (GesinE) (Lehmann et al., 2014) wurden zwar alle fünf Berufsgruppen adressiert, die in dieser Studie verwendeten Instrumente erwiesen sich aber für den Anwendungszweck als nicht ausreichend differenziert. Für die Kompetenzmessung wurden daher in einer Vorstudie neue Messinstrumente entwickelt.

In einem ersten Schritt wurden aus den Qualifizierungszielen der Modellstudiengänge Kompetenzdimensionen abstrahiert. Als Grundlage dienten hier die von den Hochschulen im Zusammenhang mit der beruferechtlichen Begleitforschung (Igl, 2015) erarbeiteten und konsentierten „gemeinsamen Qualifizierungsziele“ der jeweiligen Studienrichtungen. Aus diesen ließen sich sieben Kompetenzdimensionen ableiten, die in Tabelle 4 dargestellt sind.

Tabelle 4: Kompetenzdimensionen

Kompetenzdimensionen (Modul B)
Planen, steuern & evaluieren pflegerischer/ therapeutischer/ hebammenkundlicher Prozesse
Durchführen klientenbezogener Maßnahmen
Beraten und Informieren
Schulen und Anleiten
Qualität sichern und entwickeln
Wissenschaftliche Erkenntnisse recherchieren und generieren
Interprofessionell zusammenarbeiten

Als zu messendes Konstrukt für eine Selbsteinschätzung wurde nicht die Handlungskompetenz gewählt, sondern als subjektiveres Konstrukt die Handlungssicherheit in berufsbezogenen Situationen. Aus dem Situationsbezug leitet sich ab, dass die Items jeweils als Situationen operationalisiert wurden. Um Items zu entwickeln, die die gesamte Breite des jeweiligen Kompetenzniveaus abdecken, wurden diese zudem so operationalisiert, dass sie unterschiedliche Itemschwierigkeiten erwarten ließen. Als die Schwierigkeit beeinflussende Faktoren wurden die Vorhersehbarkeit/ Planbarkeit der Situation, die wissenschaftliche Fundierung des Vorgehens, Polytelie (Zielkonflikte aufgrund der Involviertheit mehrerer Akteur*innen sowie aufgrund von Multimorbidität/ Nebenerkrankungen) und ethisch reflektiertes Handeln bzw. ethisch herausfordernde Situationen berücksichtigt. Das Vorhandensein dieser Faktoren wurde bei der Operationalisierung der Situationen in den Items variiert.

Die operationalisierten Situationen wurden wo möglich aus den erwähnten „gemeinsamen Qualifizierungszielen“ abgeleitet. Zudem wurden die entwickelten Situationen mit

Einschätzungen von Expert*innen und Berufsangehörigen abgeglichen, um sicherzustellen, dass es sich um im jeweiligen beruflichen Kontext relevante Situationen handelte. In mehreren Schleifen wurde im Entwicklungsprozess kritisches Feedback zu den Items seitens der Mitglieder der Steuerungsgruppe sowie der Professor*innen der Modellstudiengänge eingeholt. Abschließend wurden in jeder Berufsgruppe Pre-Tests mittels der Concurrent Think Aloud Methode (Häder, 2015) durchgeführt.

Entwickelt wurden schließlich drei separate Instrumente, je eines für Hebammen, für Pflegende sowie, berufsgruppenübergreifend, für die Therapieberufe. Für die Kompetenzdimensionen Qualität sichern und entwickeln, wissenschaftliche Erkenntnisse recherchieren und generieren sowie interprofessionell zusammenarbeiten wurden in allen drei Instrumenten identische Items verwendet (mit jeweils angepasstem Wording für die Bezeichnung der jeweiligen Berufsgruppe). Für diese Kompetenzdimensionen wurde die Entwicklung berufsgruppenübergreifender Messinstrumente angestrebt. Für die übrigen Kompetenzdimensionen wurden unterschiedliche Item-Sets für die drei Instrumente entwickelt, um die berufsbezogenen Situationen und Besonderheiten adäquat abzubilden. Wo möglich wurden aber auch hier ähnlich oder gar identisch operationalisierte Items verwendet. Entwickelt wurden insgesamt 143 Items für die Pflege und ebenfalls 143 Items für die Therapieberufe. Für die Hebammen wurden 137 Items entwickelt.

Die Antwortkategorien bestehen aus zwei Achsen. Auf der einen Achse wird die Häufigkeit, mit der die Befragten die entsprechenden Situationen erleben, mit fünf Kategorien (niemals, nicht im Rahmen meiner aktuellen Tätigkeit, seltener als 1x/Monat, seltener als 1x/Woche, mindestens 1x/Woche) erfragt. Auf der zweiten Achse wird die Handlungssicherheit mit vier Kategorien (unsicher, wenig sicher, eher sicher, sehr sicher) erfragt. Befragte, die die betreffende Situation „niemals“ erlebt haben, verfügen über keine empirische Grundlage zur Einschätzung ihrer Handlungssicherheit in einer solchen Situation. Aus diesem Grund erfolgte die Instruktion, dass in diesem Fall auf die Beantwortung der zweiten Achse verzichtet werden kann. Dies führt in seltenen Situationen zu entsprechend vielen Missings.

Um jeweils eindimensional messende Skalen für jede Kompetenzdimension zu entwickeln, wurde eine empirische Basis von Messwerten benötigt. Die Stichprobe dieser Vorstudie zur Entwicklung der Selbsteinschätzungsinstrumente zur Handlungssicherheit umfasste N=715 Personen. Angestrebt wurde, die gesamte Breite des Spektrums der Kompetenzniveaus in den zu messenden Kompetenzdimensionen mit der Stichprobe abzudecken. Daher wurden Fachpersonen sowohl mit als auch ohne abgeschlossenem Studium ebenso berücksichtigt wie auch Studierende mittlerer Semester ausbildungsbegleitender bzw. ausbildungsintegrierender Studiengänge und Auszubildende an Berufsfachschulen im 2. und 3. Ausbildungsjahr. Details zur Zusammensetzung der Stichprobe zeigt Tabelle 5.

Tabelle 5: Zusammensetzung der Stichprobe der Vorstudie

	Physiotherapie	Ergotherapie	Logopädie	Gesundheits- und Krankenpflege	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	Altenpflege	Hebammenkunde	Gesamt
Auszubildende	40	68	12	35	0	1	23	179
Studierende *in einem ausbildungsintegrierenden oder ausbildungsbegleitenden Studiengang*	59	39	59	99	1	0	79	336
Fachperson *(ohne Studium)*	32	2	0	5	0	6	31	76
Fachperson mit abgeschlossenem Studium, *das während der Ausbildung begonnen wurde*	7	0	0	0	0	0	2	9
Fachperson in Studium, *das nach der Berufszulassung aufgenommen wurde*	15	6	3	52	12	9	9	106
Fachperson mit abgeschlossenem Studium, *das nach der Berufszulassung aufgenommen wurde*	3	1	1	2	0	0	2	9
Gesamt	156	116	75	193	13	16	146	715

Zur Modellierung und Validierung der Skalen wurden zunächst jene Items eliminiert, bei denen nicht alle Antwortkategorien empirisch vorkamen. Anschließend wurden Hauptkomponentenanalysen mit Varimax-Rotation durchgeführt. Für Items, die auf denselben Faktor laden, wurden schließlich verschiedene Skalen- Zusammenstellungen entwickelt und an diese Rating-Scale-Raschmodelle (Andrich, 1988) angepasst. Skalen wurden als raschhomogen und somit konstruktvalide angesehen, wenn diese die folgenden Kriterien erfüllten:

- Eindimensionalität (nachgewiesen durch die Hauptkomponentenanalyse)
- Itemunabhängigkeit (Martin-Löf-Test mit p>0,05)
- Itemfit (Infits, als Mean Square Fits, zwischen 0,5 und 1,5)

Für alle drei Instrumentarien (Therapie, Hebammenkunde, Pflege) konnte jeweils für jede Kompetenzdimension eine Skala entwickelt werden, die die oben genannten Kriterien erfüllte.

Auf Basis der Hauptkomponentenanalyse wurde deutlich, dass sich in der Kompetenzdimension "Schulen und Anleiten" zwei Konstrukte differenzieren ließen, für die jeweils eigene Skalen entwickelt wurden: Schulen und Anleiten von Klient*innen sowie Praxisanleitung. Für die Subdimension Schulen und Anleiten von Klient*innen konnte für die Berufsgruppe der Hebammen allerdings keine raschhomogene Skala angepasst werden.

Die entwickelten Messinstrumente weisen eine gute bis exzellente interne Konsistenz auf. Der niedrigste Wert für Cronbach's Alpha liegt bei 0,79. Sechs der Skalen erreichen ein Cronbach's Alpha von >0,9 (Tabelle 6). Bei der Bildung der Summenscores wird die Summe der Rohscores der Items addiert und durch die Summe der beantworteten Items der Skala geteilt. Voraussetzung ist, dass mindestens zwei Drittel der Items beantwortet wurden (ansonsten ist der Summenscore ein Missing). Die Summenwerte der Skalen werden auf den Wertebereich 0-100 normiert. Somit entsprechen 0 Punkte einer durchschnittlichen Handlungssicherheit von „unsicher", 33,3 Punkte „wenig sicher" und 66,7 Punkte „eher sicher". 100 Punkte werden erreicht, wenn alle Items der Skala mit „sehr sicher" beantwortet wurden.

Tabelle 6: interne Konsistenz der Skalen zur Selbsteinschätzung der Handlungssicherheit

Skala	Anzahl Items	Alpha
Therapie: Prozesssteuerung	5	0,79
Therapie: Durchführen klientenbezogener Interventionen	6	0,82
Therapie: Beraten und Informieren	8	0,89
Therapie: Schulen und Anleiten (Praxisanleitung)	6	0,96
Therapie: Schulen und Anleiten (von Klient*innen)	5	0,89
Hebammen: Prozesssteuerung	6	0,87
Hebammen: Durchführen klientenbezogener Interventionen	5	0,80
Hebammen: Beraten und Informieren	7	0,88
Hebammen: Schulen und Anleiten (Praxisanleitung)	6	0,95
Hebammen: Schulen und Anleiten (von Klient*innen)	-----	
Pflege: Prozesssteuerung	9	0,84
Pflege: Durchführen klientenbezogener Interventionen	6	0,81
Pflege: Beraten und Informieren	8	0,88
Pflege: Schulen und Anleiten (Praxisanleitung)	6	0,95
Pflege: Schulen und Anleiten (von Klient*innen)	5	0,88
Qualität sichern und entwickeln	7	0,89
Wissenschaftliche Erkenntnisse recherchieren, bewerten und kommunizieren	8	0,94
Interprofessionell zusammenarbeiten	7	0,93

3.1.1.2 DATENERHEBUNG

Die Online-Befragung war vom 01.04.2018 bis einschließlich 30.06.2018 freigeschaltet. Die beteiligten Hochschulen mit Modellstudiengängen teilten dem InBVG im Vorfeld die Zahl ihrer Absolvent*innen mit, die bis einschließlich des Sommersemesters 2017 ihr Studium abgeschlossen hatten. Das InBVG generierte zufällig aus sechs Buchstaben und Ziffern zusammengesetzte individuelle Zugangscodes, die den Hochschulen in der benötigten Anzahl übermittelt wurden. Jede Hochschule teilte diese Zugangscodes ihren Absolvent*innen zu und versandte Einladungen zur Teilnahme an der Online-Befragung, die den jeweils individuellen Zugangscode enthielten. Während des Erhebungszeitraums wurden seitens der Hochschulen insgesamt drei Reminder versandt.

Als Maßnahme zur Erhöhung des Rücklaufs sowie der vollständigen Beantwortung der Online-Befragung, wurden Incentives ausgeschüttet. Den Hochschulen standen dafür EUR 5,- je Absolvent*in zur Verfügung, die diese frei einsetzen konnten. Die tatsächlich ausgelobten Anreize variierten dabei von einer Verlosung von Gutscheinen über eine Kombination aus verlosten Gutscheinen und einer Spende an einen gemeinnützigen Verein bis hin zur Ausschüttung der EUR 5,- an alle Absolvent*innen, die sich beteiligten. Die jeweilige Form der Incentives wurde den Absolvent*innen im Anschreiben durch ihre Hochschule mitgeteilt und, jeweils passend zur betreffenden Hochschule, auch zu Beginn der Online-Befragung nochmals angezeigt. Um die Incentives zuteilen zu können, stellte das InBVG einen Generator für Zufallscodes bereit, mit dem die Hochschulen zusätzlich zum Zugangscode individuelle fünfstellige Incentive-Codes generierten. Diese wurden den Absolvent*innen ebenfalls im Anschreiben mitgeteilt. Am Ende der Online-Befragung wurden die Teilnehmer*innen zu einer technisch eigenständigen Online-Befragung weitergeleitet, wo sie ihren Incentive-Code eingeben konnten. Diese Daten wurden separat von den Befragungsdaten gespeichert. Nach Abschluss des Befragungszeitraums wurde den Hochschulen am 01.07.2018 jeweils eine Liste der angegebenen Incentive-Codes übermittelt, um die Incentives an die jeweiligen Teilnehmenden ausschütten zu können.

Die Online-Befragung wurde mit der Software LimeSurvey in der Version 2.73 realisiert. Die Software lief auf einem Webserver der Datenverarbeitungszentrale der Fachhochschule Bielefeld.

3.1.1.3 DATENSCHUTZ UND ETHIK

Der Umgang mit den erhobenen Daten erfolgte auf Grundlage der europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO). In einer Datenschutzerklärung wurden die Absolvent*innen auf den Zweck der Datenerhebung, die Art der erhobenen Daten, die vorgesehenen Datenanalysen, die Dauer der Speicherung der Daten und die Fristen für die Datenlöschung sowie auf die Möglichkeit, die eigenen Daten jederzeit löschen zu lassen und ändern zu können, informiert.

Die Absolvent*innen mussten zu Beginn der Online-Befragung dieser Datenschutzerklärung zustimmen. Die Antwort auf die Einwilligung war standardmäßig auf „nein“ vorausgewählt und musste aktiv auf „ja“ geändert werden. Ohne Einwilligung war eine Fortsetzung der Befragung nicht möglich.

Die Angabe einer E-Mail-Adresse zur Kontaktaufnahme für nachgelagerte qualitative Telefoninterviews erfolgte freiwillig. Die Befragten wurden sowohl in der Datenschutzerklärung als auch im Zusammenhang mit dem entsprechenden Eingabefeld darauf hingewiesen, dass bei der Angabe einer E-Mail-Adresse eine zeitlich befristete Verknüpfung mit der Befragung erfolgt, um sich in den Interviews auf die in der Online-Befragung gemachten Angaben beziehen zu können. Auch die Angabe der Incentive-Codes erfolgte freiwillig. Die Befragten wurden sowohl in der Datenschutzerklärung als auch im Zusammenhang mit dem entsprechenden Eingabefeld darauf hingewiesen, dass die Incentive-Codes an die jeweilige Hochschule übermittelt werden und für diese somit theoretisch transparent werden würde, welche Absolvent*innen sich an der Online-Befragung beteiligt haben.

Die erhobenen Daten wurden während der Dauer der Datenerhebung auf einem Webserver der FH Bielefeld in einer MYSQL-Datenbank gespeichert. Die Datenübertragung im Browser erfolgte SSL-verschlüsselt. Nach Abschluss der Datenerhebung wurden die drei Datensätze (Befragungsdaten, freiwillig angegebene E-Mail-Adressen für nachgelagerte qualitative Telefoninterviews, eingegebene Incentive-Codes) auf einem zugriffsbeschränkten Netzlaufwerk der FH Bielefeld transferiert und dort verschlüsselt gespeichert.

Nach der Übermittlung der Incentive-Codes an die jeweiligen Hochschulen wurde der Datensatz mit diesen Codes am 19.07.2018 vom Netzlaufwerk der FH Bielefeld gelöscht. Die beteiligten Hochschulen waren verpflichtet, die Incentive- Codes nach der Ausschüttung der Incentives, spätestens am 31.08.2018, zu löschen. Die Löschung der für die nachgelagerten Interviews angegebenen E-Mail-Adressen erfolgte nach der Durchführung der letzten Interviews am 02.01.2019.

3.1.1.4 STICHPROBE

Insgesamt beteiligte sich eine Stichprobe von N=515 Absolvent*innen, die zwischen dem Wintersemester 2013/2014 und dem Sommersemester 2017 ihr Bachelorstudium abgeschlossen haben, an der Online-Befragung. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 45,8% der Grundgesamtheit aller Absolvent*innen mit Studienabschlüssen in diesem Zeitraum.

Die Brutto-Rücklaufquote variierte sowohl zwischen den fünf Studienrichtungen (Abbildung 3) als auch zwischen den sieben Hochschulen (Abbildung 4). Unter den therapeutischen Studienrichtungen (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie) lag die Rücklaufquote zwischen 52,4% und 53,7%, in der Pflege (41,2%) und Hebammenkunde (40,0%) fiel der Rücklauf geringer aus.

Bezogen auf die Hochschulen war der Rücklauf der Absolvent*innen der FH Münster (64,8%) sowie der RWTH Aachen (54,8%) überdurchschnittlich hoch, unter Absolvent*innen der Fliedner Fachhochschule (34,6%) sowie der praxisHochschule (23,9%) lag die Beteiligung deutlich unter dem Durchschnitt.

Die hsg Bochum, die alle fünf Studienrichtungen anbietet, vertritt mit ihren Absolvent*innen alleine 41,4% der Grundgesamtheit. Somit sind die Absolvent*innen dieser Hochschule auch in der Stichprobe mit 43,3% fast so stark vertreten wie die übrigen Hochschulen zusammen.

Die Studienrichtungen der Ergotherapie und der Hebammenkunde, die ausschließlich an der hsg Bochum angeboten werden, weisen mit 90 respektive 80 Absolvent*innen vergleichsweise kleine Grundgesamtheiten auf und sind dementsprechend in der Stichprobe auch mit eher kleinen Fallzahlen vertreten. Dies ist bei der Einordnung der Ergebnisse unbedingt zu beachten.

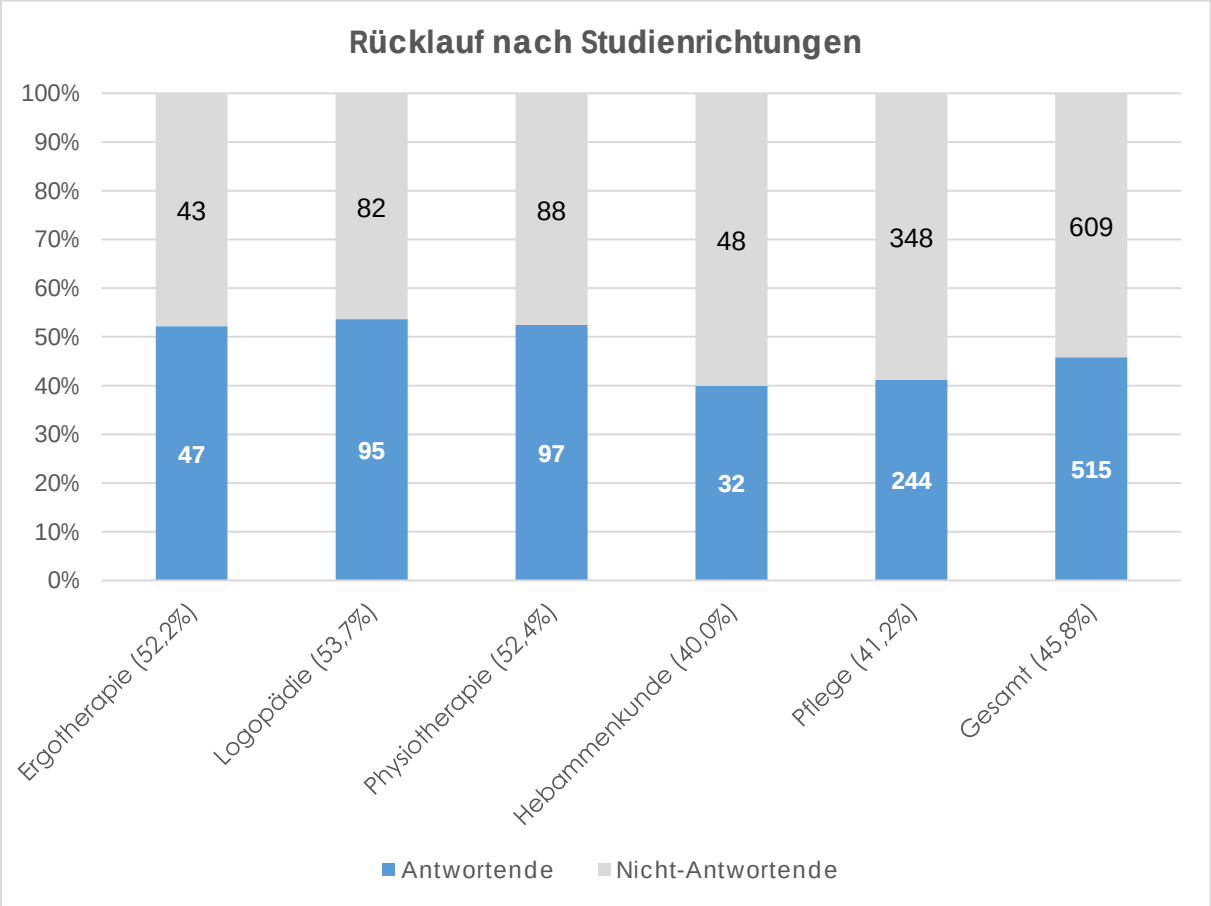


Abbildung 3: Rücklauf nach Studienrichtungen

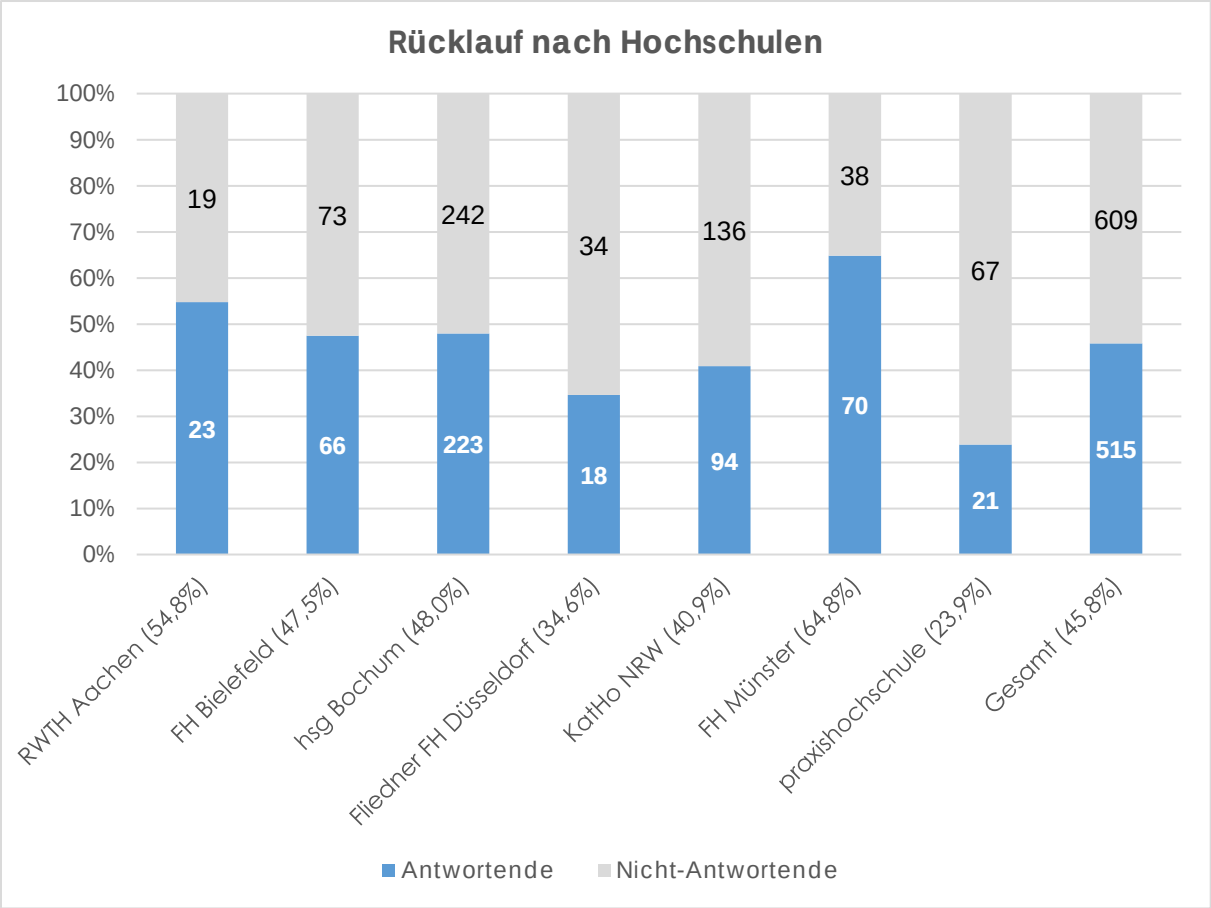


Abbildung 4: Rücklauf nach Hochschulen

Bei der Geschlechterverteilung (Tabelle 7) wird deutlich, dass sich die Stichprobe stark überwiegend aus weiblichen Absolvent*innen zusammensetzt. Nach Aussage der beteiligten Hochschulen entspricht die Geschlechterverteilung jener der Grundgesamtheit. Dies konnte nicht statistisch getestet werden, da nicht alle Hochschulen Daten zur Grundgesamtheit lieferten. Die Altersverteilung der Stichprobe zeigt Tabelle 8.

Tabelle 7: Geschlechterverteilung nach Studienrichtung

Studienrichtung	N	weiblich	männlich	möchte keine Zuordnung
Ergotherapie	47	97,9%	2,1%	
Logopädie	95	97,9%	2,1%	
Physiotherapie	94	89,4%	10,6%	
Hebammenkunde	32	100,0%		
Pflege	244	77,0%	22,5%	0,4
Gesamt	512	86,5%	13,3%	0,2

Tabelle 8: Altersverteilung nach Studienrichtung

Studienrichtung	N	Mittelwert	Median	Standardabweichung
Ergotherapie	47	27,3	26,0	5,1
Logopädie	94	26,5	26,0	3,5
Physiotherapie	97	26,2	26,0	2,9
Hebammenkunde	32	28,5	27,0	5,0
Pflege	240	27,1	26,0	5,1
Gesamt	510	26,9	26,0	4,5

Ein Vergleich der von den Befragten angegebenen Abschlussnoten mit den bei den Hochschulen erfragten Abschlussnoten der Grundgesamtheit (Tabelle 9) zeigt auf, dass die Stichprobe der Online-Befragung leicht positiv selektiert ist. Die Mittelwerte der Noten liegen in allen Berufsgruppen um 0,1 Notenpunkt über den Mittelwerten der Grundgesamtheit, bei den Hebammen sind es 0,2 Notenpunkte. Signifikant ist dieser Unterschied zwischen Grundgesamtheit und Stichprobe in den Berufsgruppen Physiotherapie und Pflege.

Tabelle 9: Abschlussnoten

Studienrichtung	Grundgesamtheit			Stichprobe			p (Mann-Whitney U-Test)
	N	*Mittelwert*	*SD*	*N*	*Mittelwert*	*SD*	
Ergotherapie	90	1,8	0,4	45	1,7	0,3	0,457
Logopädie	171	1,9	0,4	89	1,8	0,3	0,080
Physiotherapie	186	2,1	0,4	94	2,0	0,4	0,029
Hebammenkunde	80	2,0	0,4	32	1,8	0,7	0,095
Pflege	592	2,0	0,5	241	1,9	0,4	0,001
Gesamt				501	1,9	0,4	

Mit der Online-Befragung konnten Absolvent*innen aller Abschlussjahrgänge erreicht werden. Die Verteilung über die vier Abschlussjahrgänge weicht in keiner der Studienrichtungen signifikant von der Verteilung in der Grundgesamtheit ab (Tabelle 10).

Tabelle 10: Abschlusssemester

	Grundgesamtheit				Stichprobe				p (chi^2)
	WS 2013/14 – SS 2014	WS 2014/15 – SS 2015	WS 2015/16 – SS 2016	WS 2016/17 – SS 2017	WS 2013/14 – SS 2014	WS 2014/15 – SS 2015	WS 2015/16 – SS 2016	WS 2016/17 – SS 2017	
Ergotherapie	19	16	24	31	7	9	12	19	0,979
Logopädie	43	25	51	52	23	11	27	34	0,795
Physiotherapie	37	44	56	49	17	23	19	38	0,099
Hebammenkunde	24	19	24	13	8	10	10	4	0,821
Pflege	92	140	183	161	32	53	77	82	0,353
Gesamt	215	244	338	306	87	106	145	177	0,564

3.1.1.5 DATENANALYSE

Die Analyse der über die Online-Befragung gewonnenen quantitativen Daten erfolgte vorwiegend mittels deskriptiver Statistik in Form von absoluten Häufigkeiten, prozentualen Anteilen und in Form von Häufigkeits- und Kreuztabellen sowie auf diesen basierenden Diagrammen. Die Analyse erfolgte separat nach den Subgruppen der Studienrichtung. Für einige Fragestellungen wurden zudem Hypothesen zu Gruppenunterschieden getestet. Aufgrund der durchweg sehr unterschiedlichen Fallzahlen in den jeweils verglichenen Gruppen wurden für Hypothesentests ausschließlich verteilungsfreie Tests eingesetzt (chi2-Unabhängigkeitstest, Mann-Whitney-U-Test, Kruskal-Wallis-Test), auch wenn die zugrundeliegende Variable metrisch skaliert war. Die Analysen erfolgten mit der Statistik-Software SPSS 24 sowie in R.

3.1.2 QUALITATIVE METHODIK

3.1.2.1 FRAGESTELLUNGEN UND DESIGN

Ergänzend zu der in Modul A und B durchgeführten quantitativen Befragung erfolgte eine qualitative Befragung eines Teils der Absolvent*innen mittels telefonischer, leitfadengestützter Interviews. Ziel war es, detailliertere Erkenntnisse in Bezug auf einzelne zuvor festgelegte Themenbereiche zu erlangen, über die die Ergebnisse aus der quantitativen Befragung keine ausreichend befriedigenden Aussagen zuließen. Zudem wurde durch den qualitativen Ansatz

angestrebt, neben den subjektiven Aussagen der Absolvent*innen auch Informationen zum Kontext zu erlangen. Um bestimmte Sichtweisen von Individuen zu verstehen, ist nicht allein die Aussage oder Einschätzung bedeutsam, sondern auch die Beschreibung des Kontexts, aus dem heraus die Aussage erfolgt (Flick et al., 2013).

Im Zentrum der qualitativen Interviews standen fünf Forschungsfragen, die handlungsleitend für die Erstellung des Interviewleitfadens sowie für die Datenanalyse waren. Die fünf Forschungsfragen lauteten wie folgt:

1. In welchen Situationen erleben sich die Absolventinnen mit ihren Kompetenzen als wirksam?
2. Wie unterscheiden sich Absolvent*innen ihrer Wahrnehmung nach in der Ausübung ihrer Tätigkeiten von ihren fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen?
3. Welche Reaktionen erleben die Absolvent*innen aufgrund ihrer akademischen Qualifikation durch Kolleg*innen und Angehörige anderer Berufsgruppen?
4. Inwiefern tragen Absolvent*innen ihrer Wahrnehmung nach zu Veränderungsprozessen in ihrem Arbeitsbereich bei?
5. Welche Ziele verfolgen die Absolvent*innen mit der Aufnahme eines weiteren Studiums oder einer Weiterbildung?

Ausgehend von diesen Fragestellungen erfolgte die Konzipierung eines Interviewleitfadens anhand der SPSS-Methode nach Helfferich (2019). Die Methode beinhaltet die vier aufeinander folgenden Schritte „Sammeln“, „Prüfen“, „Sortieren“ und „Subsummieren“ von Fragen, die im Zusammenhang mit den fünf Forschungsfragen bedeutsam sind. Der erste Schritt, das Sammeln, beinhaltet im Wesentlichen ein Brainstorming darüber, welche Fragen allesamt wichtig zur Beantwortung der Forschungsfragen sein könnten. In diesem Schritt erfolgt die ungefilterte Niederschrift aller Fragen. Hieraus ergibt sich ein umfangreicher Fragen-Pool, der im zweiten Schritt „Prüfen“ kritisch hinterfragt wird. Dabei werden sowohl die inhaltliche Relevanz der Fragen für den Forschungsgegenstand als auch die formale Gestaltung der Fragen beleuchtet. Am Ende dieses Schrittes verbleiben lediglich offen formulierte Fragen, die eine hohe inhaltliche Relevanz aufweisen. Im weiteren Verlauf werden die bislang unsortierten Fragen nach Themenblöcken gebündelt. Dies geschah in Anlehnung an die fünf Forschungsfragen. Jeder Forschungsfrage wurde ein inhaltlicher Themenblock im Interviewleitfaden zugeordnet. Diesen Schritt beschreibt Helfferich (2019) als „Sortieren“. Abschließend werden die Fragen innerhalb eines Themenblocks abermals sortiert. Ausgehend von Erzählimpulsen, mittels derer die Absolvent*innen aufgefordert werden, ihre Ansichten und Erfahrungen in Bezug auf einen bestimmten Themenaspekt darzulegen, beinhaltet der Leitfaden auch Nachfragen, die dann gestellt werden können, wenn die Absolvent*innen nicht ausreichend auf die Erzählimpulse reagieren. Diese gezielten Nachfragen sind den

Erzählimpulsen untergeordnet. Der Leitfaden-Teil, welcher die erste Forschungsfrage adressiert, wurde im Sinne der Critical Incident Technique (Flanagan, 1954) umgesetzt,

Der finale Interviewleitfaden beinhaltete entsprechend der fünf Forschungsfragen fünf zentrale Themenblöcke, die eine Hinführung zum Themenaspekt, einen oder mehrere Haupt-Erzählimpulse sowie einige subsummierte weiterführende Fragen enthielt.

3.1.2.2 STICHPROBE

Die Absolvent*innen wurden am Ende der Online-Befragung um ihre Einwilligung gebeten, für nachgelagerte telefonische Interviews zu Verfügung zu stehen und ihre E-Mail-Adresse für eine entsprechende Kontaktaufnahme anzugeben. Dies taten N=200 der 515 Absolvent*innen, die sich an der Online-Befragung beteiligten (38,8%). Die Stichprobenziehung für die Interviews erfolgte randomisiert. Vorgesehen waren jeweils zehn Interviews je Studienrichtung, wobei innerhalb der Studienrichtungen der Anteil nach Hochschulen jenem Anteil entsprechen sollte, den die Absolvent*innen dieser Hochschule an der Stichprobe der Online-Befragung aufgewiesen hatte. Da sich die Forschungsfrage 5 ausschließlich an jene Absolvent*innen richtete, die ein weiteres Studium aufgenommen oder abgeschlossen hatten, wurden für jede Studienrichtung weitere zu Befragende nachgezogen, die ausschließlich zu dieser Forschungsfrage interviewt wurden, so dass auch für diesen Aspekt Daten aus zehn Interviews je Studienrichtung vorliegen sollten. Für zu Befragende, die nicht erreichbar waren (fehlerhafte oder nicht mehr existente E-Mail-Adressen, keine Reaktion auf Kontaktaufnahme) bzw. der Befragung letztendlich doch nicht zustimmten, wurden randomisiert weitere Befragte nachgezogen, jeweils von derselben Hochschule.

Insgesamt wurden N=45 Interviews mit Absolvent*innen geführt. Die Verteilung nach Hochschulen zeigt Tabelle 11, die Verteilung nach Studienrichtung zeigt Tabelle 12.

Tabelle 11: Interviewteilnehmer*innen Module A/B nach Hochschulen

Hochschule	Anzahl der Interviewteilnehmer*innen
hsg Bochum	25
Fachhochschule Münster	9
Katholische Hochschule Köln	5
RWTH Aachen	3
Fachhochschule Bielefeld	1
Fliedner Fachhochschule Düsseldorf	1
praxisHochschule	1
Gesamt	45

Von den 45 Teilnehmer*innen waren 39 weiblich und sechs männlich. Die Interviewlänge betrug zwischen fünf und etwa 43 Minuten.

Tabelle 12: Interviewteilnehmer*innen Module A/B nach Studiengängen

Studienrichtung	Anzahl der Interviewteilnehmer*innen
Logopädie	12
Physiotherapie	11
Ergotherapie	9
Gesundheits- und Krankenpflege	9
Hebammen	4
Gesamt	45

3.1.2.3 DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS

Die in die Stichprobe aufgenommenen Absolvent*innen erhielten zunächst eine E-Mail, in der sie darüber informiert wurden, dass sie für die Teilnahme an den telefonischen Interviews ausgewählt worden waren. Zudem enthielt die E-Mail Informationen über die Dauer und den Ablauf der Interviews sowie eine Aufklärung über den Datenschutz und die Freiwilligkeit der Teilnahme. Letztlich wurden die Absolvent*innen dazu aufgefordert, sich auf die E-Mail zu melden, um einen Termin für das Interview abstimmen zu können. Erfolgte keine Rückmeldung, wurde im Abstand von vier Wochen eine Erinnerungs-Einladung an die Absolvent*innen versendet, die ihre Bereitschaft zur Teilnahme signalisiert, sich aber nicht auf die initiale Einladung rückgemeldet hatten. Maximal wurden zwei Reminder versendet.

Die telefonischen Interviews wurden per Diktiergerät aufgenommen. Direkt vor Beginn der Interviews wurden die Absolvent*innen hierüber abermals informiert. Auch wurden sie erneut über ihr Recht, jederzeit ohne Angabe von Gründen ihr Einverständnis für die Verwendung des Interviewmaterials zur Datenanalyse zurückzuziehen. Ferner wurden die Absolvent*innen ein weiteres Mal über die Anonymisierung ihrer Daten aufgeklärt.

Für die Interviewer wurde für jede*n Interviewte*n ein Datenauszug (Case Sheet) mit für die Interviews relevanten Angaben aus der Online-Befragung erstellt. Der Interviewer hatte somit Informationen u.a. über die bereits gemachten Angaben zur förderlichen und hemmenden Faktoren bei der Nutzung der im Studium erworbenen Kompetenzen, zur Wahrnehmung der akademischen Qualifizierung durch Berufskolleg*innen und Angehörige anderer

Berufsgruppen, zum Interesse bzw. zur Aufnahme weiterer Studiengänge sowie zu Angaben zu den Erwerbstätigkeiten.

3.1.2.4 DATENSCHUTZ UND ETHIK

Die telefonische Befragung der Absolvent*innen entsprach den Vorgaben des Landesdatenschutzgesetzes NRW § 10 Abs. 2, Nr. 1–6 und § 28 Nr. 1–5. Zu jeder Zeit im Forschungsprozess wurden die drei Prinzipien der „Freiwilligkeit und informierten Einwilligung", des „Schutzes vor Beeinträchtigung und Schädigung" sowie der „Anonymisierung und Vertraulichkeit der Daten" (Sales & Folkmann, 2000) berücksichtigt und angewendet. Dies konnte durch die sowohl schriftliche als auch mündliche Aufklärung der Teilnehmer*innen gesichert werden, indem sie transparent über den Umgang mit den im Zuge des Forschungsprozesses erhobenen sensiblen Daten informiert wurden. Zugleich erfolgte eine umfassende Belehrung über ihr Recht, ihr Einverständnis zu widerrufen und von der Studie zurückzutreten. Die aufgezeichneten Audiodateien wurden auf einem Server der FH Bielefeld hinterlegt. Angefertigte und anonymisierte Transkripte wurden ebenfalls hier gespeichert. Die Case Sheets, die eine Deanonymisierung der teilnehmenden Absolvent*innen ermöglicht hätten, wurden an einem anderen Ort gespeichert, auf den lediglich der Interviewende Zugriff hatte.

3.1.2.5 DATENAUSWERTUNG

Die Datenauswertung erfolgte angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring & Fenzl, 2019). Die Orientierung an dieser Methode empfahl sich aufgrund des im Zentrum stehenden Kategoriensystems, welches erlaubt, das Interviewmaterial anhand der im Interview erfolgten Aussagen inhaltlich in Ober- und Unterkategorien zu untergliedern. Mayring und Fenzl (2019) beschreiben bei der Kategorienbildung sowohl ein deduktives als auch ein induktives Vorgehen. In diesem Fall wurde ein induktives Vorgehen gewählt. Insgesamt wurden die Transkripte vor dem Hintergrund der fünf wesentlichen Forschungsfragen ausgewertet. Zu jeder dieser Forschungsfragen wurde ein eigenes Kategoriensystem erstellt. Hierzu wurden relevante Aussagen zu den Forschungsfragen aus dem Datenmaterial extrahiert. Anschließend erfolgte eine Paraphrasierung mit Abstrahierung dieser Aussagen. Hieraus ergaben sich die Ober- und Unterkategorien des Kategoriensystems, die mit aussagekräftigen Ankerzitaten versehen wurden. Um die Kategorien eindeutiger interpretieren zu können, erfolgte additiv zu den Ankerzitaten eine knappe Beschreibung des Kontexts, auf den sich die Interviewpartner*innen mit ihrer Aussage bezogen. Das so entstandene induktive Kategoriensystem wurde in einem letzten Schritt abermals deduktiv auf die Transkripte angewendet, um sicherzustellen, dass alle für die Beantwortung der jeweiligen Forschungsfrage relevanten Aussagen sich in das Kategoriensystem einordnen lassen.

3.2 ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG DER ABSOLVENT*INNEN

3.2.1 ERGEBNISFELD 1: BESCHÄFTIGUNGSMERKMALE

n diesem Ergebnisfeld werden im Folgenden Ergebnisse zu verschiedenen Merkmalen der Erwerbstätigkeiten der Absolvent*innen dargestellt, also deren Verbleib im engeren Sinne beleuchtet. Die dargestellten Ergebnisse beziehen sich, basierend auf der Online-Befragung, auf die Erwerbsbeteiligung, die Settings, in denen die Absolvent*innen ihren Erwerbstätigkeiten nachgehen, auf die Aufgaben und Tätigkeiten, die die Befragten wahrnehmen und die ihre Erwerbstätigkeiten charakterisieren, auf den Umfang der jeweiligen Erwerbstätigkeiten sowie auf deren Vergütung. Auf Basis der qualitativen Interviews werden zudem Unterschiede hinsichtlich übernommener Aufgaben sowie der Arbeitsweisen beleuchtet, die die befragten Absolvent*innen im Vergleich zu fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen identifizieren.

3.2.1.1 ERWERBSBETEILIGUNG

Für einen Teil der Befragten liegen keine Angaben zu den zum Befragungszeitpunkt aktuellen Erwerbstätigkeiten vor, da diese Personen angaben, zum Befragungszeitpunkt keiner Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Der Anteil der nicht Erwerbstätigen ist in den fünf verschiedenen Berufsgruppen sehr ähnlich und liegt zwischen 5,6% und 6,7% (Abbildung 5).

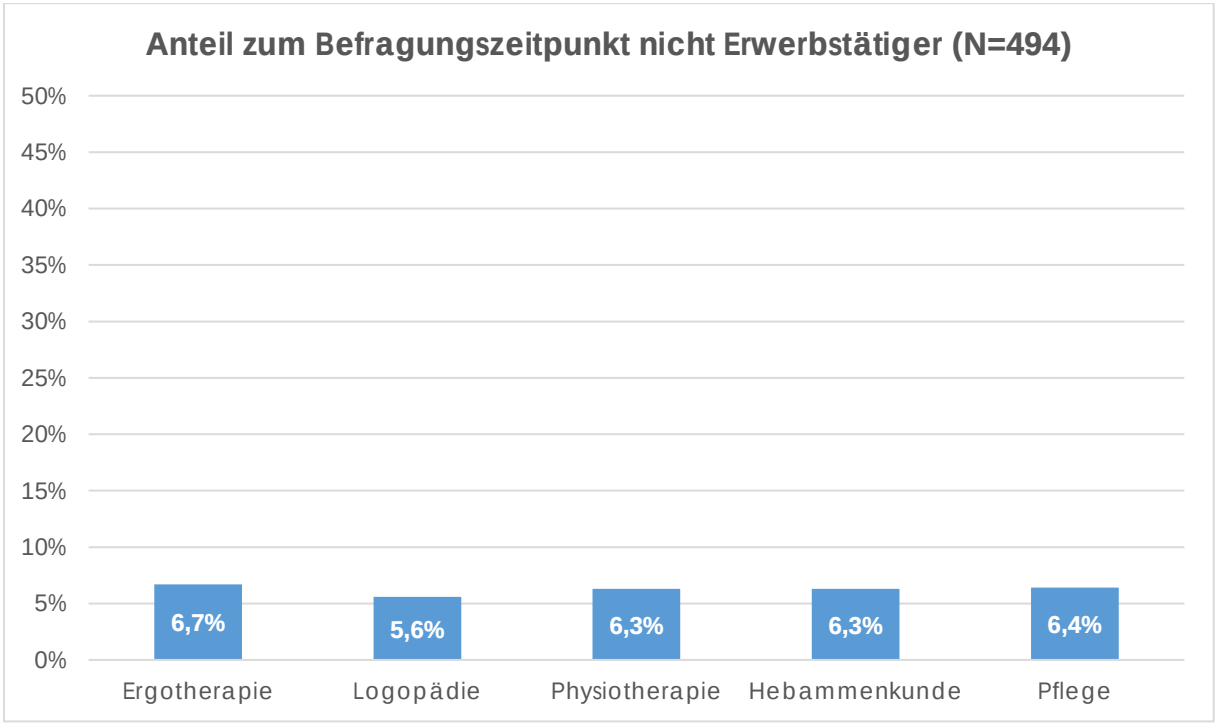


Abbildung 5: Anteil nicht Erwerbstätiger nach Studienrichtungen

Der deutlich größte Anteil der nicht Erwerbstätigen gab, gefragt nach den Gründen, an, dass sie sich in einer Weiterqualifizierung/ einem Studium befänden (Mehrfachnennungen möglich). Eine berufliche Neuorientierung gaben zwei Drittel der Physiotherapeut*innen, jede*r Dritte Ergotherapeut*in und 20% der nicht erwerbstätigen Pflegenden an. Familiäre Gründe spielten bei allen nicht erwerbstätigen Hebammen, jeder*jedem zweiten Pflegenden sowie mehr als einem Drittel der nicht erwerbstätigen Ergotherapeut*innen und Logopäd*innen eine Rolle. Einzelne Personen gaben auch gesundheitliche Gründe an. Der Anteil männlicher Absolventen ist unter den nicht Erwerbstätigen mit 6,2% deutlich niedriger als ihr Anteil an der Gesamtstichprobe (13,2%).

3.2.1.2 SETTINGS DER ERWERBSTÄTIGKEIT

Die Settings, in denen die Absolvent*innen arbeiten, unterscheiden sich erwartungskonform deutlich zwischen den Berufsgruppen. Gemeinsam ist allen Berufsgruppen, dass es jeweils ein deutlich dominierendes Setting gibt, in dem ein Großteil der jeweiligen Absolvent*innen arbeitet. Bei den Therapieberufen ist dies die Therapiepraxis (in Anstellung), in der zwischen 47,2% (Physiotherapie) und 60,7% (Logopädie) ihre Haupterwerbstätigkeit ausüben (Abbildung 6 bis Abbildung 8). Das nächsthäufige Setting, in denen die therapeutischen Berufsgruppen ihre aktuellen Erwerbtätigkeiten ausüben, ist das Krankenhaus. Der Anteil dort arbeitender Absolvent*innen in unter den Physiotherapeut*innen am höchsten (18% der Haupterwerbstätigkeiten), von den Ergotherapeut*innen und Logopäd*innen arbeitet ungefähr jede*r Zehnte im Rahmen der Haupterwerbstätigkeit im Krankenhaus. Rehabilitationseinrichtungen wiesen unter den Haupterwerbstätigkeiten der Physiotherapeut*innen einen Anteil von 11,2% auf, bei den Ergotherapeut*innen ist dies neben Krankenhäusern und der Psychiatrie das zweithäufigste Setting (9,5%), während der Anteil unter den Logopäd*innen geringer ist (6,0%).

Settings aus dem Bereich Forschung/ Wissenschaft finden sich als Haupterwerbstätigkeiten mit 6-7% unter den Logopäd*innen und Physiotherapeut*innen, bei den Ergotherapeut*innen hingegen gar nicht. In dieses Setting fallen überproportional häufig Nebenerwerbstätigkeiten.

Die Bandbreite der angegebenen Settings ist unter den therapeutischen Berufsgruppen groß, auch wenn zu beachten ist, dass in vielen der Settings nur wenige oder einzelne Personen arbeiten.

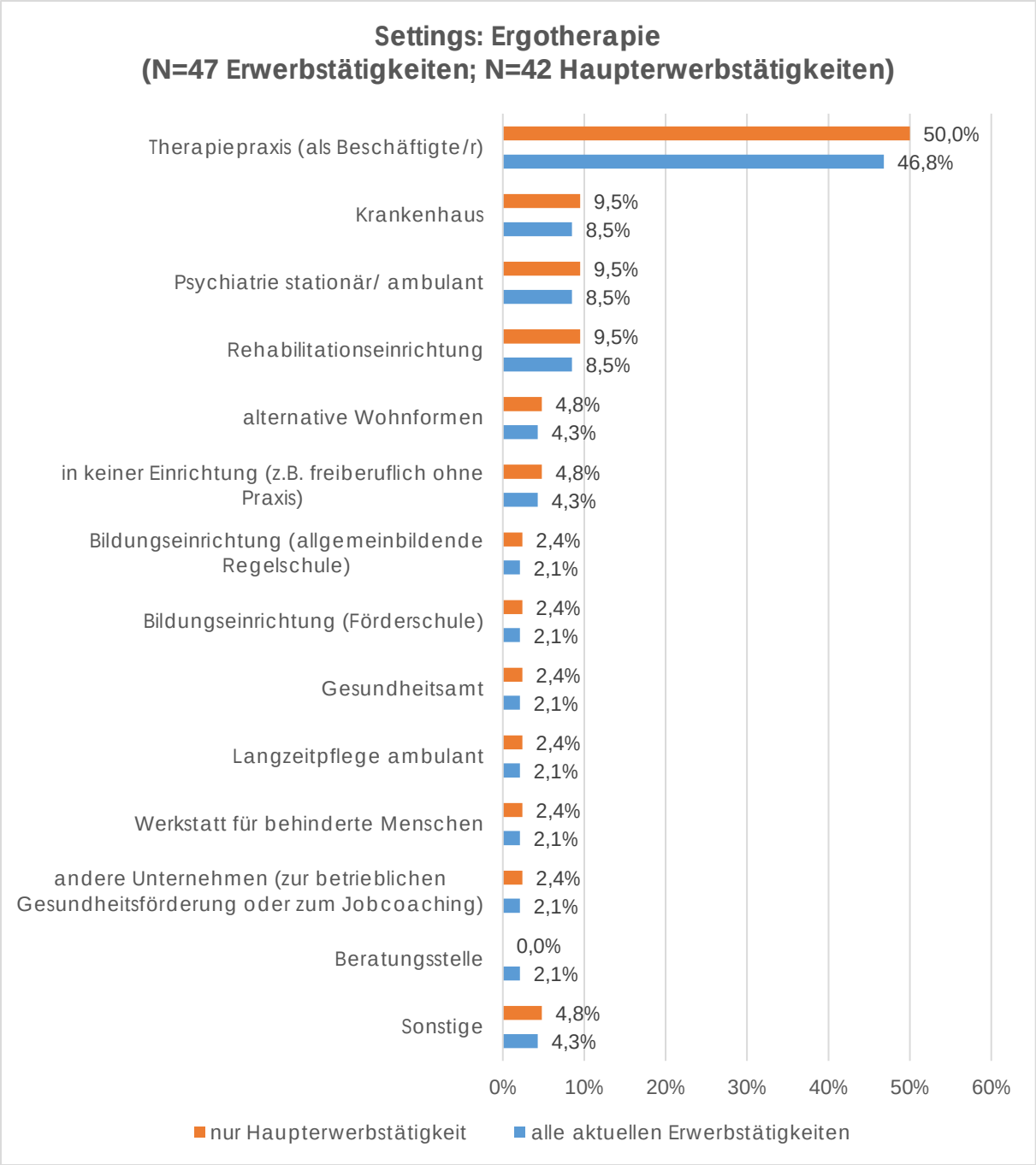


Abbildung 6: Settings der aktuellen Erwerbstätigkeiten (Ergotherapie)

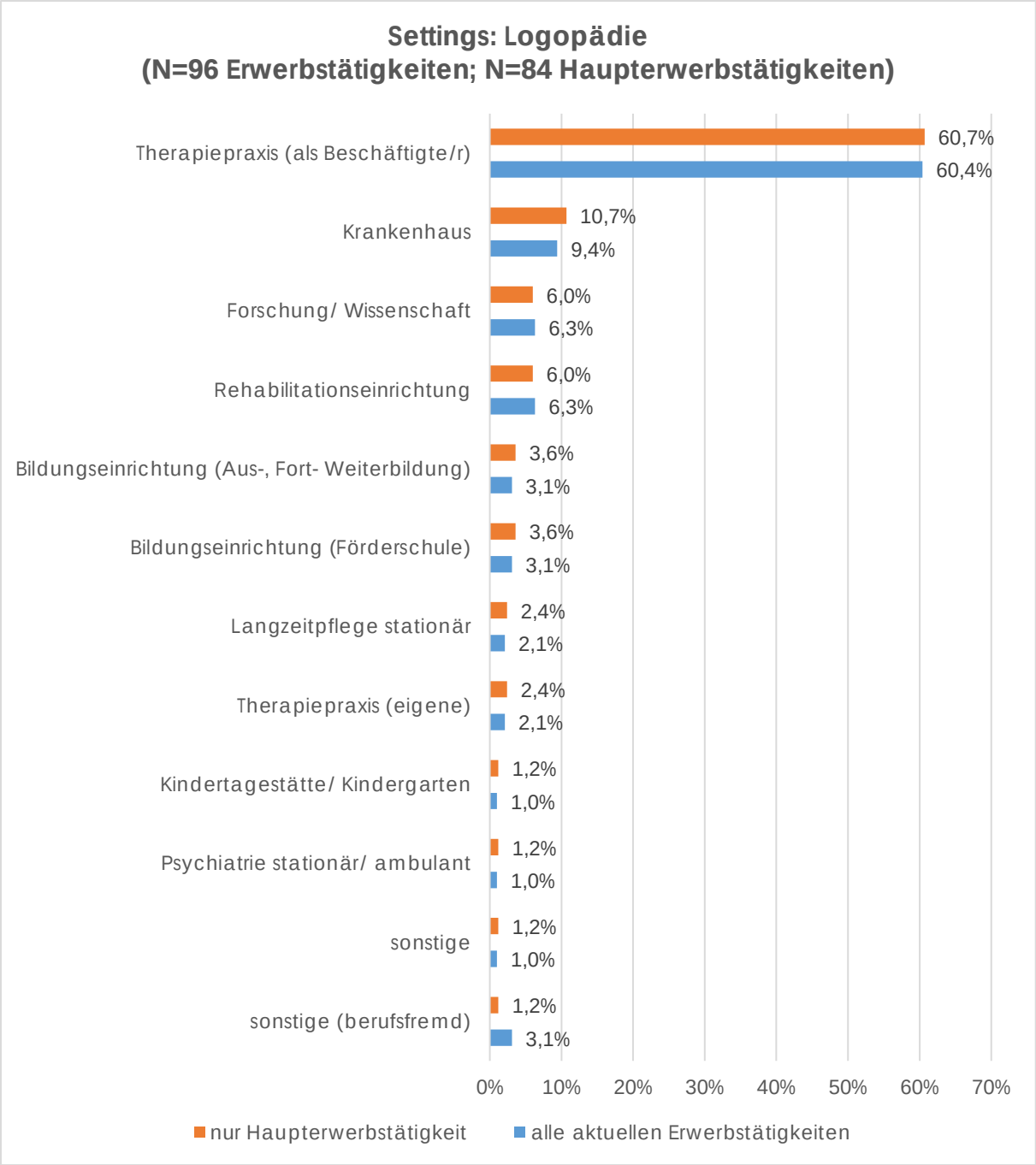


Abbildung 7: Settings der aktuellen Erwerbstätigkeiten (Logopädie)

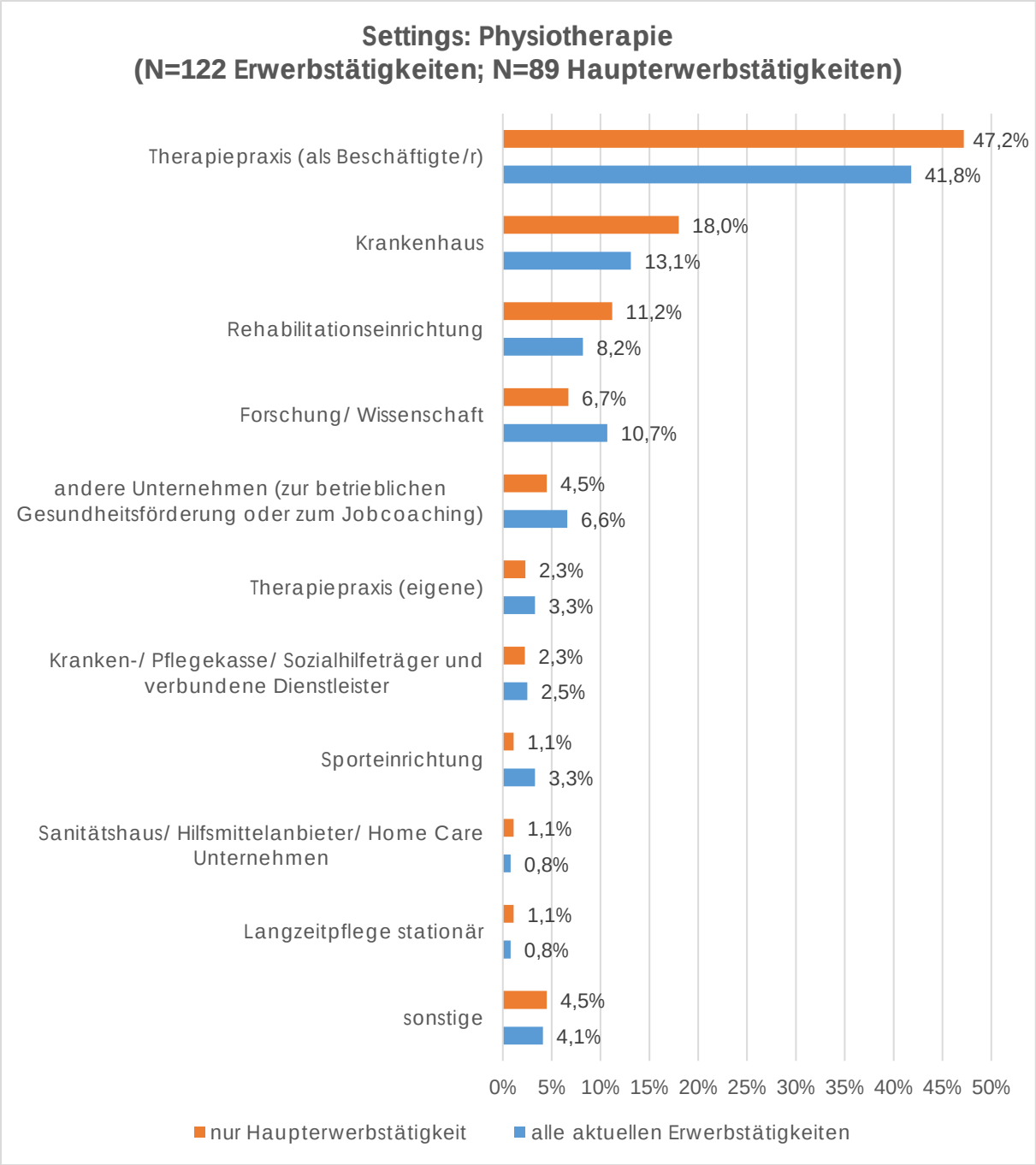


Abbildung 8: Settings der aktuellen Erwerbstätigkeiten (Physiotherapie)

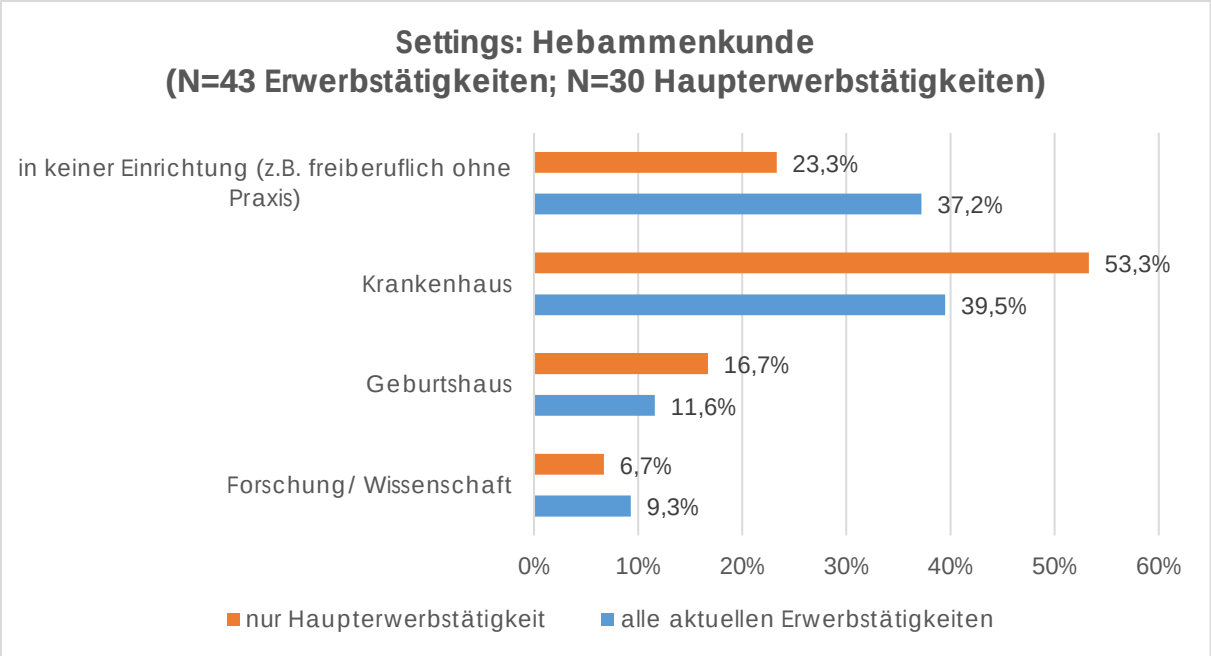


Abbildung 9: Settings der aktuellen Erwerbstätigkeiten (Hebammenkunde)

In der Hebammenkunde (55,3%, Abbildung 9) und der Pflege (55,8%, Abbildung 10) dominiert unter den Haupterwerbstätigkeiten das Setting Krankenhaus. Die Bandbreite der Settings ist unter den Hebammen sehr gering und entspricht mit den Settings Krankenhaus, Geburtshaus und freiberuflicher Tätigkeit eher eng den klassischen Vorstellungen der Profession. Daneben findet sich als vierthäufigstes Setting Forschung/ Wissenschaft mit 6,7% der Haupterwerbstätigkeiten. Ebenso wie bei den Physiotherapeut*innen finden sich in diesem Setting überproportional oft Nebentätigkeiten, so dass vom Gesamtanteil an allen aktuellen Erwerbstätigkeiten knapp 10% diesem Setting zugeordnet wurden. Noch stärker gilt dies für die freiberufliche Tätigkeit, deren Anteil unter allen Erwerbstätigkeiten mit 37,2% deutlich höher liegt als unter den Haupterwerbstätigkeiten (23,3%).

Die Berufsgruppe Pflege zeigt die mit Abstand höchste Bandbreite an Settings. Hier ist allerdings zu beachten, dass die Fallzahl dieser Absolvent*innen deutlich höher liegt als in den übrigen Berufsgruppen bzw. Studienrichtungen und viele der genannten Settings nur von einer oder zwei Personen benannt wurden. Neben dem dominierenden Setting des Krankenhauses erreicht keines der übrigen Settings Anteile >10%, das zweithäufigste Setting ist die Psychiatrie (9,7% der Haupterwerbstätigkeiten). Ambulante und stationäre Langzeitpflege (je 5,5% der Haupterwerbstätigkeiten) und Forschung/ Wissenschaft (ebenfalls 5,5%) folgen in dieser Reihenfolge. Auch unter den Absolvent*innen der Pflege zeigt sich, dass das Setting Forschung/ Wissenschaft sich überproportional oft als Nebenerwerbstätigkeit findet. Bildungseinrichtungen für Aus-, Fort- und Weiterbildung (3,7%), alternative Wohnformen sowie Einrichtungen der

Tagespflege (jeweils 1,8%) sind die nächsthäufigen Settings unter den Haupterwerbstätigkeiten. Alle übrigen Settings wurden von maximal drei Befragten angegeben.

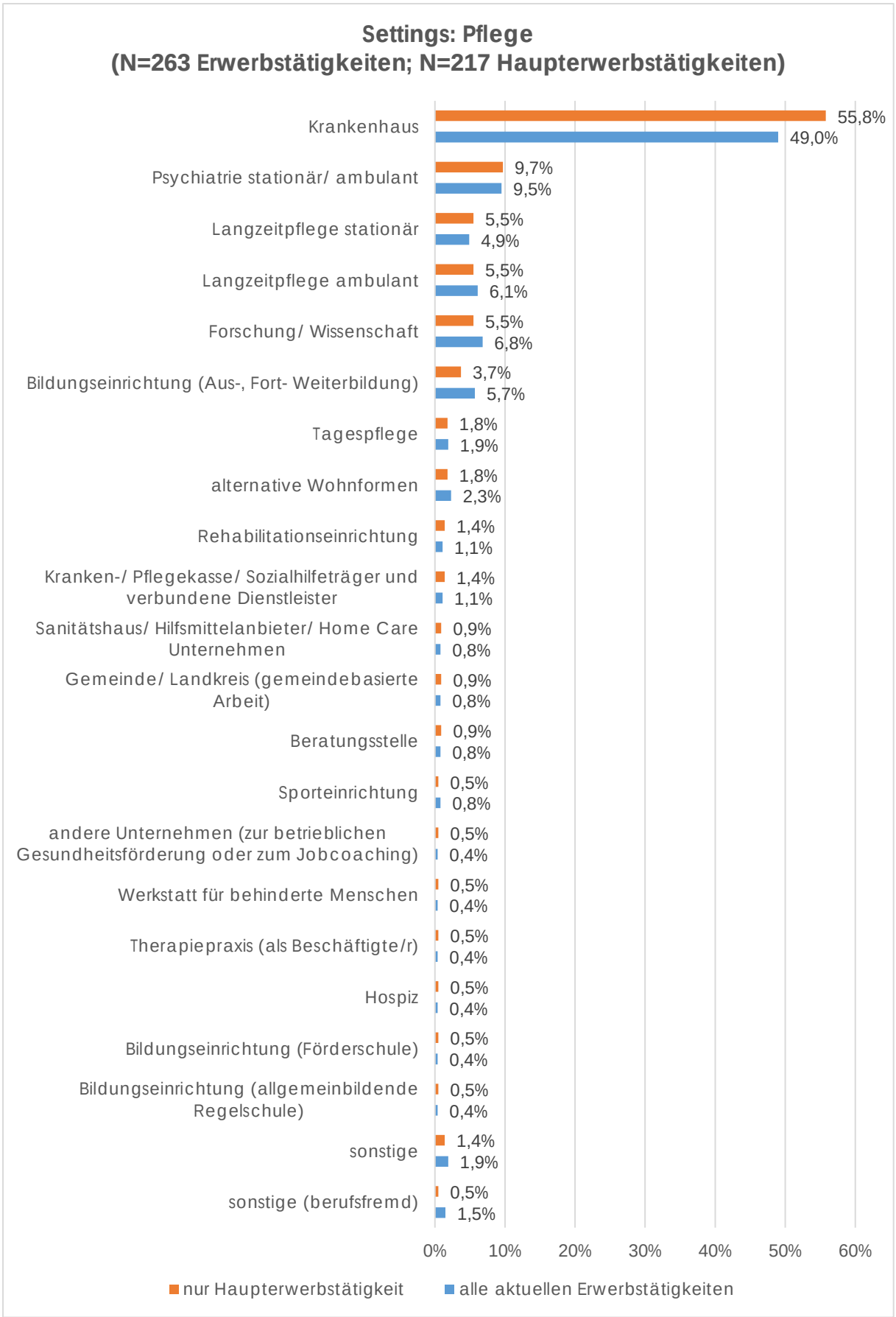


Abbildung 10: Settings der aktuellen Erwerbstätigkeiten (Pflege)

3.2.1.3 ERWERBSTÄTIGKEITEN UND AUFGABENBEREICHE DER ABSOLVENT*INNEN

Um die von den Absolvent*innen gemachten Angaben zu ihren Erwerbstätigkeiten deutlicher spezifizieren zu können, als dies über die reine Information des Settings möglich wäre, wurden in einem induktiven Verfahren Cluster der Erwerbstätigkeitsprofile gebildet. Für diese Clusterung wurden Angaben zur Klientennähe der Tätigkeit, zum Arbeitsfeld bzw. Setting, zu besonderen (über die Aufgaben der Berufskolleg*innen hinaus gehenden) Aufgaben, zu angestellter vs. selbstständiger Tätigkeit, zur Wahrnehmung einer Vorgesetztenfunktion, zum erforderlichen Qualifikationsniveau der Tätigkeit, sowie der Freitext der Tätigkeitsbeschreibung berücksichtigt. Entwickelt wurden daraus neun trennscharf unterscheidbare Erwerbstätigkeitsprofile der Absolvent*innen, die in Tabelle 13 dargestellt sind.

Tabelle 13: Darstellung der aus der Online-Befragung abstrahierten 9 Tätigkeitsprofile

Tätigkeitsprofil	Erläuterungen/ Beispiele
berufsfremde Tätigkeit	Verkäufer*in in einem Teeladen, in Ausbildung in einem Handwerksberuf, Schauspieler*in, Tätigkeit in einem Cateringunternehmen
Tätigkeit außerhalb der klassischen Settings	Referent*innen/ Key Account Manager*innen, Referent*innen bei Home Care Unternehmen oder Hilfsmittelherstellern, Berufsbetreuer*in, Fachberater*in für Heilmittel bei einer Krankenkasse
klientennahe Tätigkeit analog fachschulisch Qualifizierter	Gesundheits- und Krankenpfleger*innen in Krankenhäusern, Pflegeheimen, bei ambulanten Diensten, Therapeut*innen als Beschäftigte in Therapiepraxen, Hebammen im Kreißsaal, in freiberuflicher ambulanter Tätigkeit oder in Geburtshäusern (ohne dass sich die Aufgabenbereiche wesentlich von jenen der fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen unterscheiden)
klientennahe Tätigkeit mit *klientennahen* besonderen Aufgabenbereichen	vorwiegend klientennahe Aufgaben, aber im Vergleich zu fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen mit besonderen Aufgaben wie klinische Expertise, Beratung, Prozesssteuerung, Überleitung
klientennahe Tätigkeit mit *klientenfernen* besonderen Aufgabenbereichen	vorwiegend klientennahe Aufgaben, aber im Vergleich zu fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen mit besonderen Aufgaben wie wissenschaftliche Recherche, Praxisprojekte, Qualitätsmanagement, Konzeptentwicklung, Leitungsaufgaben
Lehrtätigkeit	Lehrtätigkeit an einer Berufsfachschule oder Hochschule
wissenschaftliche Tätigkeit	wissenschaftliche/ forschende Tätigkeit an einer Hochschule oder einem wissenschaftlichen Institut
wissenschaftliche Assistenztätigkeit (SHK/WHK)	wissenschaftliche/ forschende Assistenztätigkeit (studentische bzw. wissenschaftliche Hilfskraft) an einer Hochschule oder einem wissenschaftlichen Institut
managerielle/ administrative Tätigkeit	ausschließlich oder vorwiegend managerielle, administrative Tätigkeit bzw. Leitungsaufgaben

In allen fünf Berufsgruppen übt ein sehr hoher Anteil der Absolvent*innen vorwiegend durch Klientennähe gekennzeichnete Erwerbstätigkeiten im Rahmen der Haupterwerbstätigkeit aus (zwischen 78,0% unter den Pflegenden und 93,3% unter den Hebammen). Berufsgruppenübergreifend lässt sich für knapp die Hälfte der Absolvent*innen (45,1%) ihre Haupterwerbstätigkeit als „klientennahe Tätigkeit" mit klientenfernen besonderen Aufgabenbereichen“ charakterisieren. Diese Absolvent*innen arbeiten überwiegend klientennah, vergleichbar den fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen, nehmen aber klientenferne besondere Aufgaben wahr wie wissenschaftliche Recherchen, Praxisprojekte, Qualitätsmanagement und Leitungsaufgaben. Dieses Erwerbstätigkeitsprofil ist in allen fünf Berufsgruppen das dominierende. Der Anteil der Absolvent*innen mit diesem Profil ihrer Haupterwerbstätigkeit liegt je nach Berufsgruppe zwischen 39,0% (Pflege) und 66,7% (Logopädie). Das zweithäufigste Erwerbstätigkeitsprofil stellen, mit Ausnahme der Logopädie, Erwerbstätigkeiten dar, die sich von jenen der fachschulisch Qualifizierten nicht unterscheiden („klientennahe Tätigkeit analog fachschulisch Qualifizierter“). Mit diesem Profil lassen sich die Haupterwerbstätigkeiten von 24,0% der Absolvent*innen charakterisieren, je nach Berufsgruppe liegt der Anteil dieses Profils zwischen 14,3% (Ergotherapie) und 28,9% (Pflege).

Wissenschaftliche Tätigkeiten (5,0%), managerielle/ administrative Tätigkeiten (3,2%) und Lehrtätigkeiten (1,7%) werden jeweils nur von einem geringen Teil der Absolvent*innen als Haupterwerbstätigkeit ausgeübt.

In der Ergotherapie liegt der Anteil der vorwiegend klientennahen Profile bei 92,9%. Vorwiegend klientenferne Profile kommen gar nicht vor (Abbildung 11). Der Anteil der klientennahen Haupterwerbstätigkeiten mit klientenfernen besonderen Aufgabenbereichen ist in dieser Berufsgruppe besonders hoch (66,7%), umgekehrt ist der Anteil der Erwerbstätigkeitsprofile, die sich nicht von jenen der fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen unterscheiden, unter den fünf Berufsgruppen der niedrigste (14,3%).

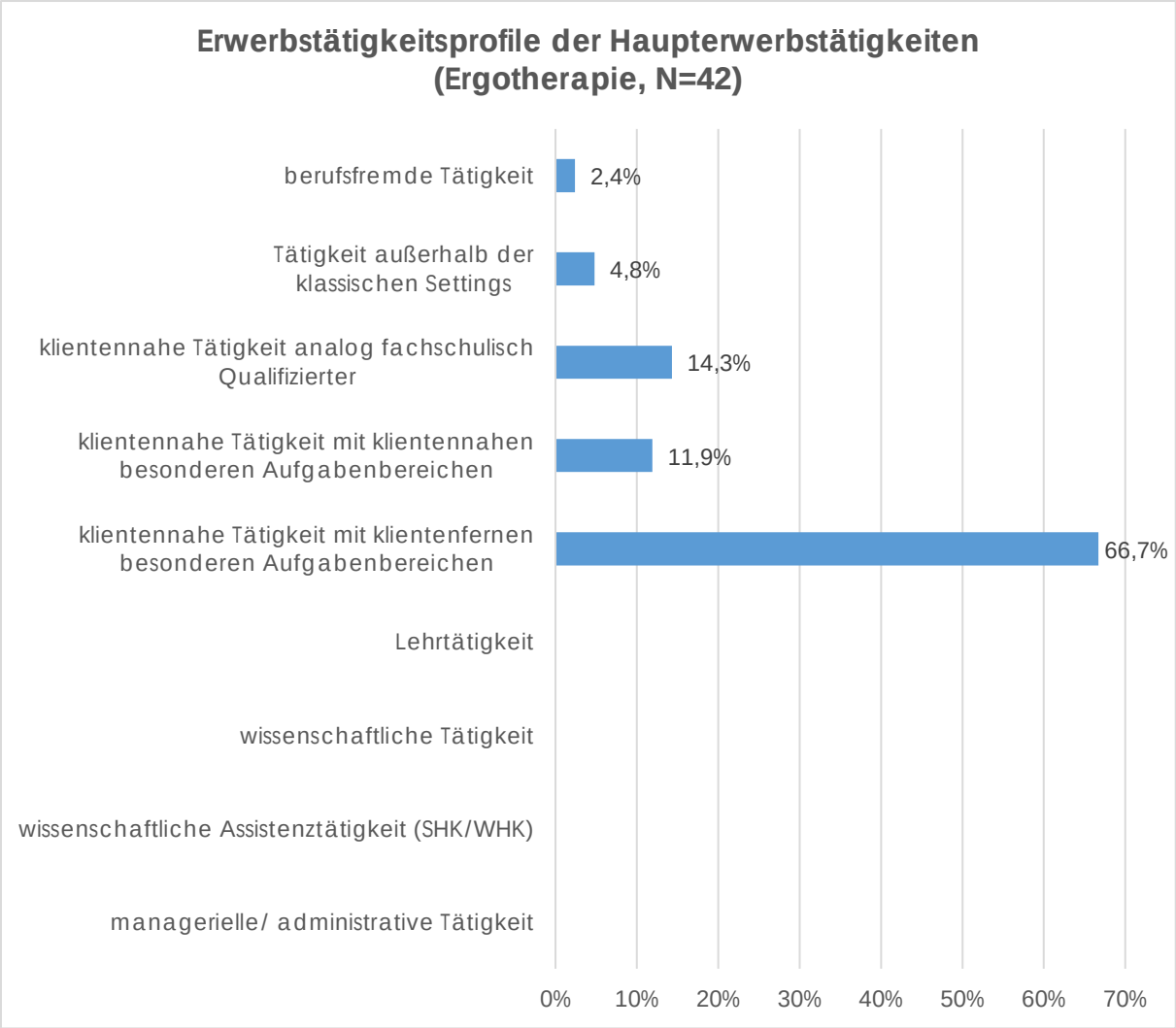


Abbildung 11: Erwerbstätigkeitsprofile der Haupterwerbstätigkeiten (Ergotherapie)

Unter den Absolvent*innen der Logopädie (Abbildung 12) liegt der Anteil der vorwiegend klientennahen Profile bei 86,9%, jede*r zweite Absolvent*in übt eine vorwiegend klientennahe Haupterwerbstätigkeit aus, die durch zusätzliche klientenferne Aufgabenbereiche gekennzeichnet ist (50%). Unter den Haupterwerbstätigkeiten haben vorwiegend klientenferne Erwerbstätigkeitsprofile einen Anteil von etwas über 10% der Haupterwerbstätigkeiten, wobei es sich dabei am häufigsten um wissenschaftliche Tätigkeiten (7,1%) handelt.

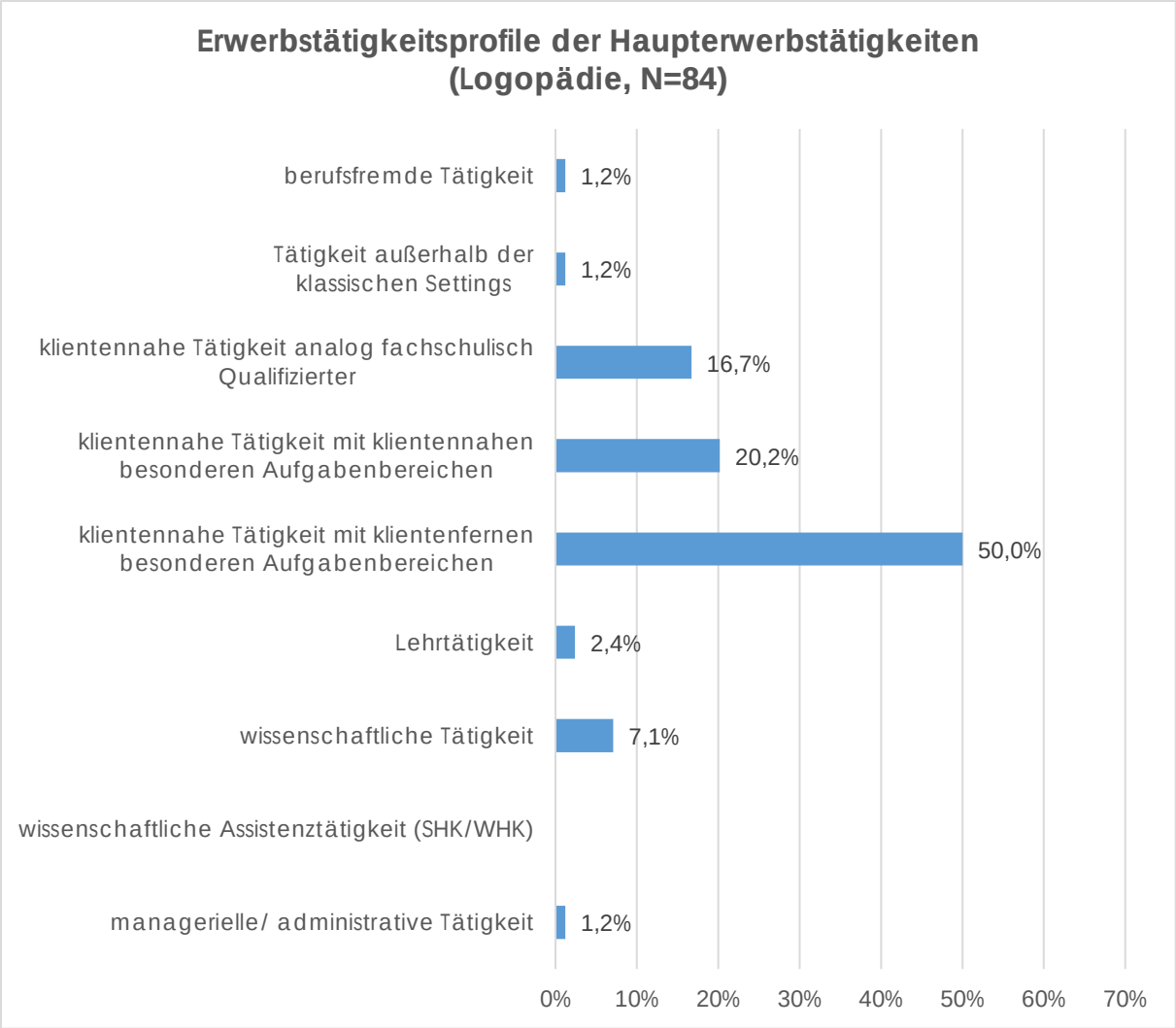


Abbildung 12: Erwerbstätigkeitsprofile der Haupterwerbstätigkeiten (Logopädie)

In der Physiotherapie (Abbildung 13) liegt der Anteil der vorwiegend klientennahen Profile mit 86,5% fast exakt so hoch wie unter den Logopäd*innen, der Anteil der vorwiegend klientennahen Haupterwerbstätigkeiten mit zusätzlichen klientenfernen Aufgabenbereichen ist mit 42,7% unter den therapeutischen Berufsgruppen der niedrigste. Umgekehrt liegt der Anteil der Erwerbstätigkeitsprofile, die sich nicht von jenen der fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen unterscheiden, deutlich höher als in der Ergotherapie und der Logopädie. Bei den vorwiegend klientenfernen Erwerbstätigkeitsprofilen handelt es sich ausnahmslos um wissenschaftliche Tätigkeiten (6,7%).

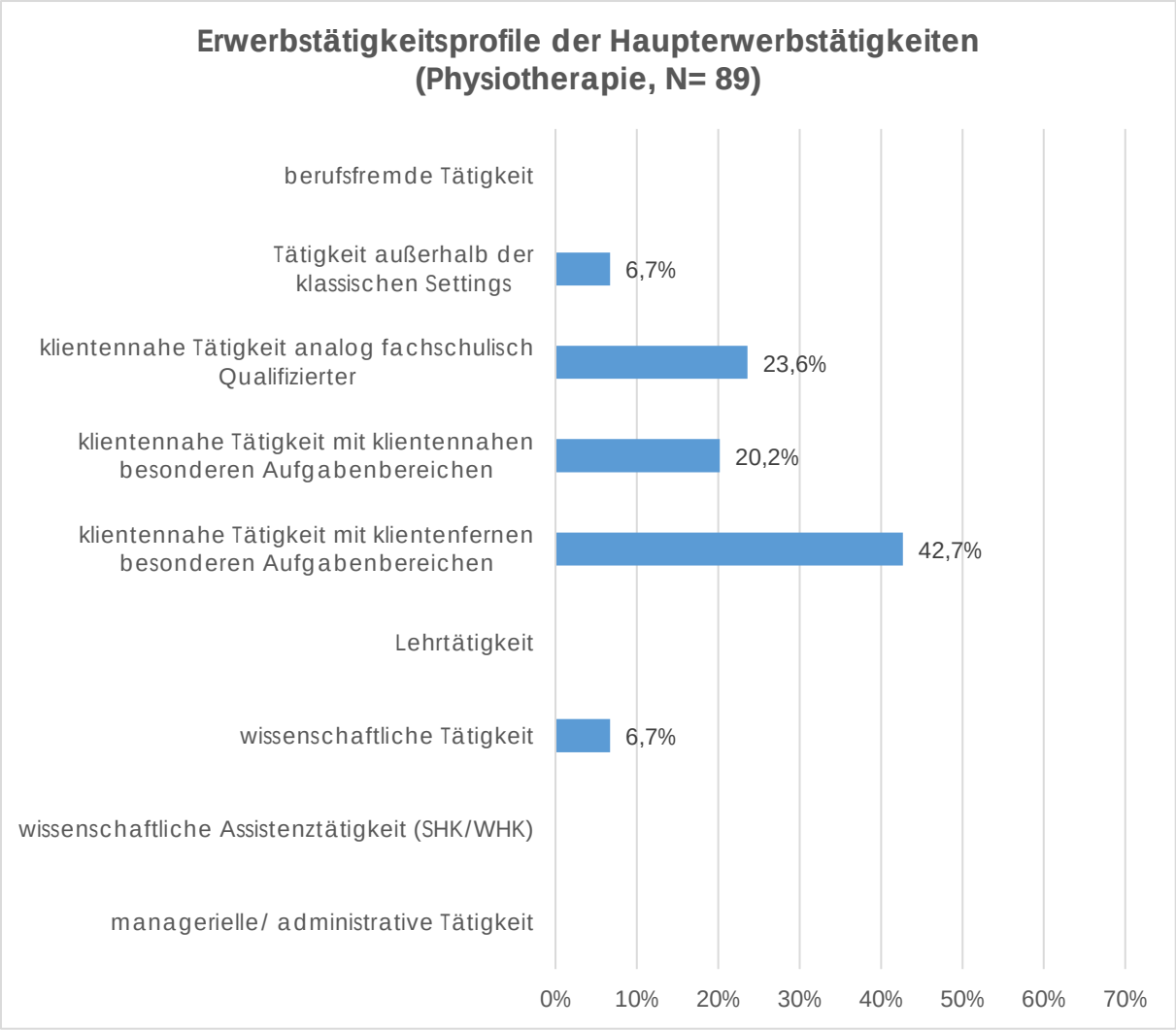


Abbildung 13: Erwerbstätigkeitsprofile der Haupterwerbstätigkeiten (Physiotherapie)

Unter den Hebammen ist der Anteil der Absolvent*innen mit vorwiegend klientennahen Profilen der Haupterwerbstätigkeiten mit 93,3% der höchste der fünf Berufsgruppen (Abbildung 14). Auch hier dominieren vorwiegend klientennahe Profile mit zusätzlichen klientenfernen Aufgabenbereichen (42,7%). Erwerbstätigkeitsprofile, die sich nicht von jenen der fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen unterscheiden, machen 23,6% der Haupterwerbstätigkeiten aus. Klientenferne Erwerbstätigkeitsprofile finden sich als wissenschaftliche Tätigkeit bzw. wissenschaftliche Assistenztätigkeit (je 3,3%, entspricht je einer Person).

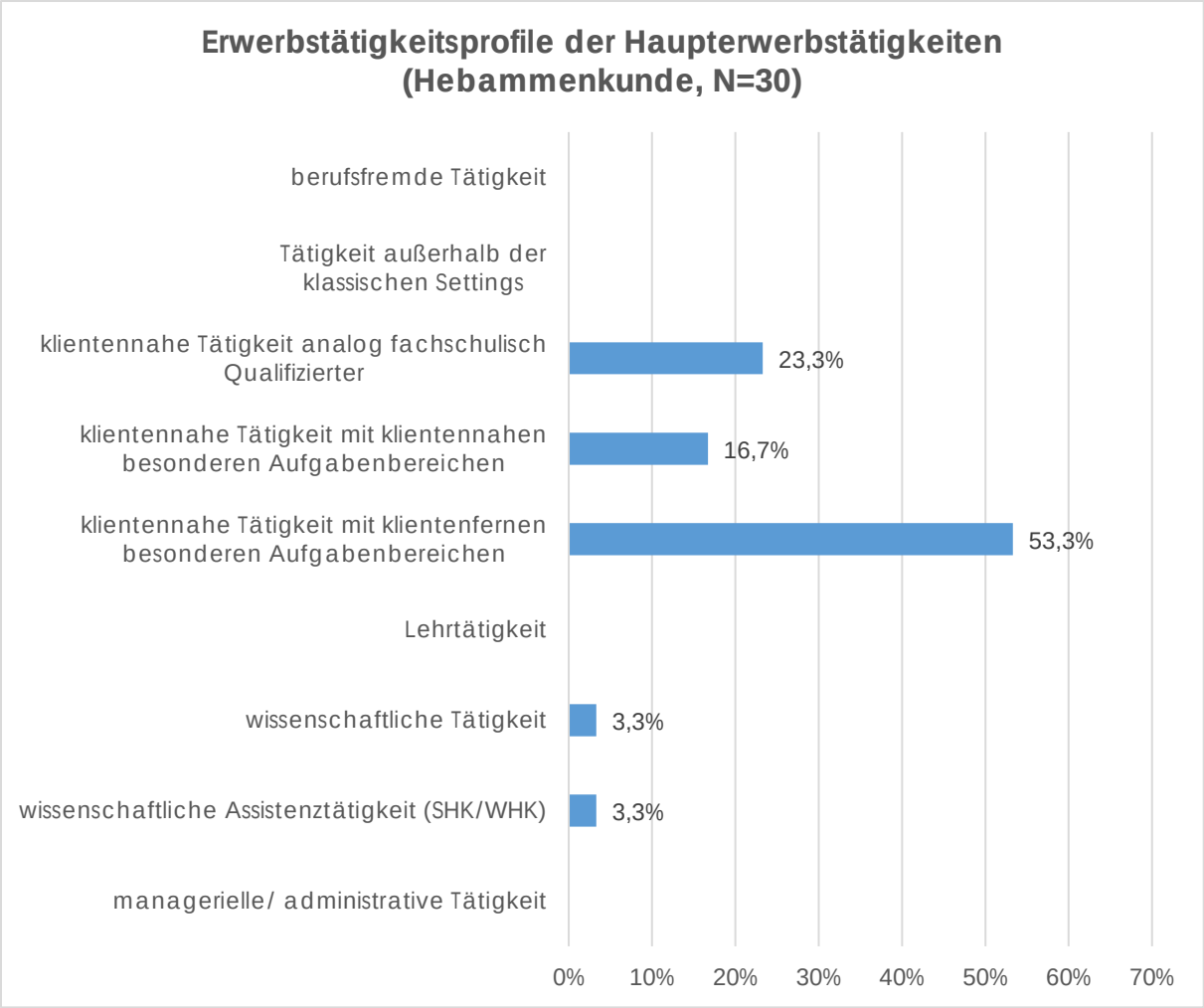


Abbildung 14: Erwerbstätigkeitsprofile der Haupterwerbstätigkeiten (Hebammenkunde)

In der Pflege (Abbildung 15) liegt der Anteil der vorwiegend klientennahen Profile der Haupterwerbstätigkeiten niedriger als in den übrigen Berufsgruppen, aber auch die Absolvent*innen der Pflege arbeiten zu einem sehr hohen Anteil (78,0%) in Haupterwerbstätigkeiten, die vorwiegend durch klientenahe Tätigkeiten gekennzeichnet sind. Allerdings ist der Anteil der Erwerbstätigkeitsprofile, die sich nicht von jenen der fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen unterscheiden, so hoch wie in keiner der anderen Berufsgruppen (28,9%), umgekehrt sind die Anteile klientennaher Profile mit klientennahen respektive klientenfernen zusätzlichen Aufgabenbereichen die niedrigsten der fünf Berufsgruppen. Häufiger als in den anderen Berufsgruppen finden sich klientenferne Profile (zusammen 16,1% der Haupterwerbstätigkeiten), wobei darunter durch managerielle/ administrative Aufgabenbereiche gekennzeichnete Erwerbstätigkeiten den größten Anteil aufweisen (6,4%). Dieses Profil findet sich außerhalb der Berufsgruppe Pflege nur bei einer/m Absolvent*in der Logopädie. Auch durch Lehrtätigkeit gekennzeichnete Haupterwerbstätigkeiten (2,8%) finden sich neben den Pflegenden nur unter den Logopäd*innen. Wissenschaftliche (Assistenz-)

Tätigkeiten haben mit zusammen 7,4% einen vergleichbaren Anteil wie in den übrigen Berufsgruppen (mit Ausnahme der Ergotherapie).

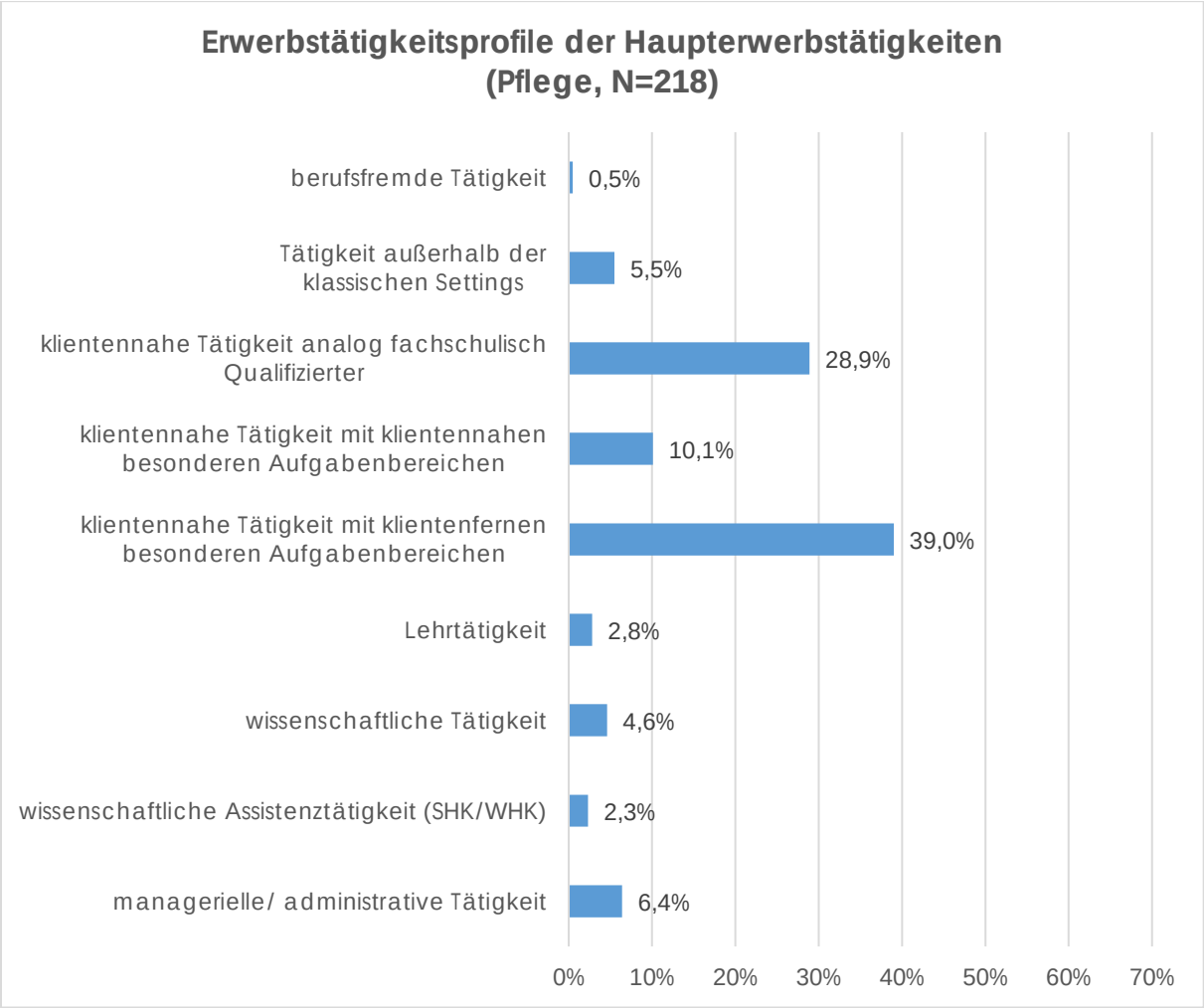


Abbildung 15: Erwerbstätigkeitsprofile der Haupterwerbstätigkeiten (Pflege)

Betrachtet man ausschließlich jene Haupterwerbstätigkeiten mit vorwiegend klientennahem Profil (Abbildung 16) so zeigt sich, dass unter den Absolvent*innen mit diesen Erwerbstätigkeitsprofilen in der Pflege der Anteil jener, die sich in ihren Aufgabenbereichen nicht von fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen unterscheiden, besonders hoch ist (37,1% der vorwiegend klientennahen Haupterwerbstätigkeiten). In der Ergotherapie wiederum liegt der Anteil der Absolvent*innen, die zusätzlich klientenferne Aufgabenbereiche übernehmen (71,8%), deutlich höher als in den anderen Berufsgruppen. Vorwiegend klientennahe Erwerbstätigkeiten, bei denen zusätzlich klientennahe Aufgabenbereiche im Vergleich zu den jeweiligen Fachkolleg*innen verstärkt übernommen werden, sind unter den Absolvent*innen der Physiotherapie und der Logopädie (23,4% bzw. 23,3%) häufiger vertreten als in den anderen Berufsgruppen.

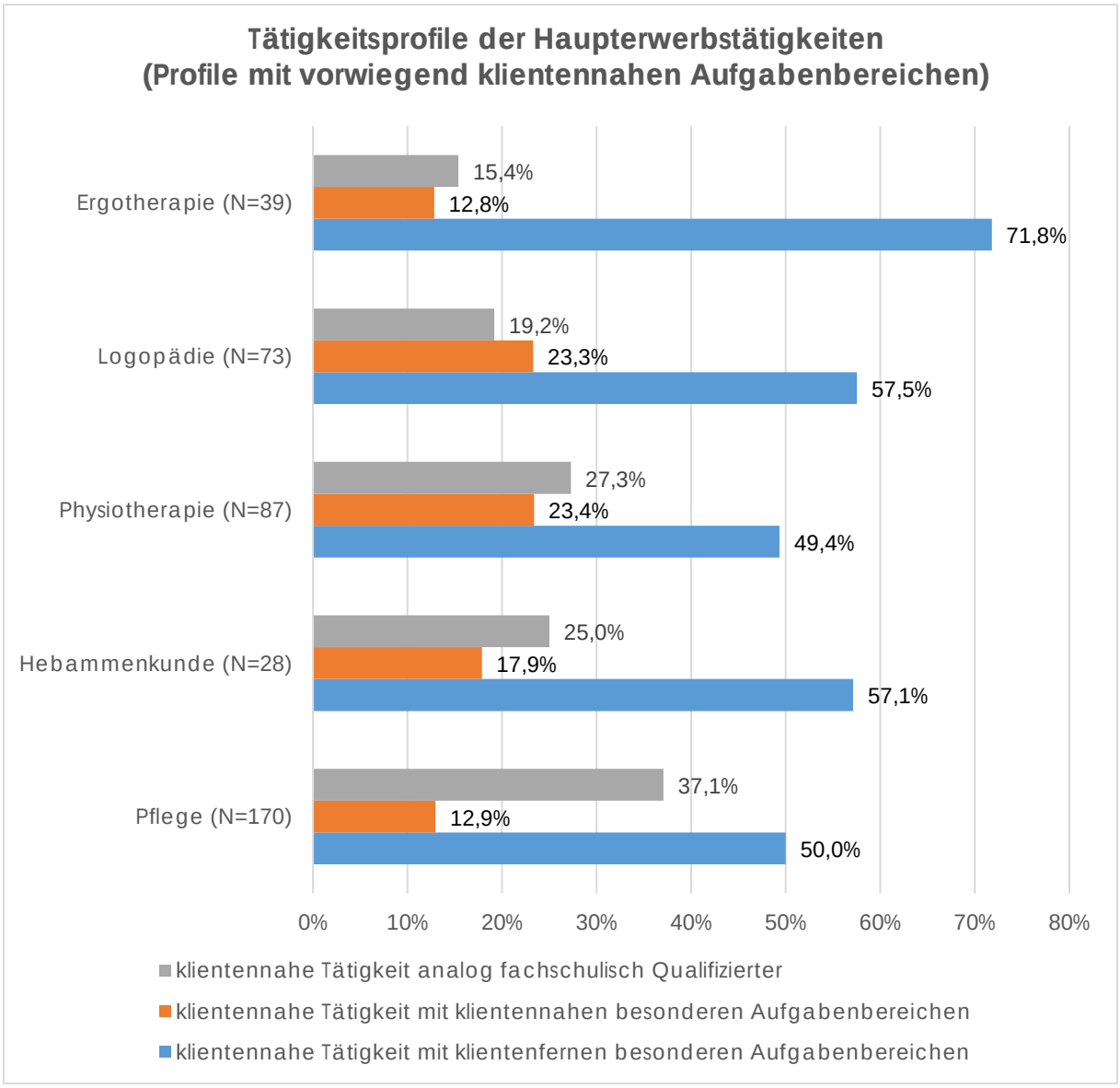


Abbildung 16: Anteile innerhalb der Erwerbstätigkeitsprofile mit vorwiegend klientennahen Aufgabenbereichen nach Studienrichtung

Die früheren Abschlusskohorten der Absolvent*innen üben zu geringeren Anteilen Haupterwerbstätigkeiten aus, die sich mit den drei klientennahen Profilen kennzeichnen lassen. Liegt der Anteil bei den zwei jüngsten Abschlussjahrgängen knapp über 90% so sinkt er bei den Absolvent*innen, die ihren Bachelor im Wintersemester 2014/2015 bzw. im Sommersemester 2015 erworben haben, auf 76,6% und in der ersten Abschlusskohorte auf 67,1% (Abbildung 17). Allerdings ist festzustellen, dass auch in dieser Kohorte noch zwei Drittel der Befragten eine klientennahe Haupterwerbstätigkeit ausüben.

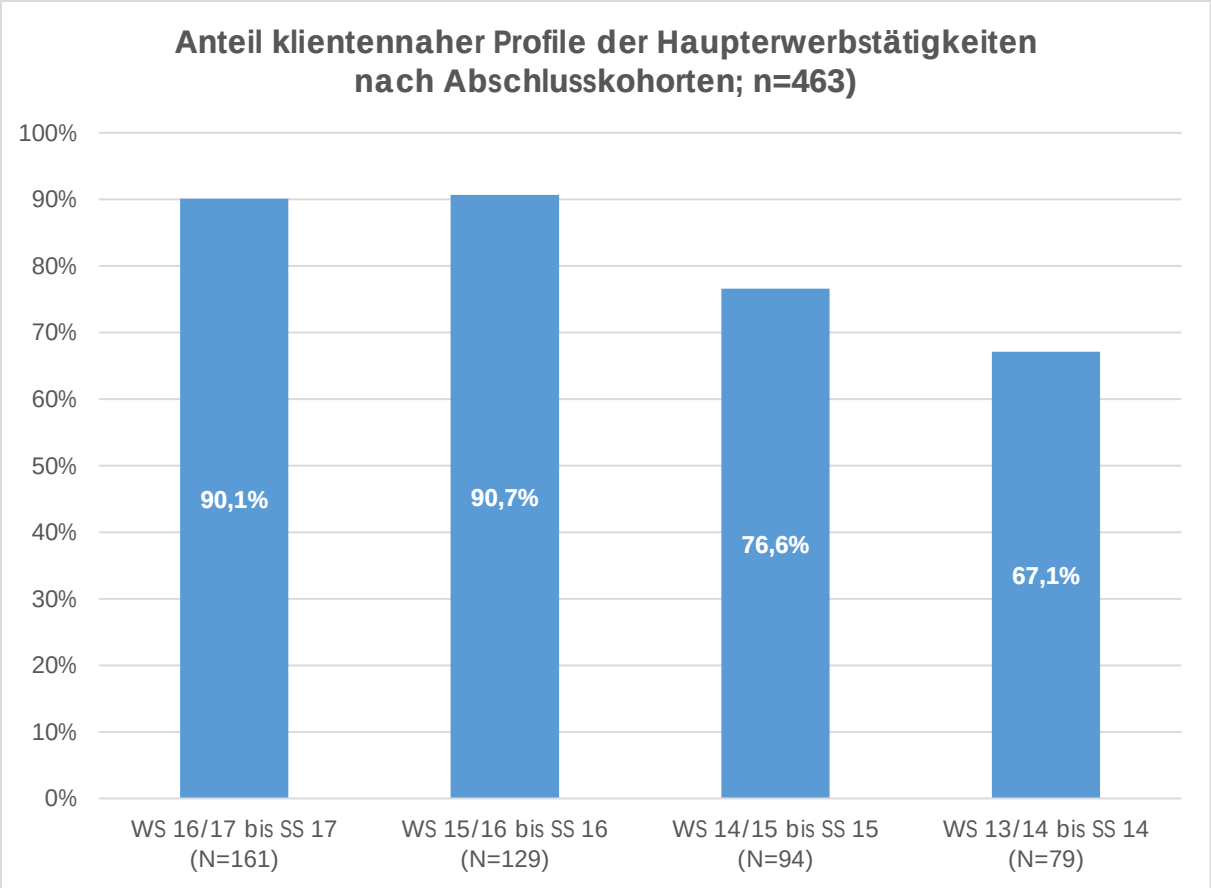


Abbildung 17: Anteil klientennaher Profile der Haupterwerbstätigkeiten nach Abschlusskohorten

3.2.1.4 BESONDERE AUFGABENBEREICHE DER ABSOLVENT*INNEN

Für jede angegebene Erwerbstätigkeit wurde erfragt, ob und welche Aufgabenbereiche die Absolvent*innen über das Maß hinaus übernehmen, in dem dies die übrigen Fachpersonen in der gleichen Berufsgruppe in ihrem beruflichen Umfeld tun. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die jeweilige Haupterwerbstätigkeit.

Zu diesen Aufgaben zählt in allen Berufsgruppen in hohem Maße die Beratung. Mehr als die Hälfte der Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen und Hebammen geben an, dass sie Beratungsaufgaben über das Maß ihrer Berufskolleg*innen hinaus übernehmen. Unter den Physiotherapeut*innen und Pflegenden sind dies jeweils knapp 40% (Abbildung 18). Aufgaben im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit werden von den Absolvent*innen ebenfalls in einem höheren Ausmaß als von ihren Berufskolleg*innen übernommen, wobei sich hier zwischen den Studienrichtungen deutliche Unterschiede zeigen. Unter den Ergotherapeut*innen und Logopäd*innen übernehmen ca. zwei Drittel der Befragten verstärkt solche Aufgaben, unter Physiotherapeut*innen und Hebammen gibt dies jede*r Zweite an, bei den Pflegenden jede*r Dritte (Abbildung 20). Zwischen 14,8% (Pflege) und 23,6% (Physiotherapie) der Befragten übernehmen auch in stärkerem Maße als ihre

Berufskolleg*innen Aufgaben anderer, nicht-ärztlicher Berufsgruppen. Ärztliche Aufgaben hingegen übernimmt nur in der Hebammenkunde und der Pflege ein größerer Anteil der Befragten (17,2% bzw. 17,6%) über das Maß der Berufskolleg*innen hinaus.

Aufgaben aus dem Bereich wissenschaftlicher Recherche übernimmt knapp ein Drittel der Logopäd*innen und Hebammen und knapp ein Viertel der Physiotherapeut*innen und Pflegenden in höherem Maße als ihre Berufskolleg*innen. In der Ergotherapie liegt der Anteil mit 17,1% niedriger. In dieser Berufsgruppe werden besonders häufig Aufgaben im Zusammenhang mit Projektarbeit/ Praxisprojekten (39,0%) sowie Konzeptentwicklung (31,7%) übernommen. Aufgaben der Konzeptentwicklung übernehmen in den übrigen Berufsgruppen zwischen 16,9% (Logopädie) und 22,7% (Pflege). An Projektarbeit/ Praxisprojekten sind 21,3-25,5% der Logopäd*innen, Physiotherapeuten und Pflegenden beteiligt, wohingegen nur 6,9% der Hebammen solche Aufgaben übernehmen (Abbildung 18).

Seltener werden von den Absolvent*innen Leitungsaufgaben, Case Management und Forschungsaufgaben übernommen bzw. nicht über das Maß ihrer Berufskolleg*innen hinaus.

Aufgaben im Bereich Qualitätsmanagement/ Qualitätssicherung (Abbildung 18) werden besonders häufig in der Berufsgruppe der Hebammen übernommen (41,4%), in der Physiotherapie nur von 7,9%, in den anderen Berufsgruppen liegt der Anteil um 20%.

Ungefähr jede*r fünfte Befragte unter den Physiotherapeut*innen, Hebammen und Pflegenden gab an, in höherem Maße als seine Berufskolleg*innen Aufgaben der Prozesssteuerung (Abbildung 20) zu übernehmen, in der Ergotherapie und der Logopädie lag dieser Anteil unter 10%. Unter diesen Berufsgruppen, sowie in der Pflege, werden von ca. 20% der Befragten Aufgaben der Evaluierung übernommen, unter Physiotherapeut*innen und Hebammen liegt der Anteil bei ca. 14%.

Aufgaben der Praxisanleitung (Abbildung 19) spielen in der Ergotherapie und der Hebammenkunde (24,1% bzw. 24,4%) eine stärkere Rolle als in den anderen Berufsgruppen, Aufgaben im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung werden vor allem in der Pflege verstärkt übernommen.

Aufgaben im Zusammenhang mit klinischer Expertise für komplexe Versorgungssituationen nimmt unter den Logopäd*innen und den Physiotherapeut*innen jede*r Vierte über das unter den Berufskolleg*innen übliche Maß hinaus wahr, in den übrigen Berufsgruppen liegt dieser Anteil zwischen 10% und 14% (Abbildung 20).

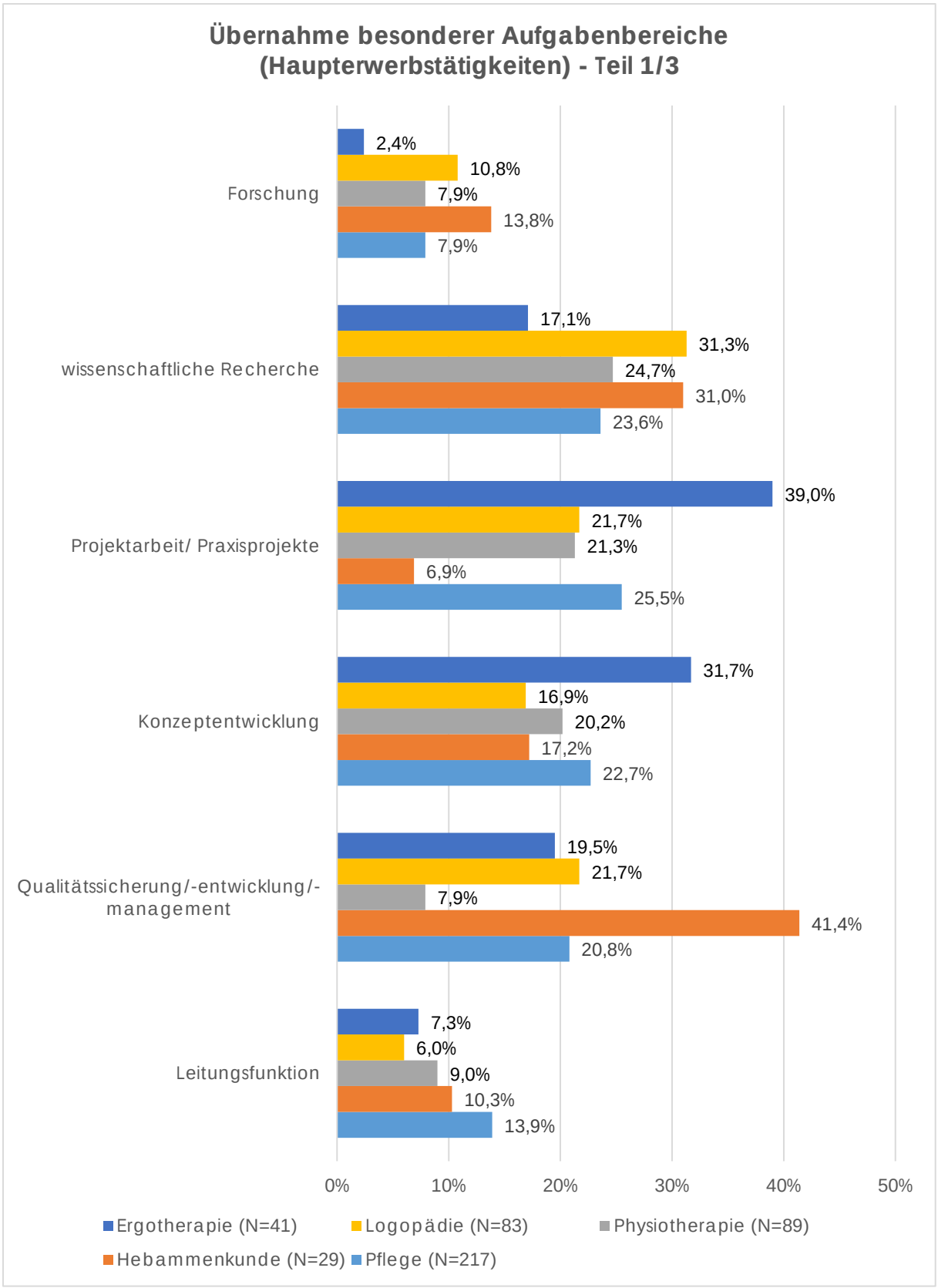


Abbildung 18: Übernahme besonderer Aufgabenbereiche im Rahmen der Haupterwerbstätigkeiten - Teil 1/3

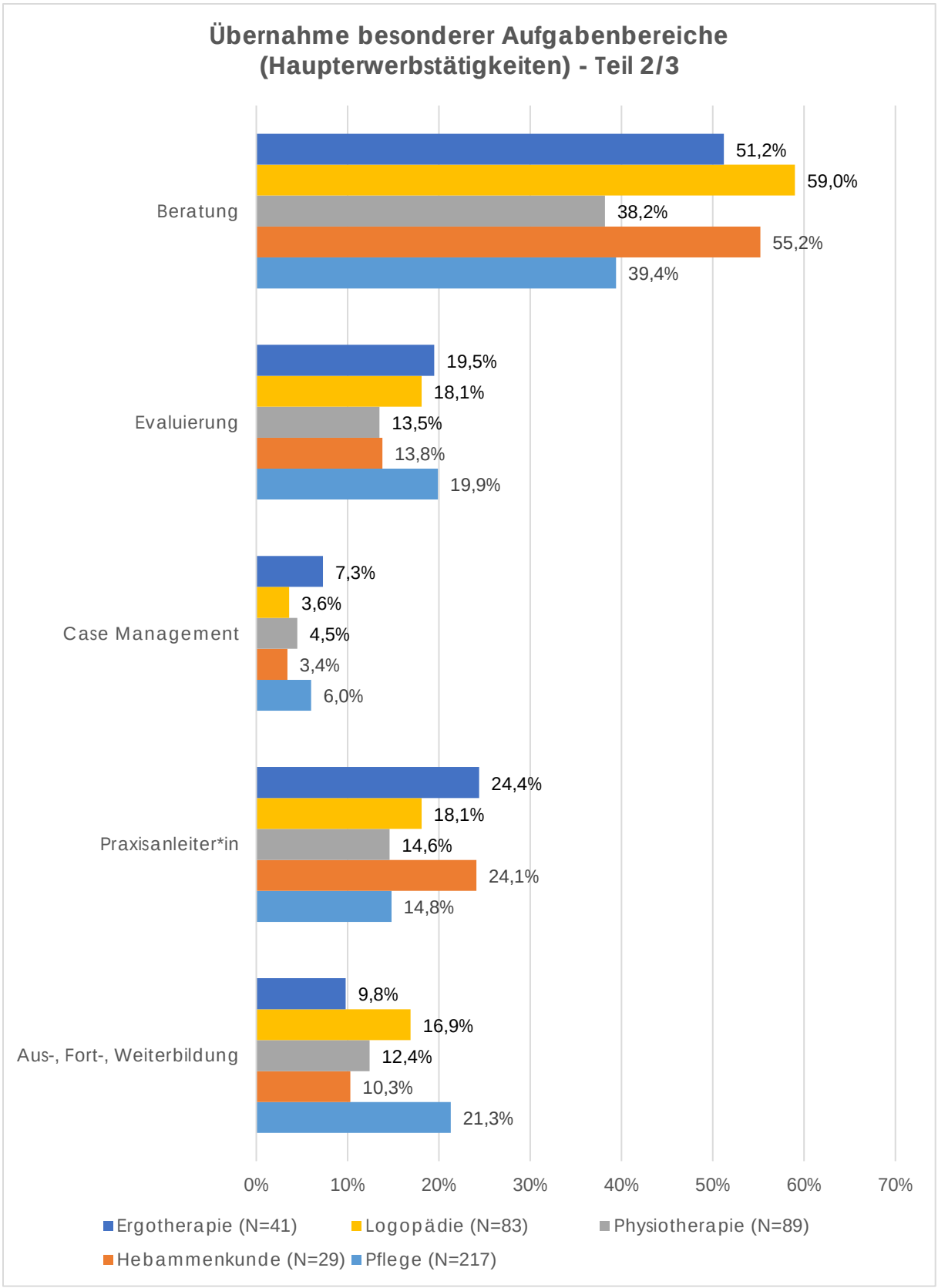


Abbildung 19: Übernahme besonderer Aufgabenbereiche im Rahmen der Haupterwerbstätigkeiten - Teil 2/3

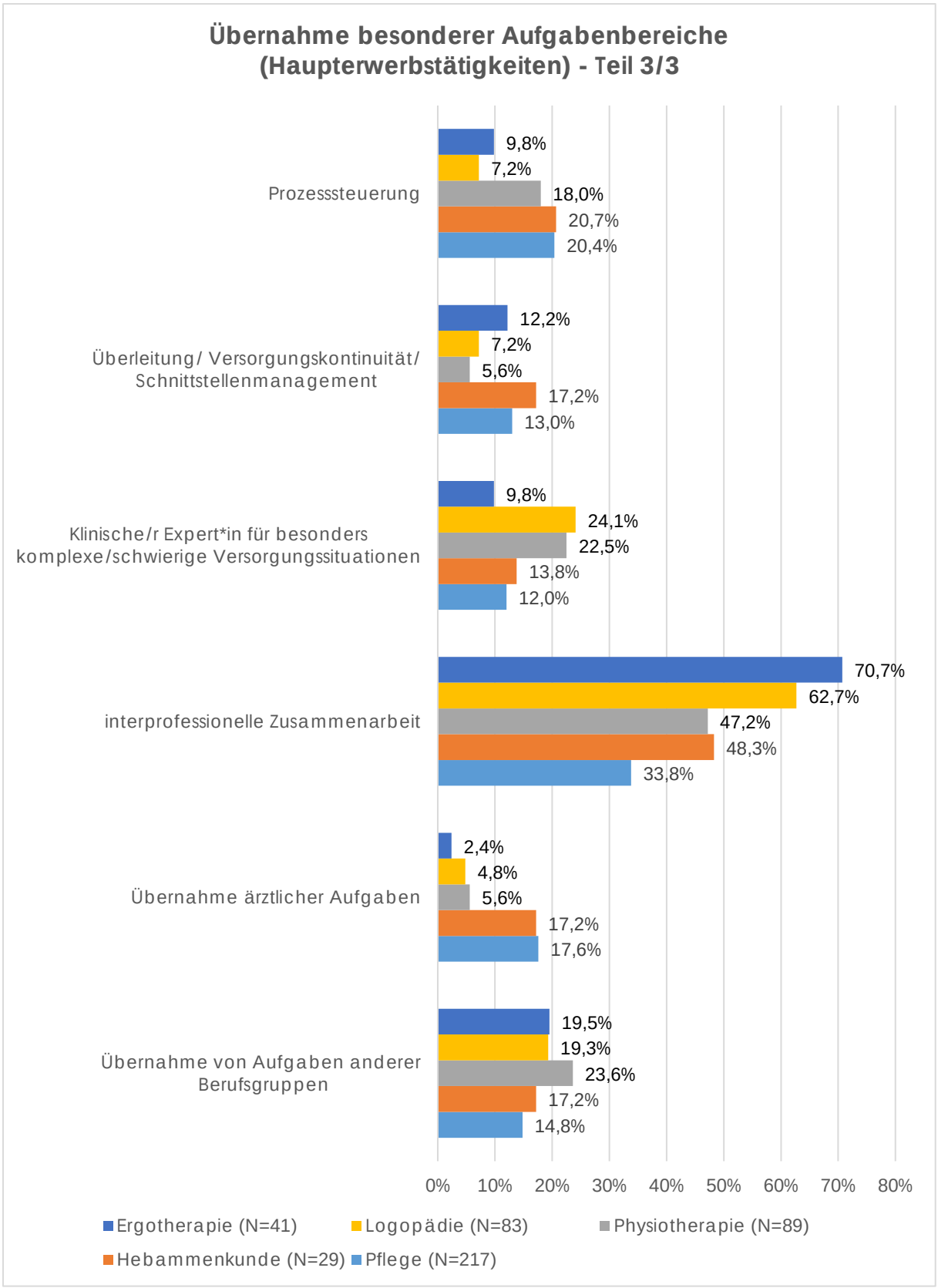


Abbildung 20: Übernahme besonderer Aufgabenbereiche im Rahmen der Haupterwerbstätigkeiten - Teil 3/3

Aus den qualitativen Interviews wurden hinsichtlich der Unterschiede der Aufgabenbereiche zwischen den Absolvent*innen und ihren fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen die zwei Oberkategorien „keine anderen Aufgaben als fachschulisch qualifizierte Kolleg*innen“ und „Übernahme weiterer Aufgaben“ aus dem Datenmaterial herausgearbeitet, die in mehrere Unterkategorien untergliedert sind (Tabelle 14).

Tabelle 14: Unterschiede in den Aufgabenbereichen zwischen Absolvent*innen und fachschulisch ausgebildeten Kolleg*innen

Oberkategorie		Unterkategorie	
1	**keine anderen Aufgaben als fachschulisch qualifizierte Kolleg*innen**	1.1	keine anderen Aufgaben vorgesehen
		1.2	besondere Aufgabenbereiche sind vorgesehen, werden jedoch nicht umgesetzt
2	**Übernahme weiterer Aufgaben**	2.1	Übernahme von Leitungsaufgaben
		2.2	Freiwillige Übernahme weiterer Aufgabenbereiche
		2.3	Freistellung für Literaturrecherchen oder Projektarbeit
		2.4	Qualitätsmanagement*
*= Unterkategorie beruht auf einer Einzelaussage			

Die Absolvent*innen berichten häufig, dass sie keine anderen Aufgaben übernehmen als ihre fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen. Teilweise waren zusätzliche Aufgabenbereiche für die Absolvent*innen vorgesehen, welche jedoch dann nicht ausgeübt wurden, wodurch sich dann auch keine wahrnehmbaren Unterschiede in den Aufgabenbereichen zeigen.

> *„Oder es war mal angedacht, dass wir Studien in einer Art und Weise auswerten und das dann im Krankenhaus anzuwenden. Aber momentan ist irgendwie alles so ein bisschen eingeschlafen.“ [ID_18:42_pflege]*

Wenn für die Absolvent*innen keine weiteren Aufgabenbereiche vorgesehen sind, ergreifen einige Absolvent*innen selbst die Initiative, indem sie auf freiwilliger Basis weitere Aufgabenbereiche übernehmen.

> *„Also es werden keine anderen Aufgaben von mir in dem Sinne gefordert, aber aus eigenem Interesse heraus versuche ich eben, wie ich vorhin schon sagte, die Prozessentwicklung mitzugestalten in der Praxis.“ [ID_2:125_ergo]*

Anderen Absolvent*innen werden Leitungsaufgaben übertragen, die ihre fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen nicht ausüben. Hierin kann ein Unterschied in den Aufgabenbereichen gesehen werden.

„Obwohl ich zu dem Zeitpunkt sogar die Jüngste in der Praxis war, habe ich die stellvertretende Leitung angeboten bekommen.“ [ID_11:86_ergo]

Ein weiterer Aufgabenbereich, in dem sich die Absolvent*innen von ihren fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen unterscheiden, betrifft die Durchführung von Literaturrecherchen. Die Absolvent*innen berichten von Freistellungen von ihrer Tätigkeit in der klientennahen Versorgung, um nach wissenschaftlichen Studien oder Leitlinien zu recherchieren. Hierfür sind festgelegte Zeiträume vorgesehen, die die Absolvent*innen für die Recherche nutzen können. Die Übernahme dieses Aufgabenbereichs kann sich auch aus der Mitarbeit in einem Projekt ergeben. Eine Absolventin benannte das Qualitätsmanagement als einen Aufgabenbereich, in dem ihre fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen nicht tätig sind. Ihre Kolleg*innen ermutigten die Absolventin dazu, diesen Aufgabenbereich zu übernehmen, da ihr die damit verbundenen Tätigkeiten besser als ihnen bekannt seien und die Absolventin somit gut für die Übernahme dieses Aufgabenbereichs geeignet sei.

3.2.1.5 UNTERSCHIEDE IN DER ARBEITSWEISE ZU FACHSCHULISCH QUALIFIZIERTEN KOLLEG*INNEN

Die Unterschiede, die die Absolvent*innen in ihrer Arbeitsweise im Vergleich zu ihren fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen in den qualitativen Interviews benannten, ließen sich in die drei Oberkategorien „höheres Maß an Reflexion und kritischem Hinterfragen“, „Planung und Durchführung klientennaher Tätigkeiten“ und „Arbeitsweise unterscheidet sich nicht“ unterteilen. Die zweite Oberkategorie konnte zudem in vier Unterkategorien unterteilt werden.

Tabelle 15: Unterschiede in der Arbeitsweise zwischen Absolvent*innen und fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen

Oberkategorie		Unterkategorie	
1	**höheres Maß an Reflexion und kritischem Hinterfragen**		
2	**Planung und Durchführung klientennaher Tätigkeiten**	2.1	Stärkere Fallorientierung
		2.2	Standardisierte Tests zur Diagnostik werden häufiger angewendet
		2.3	Fokus auf der Anwendung evidenzbasierter Maßnahmen
		2.4	differenzierte Dokumentation
3	**Arbeitsweise unterscheidet sich nicht**		

Die Absolvent*innen schreiben sich ein höheres Maß an Reflexion bezüglich verschiedener Aspekte ihrer beruflichen Tätigkeit zu. Sie sehen in der Reflexionsfähigkeit einen deutlichen

Unterschied zu ihren fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen. So hinterfragen sie die in der beruflichen Praxis etablierten Prozesse und Strukturen. Sie gleichen ihr im Bachelorstudium erworbenes aktuelles wissenschaftliches Wissen mit den in der beruflichen Praxis praktizierten Tätigkeiten ab.

> *„Ich denke aber schon, dass ich Dinge nicht einfach unreflektiert mache und anwende. Da ist einfach, dass ich dann mich schon frage, also, ist das jetzt noch up-to-date, was gesagt wird? Sind die Richtlinien und Vorgaben, die es bei uns gibt, so, dass sie mit dem neuesten-, auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand sind? Also, das hinterfrage ich eher." [ID_14:104_pflege]*

Auch in Bezug auf etablierte Interventionen reflektieren sie kritisch, ob die von ihnen durchgeführten Interventionen sinnvoll sind. Wenn sich die Absolvent*innen bei der Durchführung nicht sicher fühlen, hinterfragen sie diese und recherchieren im Zweifelsfall erneut.

> *„Und ich glaube, dass ich vielleicht Intervention eher hinterfragt habe, wenn ich nicht 100 prozentig ja, überzeugt war. Eher noch etwas hinterfragen, eher nochmal was nachlesen, nachschauen." [ID_17:132_pflege]*

Weitere Unterschiede in der Arbeitsweise sind unter der Oberkategorie „Planung und Durchführung klientennaher Tätigkeiten" zusammengefasst. Die Absolvent*innen betonen, sich in hohem Maß an den Gegebenheiten des jeweils individuellen Falls zu orientieren und somit auf die Bedürfnisse der Klient*innen eingehen zu können. Dies stellt für die Absolvent*innen einen wahrnehmbaren Unterschied in der Arbeitsweise dar. Die stärkere Fallorientierung zeigt sich in einer umfangreichen Kommunikation mit den Klient*innen und in dem Bewusstsein, dass auch die Meinung der Klient*innen für die Auswahl der geeigneten Therapie von hoher Relevanz ist.

> *„Dass das im Studium schon intensiv uns an die Hand gegeben wurde zu sagen, wir sollen mit den Patienten sprechen und die Patienten sind eigenständige Persönlichkeiten, sind Experten und die sollen auch selber mitentscheiden. Also das verfolge ich intensiv und ich denke, das ist auch wirklich ein Unterschied." [ID_2:147_ergo]*

Die ausgeprägte Orientierung an dem jeweiligen Fall erfordert es, flexibel und lösungsorientiert vorzugehen. Die Absolvent*innen beschreiben, sich in diesen Kompetenzen von ihren fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen zu unterscheiden. Im Bachelorstudium wurden sie auf flexibles und lösungsorientiertes Vorgehen vertieft vorbereitet.

„Und ich glaube, das ist das, was ich mitgebracht habe, was vielleicht jemand mit einer Ausbildung nicht so mitbringt. Also halt auf jegliche Situation flexibel zu reagieren, ohne ein konkretes Handlungsschema im Kopf zu haben.“ [ID_11:71_ergo]

Die Anwendung standardisierter Tests zur Diagnostik stellt ebenfalls einen Unterschied in der Arbeitsweise dar, von dem die Absolvent*innen in den Interviews berichten. Für sie ist es von hoher Relevanz, standardisierte Tests anzuwenden, da im Bachelorstudium der Mehrwert dieser Verfahren betont wurde. Die fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen setzen nach Ansicht der Absolvent*innen solche Tests eher selten ein und weisen ein sich von dem Vorgehen der Absolvent*innen unterscheidendes Verhalten auf.

Ein anderer, aber vom Prinzip ähnlich gelagerter Unterschied ist in der Arbeitsweise der Sensibilisierung der Absolvent*innen für die Anwendung evidenzbasierter Maßnahmen zu sehen. Den Absolvent*innen ist es wichtig, wissenschaftlich überprüfte und wirksame Interventionen in die berufliche Praxis zu integrieren.

„Aber mir ist aufgefallen, dass gerade die, die aus der Ausbildung kommen oder an einer Schule waren, dass die sehr veraltete Methoden anwenden. Also, wie zum Beispiel Mundmotorische Übungen bei Aussprachestörungen. Was halt seit Jahren, seit 2015 glaube ich, schon bewiesen ist, in Studien, dass das halt nichts bringt. Genau, das fällt sehr stark auf.“ [ID_36:56_log]

Die „differenzierte Dokumentation“ stellt einen letzten Unterschied in der Arbeitsweise dar, der aus den Interviews herausgearbeitet wurde. Die Absolvent*innen achten darauf, die auf die Dokumentation verwendete Zeit so effizient wie möglich zu nutzen. Eine Absolventin stellt fest, dass ihre fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen teilweise viel Zeit mit der Dokumentation zubringen. Sie hingegen fasse sich kürzer, um die Zeit effizienter zu nutzen. Auch beobachtete eine Absolventin, dass ihre fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen lediglich ihr eigenes Handeln dokumentieren, dabei jedoch eher nicht den gesundheitlichen Status ihrer Klient*innen verschriftlichen. Dies stelle einen Unterschied in der Arbeitsweise für die Absolventin dar.

In der dritten Oberkategorie wurden die Aussagen der Absolvent*innen subsummiert, die keinen Unterschied in der Arbeitsweise zwischen akademisch und fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen wahrnehmen.

„Und ich glaube nicht, dass die akademische Ausbildung einen gänzlich anderen Therapeuten formt. Dazu, glaube ich, ist der Beruf zu sehr ein Handwerk, wo man dann doch die gleichen Sachen macht.“ [ID_4:87_phy]

3.2.1.6 UMFANG DER BERUFLICHEN TÄTIGKEIT

In der Summe ihrer gleichzeitig ausgeübten aktuellen Erwerbstätigkeiten liegt der Median der vertraglich vereinbarten (bzw. bei Selbstständigkeit: der geplanten) wöchentlichen Arbeitszeit im Bereich einer Vollzeitstelle bzw. nur geringfügig darunter (je nach Berufsgruppe zwischen 36,0 und 38,8 Stunden, (Abbildung 21). Die Hebammen, welche den größten Anteil an Absolvent*innen mit mehreren parallel ausgeübten Erwerbstätigkeiten aufweisen, arbeiten mehr Stunden im Rahmen von Nebenerwerbstätigkeiten, dementsprechend arbeiten sie im Rahmen ihrer Haupterwerbstätigkeit im Median mit einem deutlich niedrigeren Beschäftigungsumfang (29,5 Wochenstunden) als die übrigen Berufsgruppen. Im arithmetischen Mittel liegen die Wochenstunden in allen Berufsgruppen etwas niedriger.

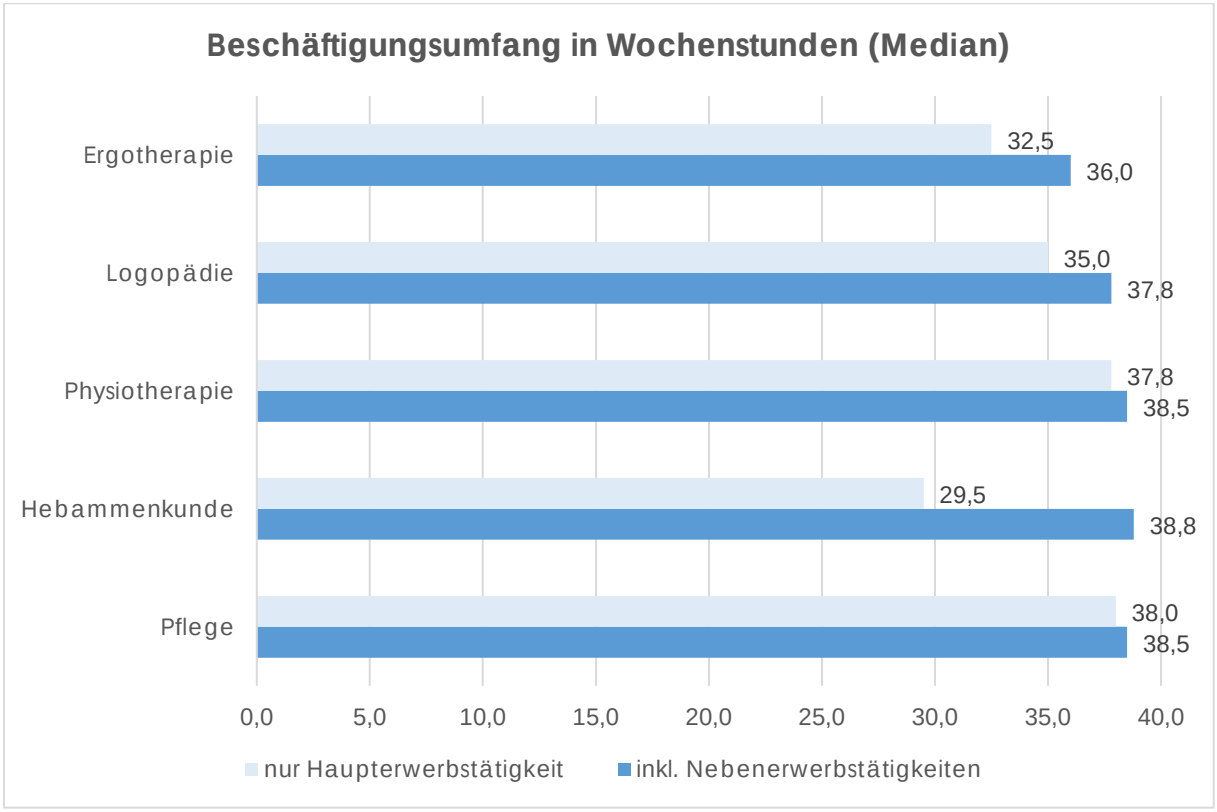


Abbildung 21: Beschäftigungsumfang der Erwerbstätigkeiten (Median)

3.2.1.7 VERGÜTUNG DER ABSOLVENTINNEN

Um die Vergütung der Absolvent*innen in Beziehung zu ihrem Beschäftigungsumfang zu setzen, eignet sich als Maß der Brutto-Stundenlohn. Der Median liegt hier in der Ergotherapie bei EUR 14,86, in der Logopädie bei EUR 14,51, in der Physiotherapie bei EUR 14,96, in der Hebammenkunde bei EUR 20,11 und in der Pflege bei EUR 17,30, jeweils bezogen auf die Haupterwerbstätigkeit. Die Streuung der Bruttolöhne verdeutlichen die Boxplots in Abbildung 22.

Die auffallend niedrigen Stundenlöhne im Bereich <10 Euro lassen sich inhaltlich erklären. So handelt es sich unter anderem um Erwerbstätigkeiten als studentische Hilfskraft, in einem Fall auch um eine Person, die sich in einem Ausbildungsverhältnis in einem Handwerksberuf befindet und in der Haupterwerbstätigkeit eine Ausbildungsvergütung bezieht.

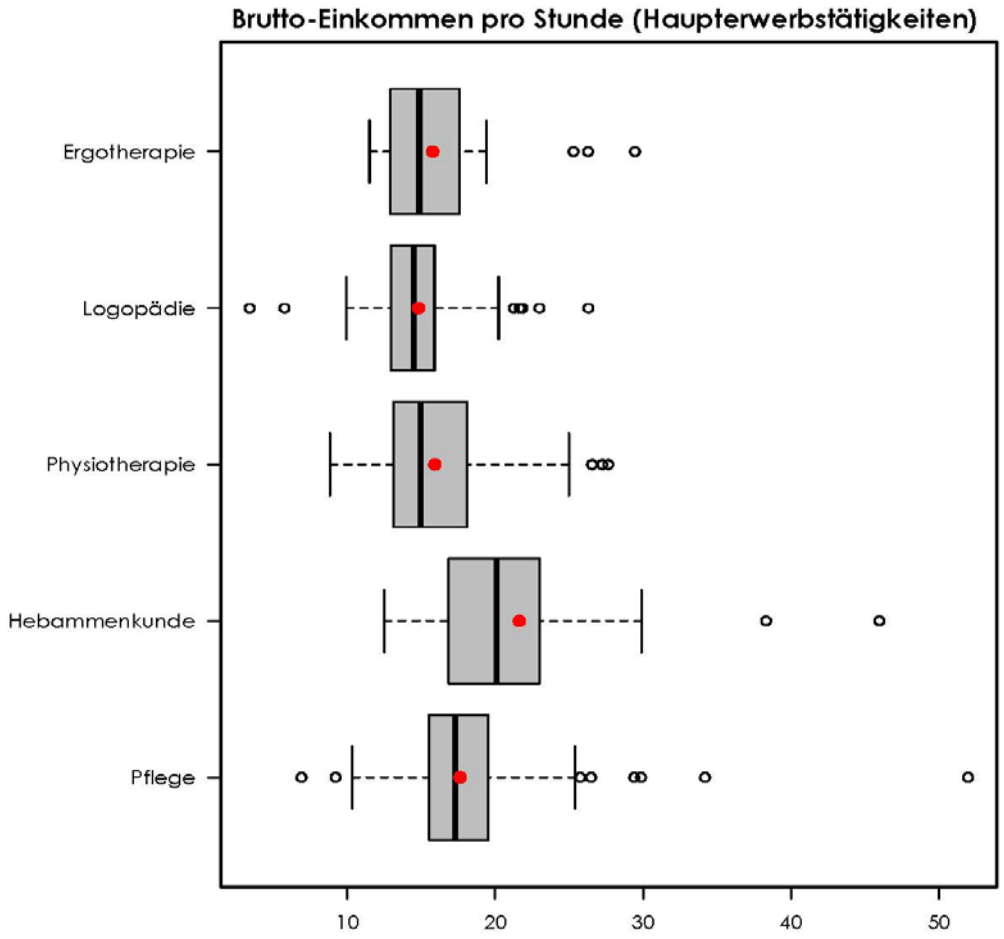


Abbildung 22: Brutto-Stundenlohn nach Berufsgruppen in Euro (Haupterwerbstätigkeiten)[4]

Bezogen auf eine Vollzeiterwerbstätigkeit (40h/ Woche) entsprechen die dargestellten Stundenlöhne im Median einem Bruttomonatseinkommen von EUR 2.585,71 in der Ergotherapie, EUR 2.525,00 in der Logopädie, EUR 2.603,13 in der Physiotherapie, EUR 3.498,82 in der Hebammenkunde und EUR 3.010,16 in der Pflege (Tabelle 16). Insbesondere unter den Hebammen ist die Streuung der Bruttoeinkommen allerdings verhältnismäßig hoch.

[4] Erläuterung zur **Boxplot-Abbildung**: Die **graue Box** stellt den Wertebereich der mittleren 50% der Befragten dar (Interquartilsabstand), die dicke **schwarze Linie** den Median und der **rote Punkt** das arithmetische Mittel. Die **Antennen (Whisker)** kennzeichnen den Bereich des 1,5-fachen Interquartilsabstands unterhalb des 25% Perzentils bzw. oberhalb des 75% Perzentils. Darüber bzw. darunterliegende Werte sind als Ausreißer mit **Kreisen** einzeln gekennzeichnet.

Tabelle 16: monatliches Bruttoeinkommen aus den Haupterwerbstätigkeiten (standardisiert auf 40h-Woche)

Studienrichtung	N	Median	arithmetisches Mittel	Standardabweichung
Ergotherapie	40	2.585,71 €	2.742,28 €	691,31 €
Logopädie	77	2.525,00 €	2.577,42 €	586,21 €
Physiotherapie	84	2.603,13 €	2.769,29 €	686,15 €
Hebammenkunde	26	3.498,82 €	3.763,11 €	1.302,17 €
Pflege	196	3.010,16 €	3.067,25 €	786,15 €

Die therapeutischen Berufsgruppen verdienen in jenem Setting, in dem sie am häufigsten anzutreffen sind, den Therapiepraxen (Abbildung 6 bis Abbildung 8) mit im Median 2.310,88 (Ergotherapie), EUR 2.371,91 (Logopädie) bzw. EUR 2.400,00 (Physiotherapie) schlechter als im Median ihrer Berufsgruppe in dieser Stichprobe. In Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen liegt das Monatseinkommen höher. Auch Hebammen erzielen in ihrem dominierenden Setting, dem Krankenhaus, mit im Median EUR 3.195,67 ein Einkommen, das unter ihrem Median in der Stichprobe liegt, bei freiberuflichen Erwerbstätigkeiten erzielen sie mit EUR 3.650 ein deutlich höheres Brutto-Einkommen, noch höher liegt es in Geburtshäusern mit EUR 4.515,13. Aufgrund der geringen Fallzahlen der Hebammen sind diese Angaben aber mit Vorsicht zu interpretieren. Bei den Pflegenden entspricht der Median des monatlichen Bruttolohns in ihrem dominierendem Setting Krankenhaus (EUR 3.012,99) hingegen fast exakt dem Median dieser Berufsgruppe in der Stichprobe.

All diese Angaben beziehen sich auf ein standardisiertes Monatseinkommen für eine Vollzeiterwerbstätigkeit bei einer 40h-Woche (Brutto-Stundenlohn multipliziert mit 174 Stunden).

Allgemein liegen die erzielten Erwerbseinkommen bei Haupterwerbstätigkeiten der Profile „außerhalb der klassischen Settings“ sowie bei wissenschaftlichen und Lehrtätigkeiten am höchsten, bei berufsfremden Tätigkeiten und wissenschaftlichen Assistenztätigkeiten am niedrigsten. Bezogen auf die Haupterwerbstätigkeiten liegt der Brutto-Stundenlohn in allen Berufsgruppen unter den vorwiegend klientennah arbeitenden Absolvent*innen höher, wenn ihre Erwerbstätigkeit in das Profil der klientennahen Tätigkeiten mit klientenfernen Zusatzaufgaben fällt (Abbildung 23). Signifikant ist der Gehaltsunterschied zwischen den drei vorwiegend klientennahen Erwerbstätigkeitsprofilen aber nur in der Gruppe der Ergotherapeut*innen (p=0,029, Kruskal-Wallis-Test).

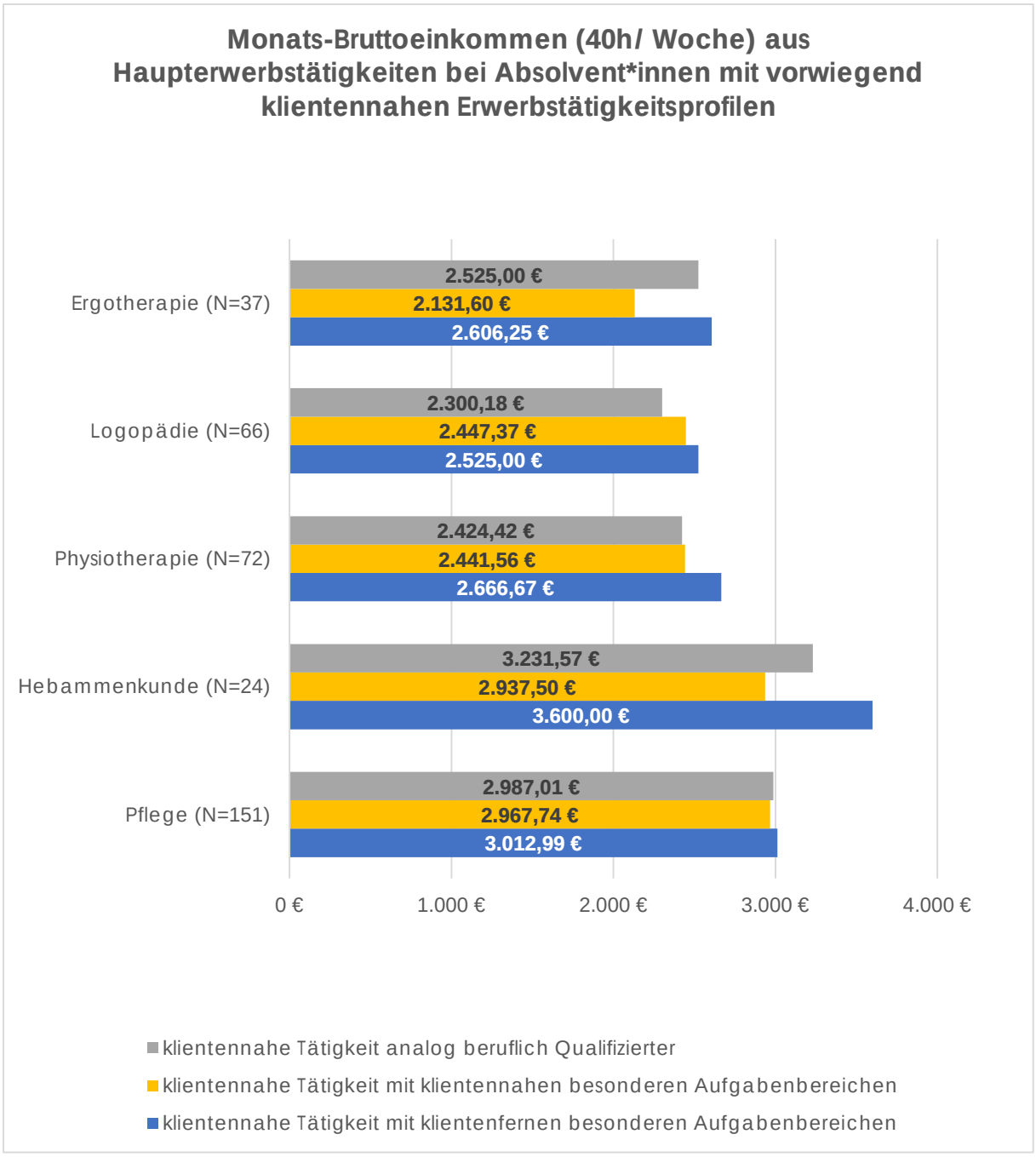


Abbildung 23: Monats-Bruttoeinkommen (40h/ Woche) aus Haupterwerbstätigkeiten bei Absolvent*innen mit vorwiegend klientennahen Erwerbstätigkeitsprofilen

3.2.2 ERGEBNISFELD 2: QUALIFIKATIONSADÄQUANZ

In diesem Ergebnisfeld werden im Folgenden zunächst Befunde zur selbsteingeschätzten Handlungssicherheit der Absolvent*innen in beruflichen Situationen aus Modul B der Online-Befragung dargestellt. Des Weiteren werden Ergebnisse zur Nutzung der im Studium erworbenen Kompetenzen in der beruflichen Praxis berichtet, dieser Aspekt wird zudem auch separat für die unterschiedlichen Erwerbstätigkeitsprofile analysiert. Aus den qualitativen Interviews werden zum einen Ergebnisse zu von den Befragten benannten Situationen dargestellt, in denen die Anwendung der im Bachelorstudium erworbenen Kompetenzen besonders gut gelingt. Zum anderen wird die Beurteilung des Bachelorstudiums hinsichtlich der erfolgten Vorbereitung auf die derzeitigen Tätigkeiten aus Sicht der Absolvent*innen beleuchtet.

3.2.2.1 SELBSTEINSCHÄTZUNG DER BERUFLICHEN HANDLUNGSKOMPETENZ

Die Handlungssicherheit in beruflichen Situationen wurde mit den im Zuge der Vorstudie entwickelten Selbsteinschätzungsinstrumenten (vgl. Abschnitt 3.1.1.1) in sieben Kompetenzdimensionen gemessen. Die Summenscores jeder Dimension können Werte zwischen 0 und 100 annehmen. Dabei entsprechen 0 Punkte einer durchschnittlichen Handlungssicherheit von „sehr unsicher“, 33,3 Punkte „eher unsicher“, 66,6 Punkte „eher sicher“ und 100 Punkte „sehr sicher“.

Zu beachten ist, dass es sich bei den Selbsteinschätzungsinstrumenten um jeweils eigene Skalen für die Pflege, die Hebammenkunde sowie für die Therapieberufe handelt. Insofern sind die Summenscores lediglich zwischen den drei Therapieberufen vergleichbar, da diese mit dem gleichen Instrument gemessen wurden. Die Skalen für die Kompetenzdimensionen *Qualität sichern und entwickeln, wissenschaftliche Erkenntnisse recherchieren, bewerten und kommunizieren* und *Interprofessionell zusammenarbeiten* sind in allen drei Instrumenten identisch, hier sind somit auch Vergleiche zwischen allen fünf Berufsgruppen möglich.

In der Kompetenzdimension *Prozesssteuerung* liegen die Mediane der Summenscores bei den Logopäd*innen, den Physiotherapeut*innen und den Hebammen bei 80 Punkten, in der Ergotherapie (73,3) und der Pflege (74,1) etwas niedriger, in allen Berufsgruppen aber oberhalb von 66,6 (was einer durchschnittlichen Antwortkategorie von „eher sicher“ entspräche). In der Logopädie, der Physiotherapie und der Pflege erreichen Befragte auch volle 100 Punkte.

Fehlende Werte bei den Summenscores sind vorrangig dadurch zu erklären, dass die Befragten auf der Antwortskala zur Häufigkeit angaben, noch niemals in der betreffenden Situation gewesen zu sein und somit keine empirischen Erfahrungswerte aufweisen, um ihre Handlungssicherheit zu beurteilen. Die Anzahl der Missings in den Dimensionen (Abbildung 24) ist bedeutungstragend, denn sie gibt einen Hinweis darüber, in welchen Kompetenzdimensionen ein hoher Anteil der Absolvent*innen nicht in Situationen kommt, die

die Möglichkeit eröffnen, die erworbenen Kompetenzen demonstrieren und weiterentwickeln zu können.

Einen hohen Anteil fehlender Summenscores weisen vor allen die Kompetenzdimensionen *Praxisanleitung, Qualität sichern und entwickeln* sowie *Wissenschaftliche Erkenntnisse recherchieren, bewerten und kommunizieren* auf, bei denen es durchaus als erwartungskonform gelten kann, dass ein Teil der Absolvent*innen entsprechende Situationen nicht in ihrer Berufspraxis erleben. Es zeigen sich aber auch Unterschiede zwischen den Berufsgruppen, etwa in der Dimension *Interprofessionell zusammenarbeiten*. Hier weisen die Ergotherapeut*innen kaum Missings auf, in der Pflege ist der Anteil fehlender Werte (verglichen mit den übrigen Dimensionen) ebenfalls gering. Hingegen haben 20% der Logopäd*innen und fast jede*r Dritte Hebamme und Physiotherapeut*in hier keinen Summenscore.

In der Pflege zeigt sich in allen Dimensionen ein hoher Anteil fehlender Summenscores, der aber andere Gründe hat, denn in der Pflege gab es generell einen höheren Anteil von Absolvent*innen, die die Fragenkomplexe zur Handlungssicherheit gar nicht beantworteten.

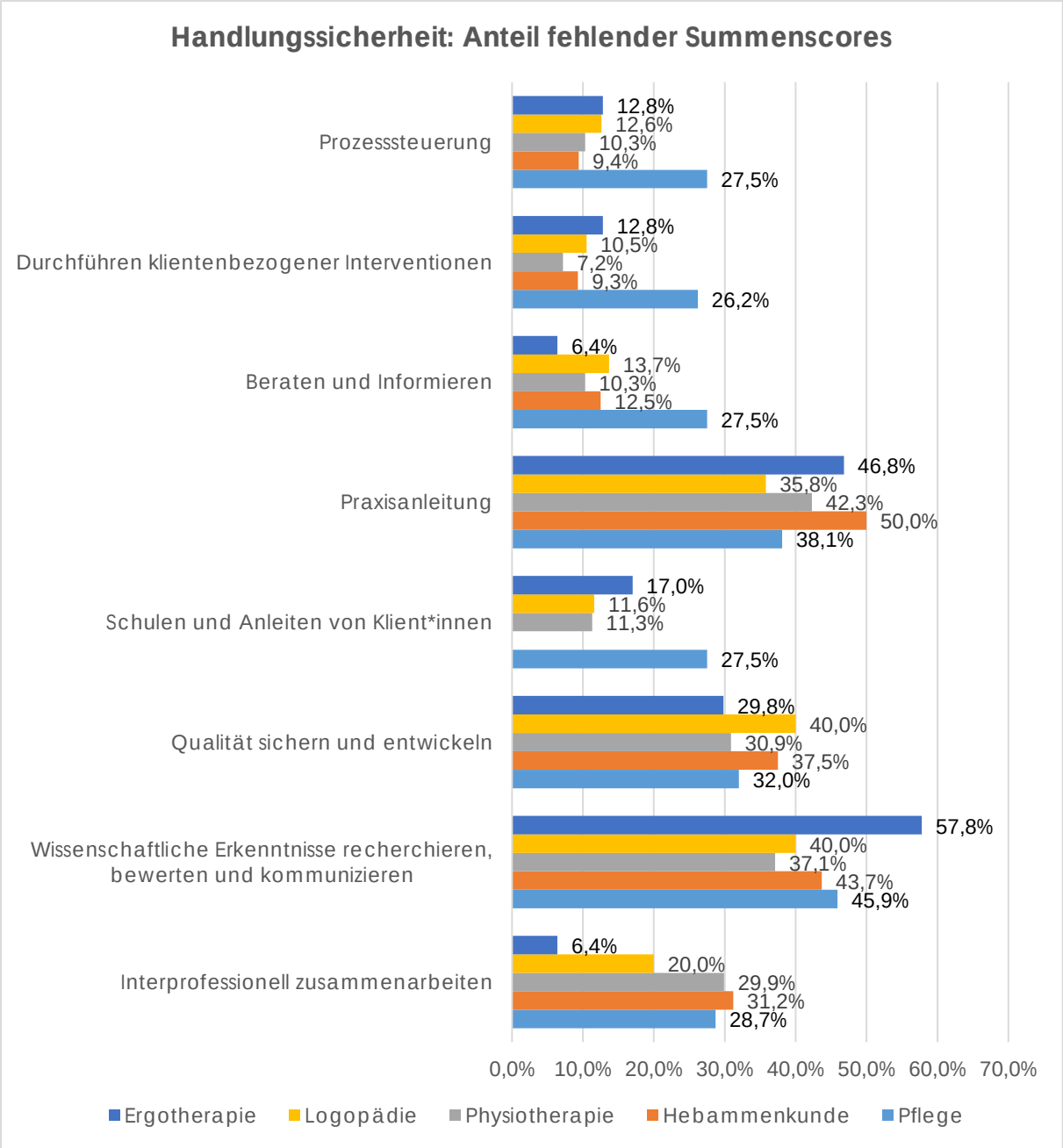


Abbildung 24: Handlungssicherheit (Anteil fehlender Summenscores)

In der Ergotherapie schätzen die Befragten ihre Handlungssicherheit in sechs der Kompetenzdimensionen im Median oberhalb der Schwelle „eher sicher“ (66,6 Punkte) ein (Abbildung 25). In der Teildimension *Praxisanleitung* (Median; 55,6; arithmetisches Mittel: 53,9) sowie in der Dimension *Wissenschaftliche Erkenntnisse recherchieren, bewerten und kommunizieren* (Median: 61,9; arithmetisches Mittel: 55,6) liegen die Ergotherapeut*innen aber in der zentralen Tendenz unterhalb dieser Schwelle. Aufgrund von Missings durch Personen, die überhaupt nie in ihrer beruflichen Tätigkeit in entsprechende Situationen kommen, sind die Fallzahlen in diesen beiden Dimensionen allerdings sehr gering und die Scores sind entsprechend vorsichtig zu interpretieren. Die Handlungssicherheit in der Dimension

Interprofessionell zusammenarbeiten wird, wie in allen fünf Berufsgruppen, hoch eingeschätzt (Median: 82,9; arithmetisches Mittel: 80,8). Da das Instrument für die drei therapeutischen Berufsgruppen identisch ist, sind zwischen diesen alle Kompetenzdimensionen vergleichbar. Die Ergotherapeut*innen weisen in der zentralen Tendenz in den Kompetenzdimensionen *Prozesssteuerung* und *Durchführen klientenbezogener Interventionen* niedrigere Scores auf als die Logopäd*innen und Physiotherapeut*innen. In der Dimension *Qualität sichern und entwickeln*, die über alle Berufsgruppen aufgrund des hier identischen Instruments vergleichbar ist, erreichen die Ergotherapeut*innen im Median (66,7 Punkte), gemeinsam mit der Logopädie und der Pflege, die höchste Handlungssicherheit.

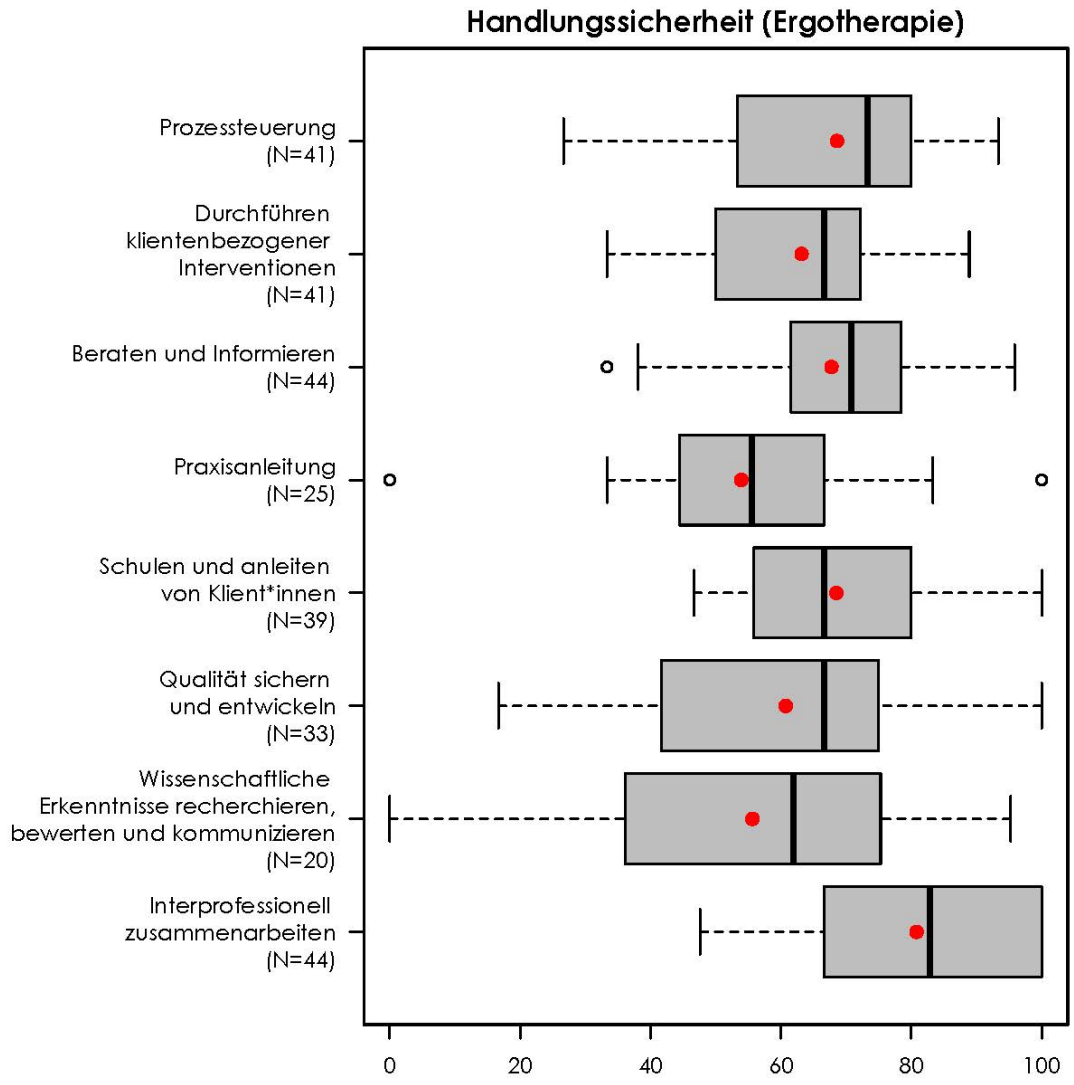


Abbildung 25: Handlungssicherheit Ergotherapie (0-100 Punkte)[5]

[5] Erläuterung zu diesem **Boxplot** (und den weiteren Boxplot-Abbildungen 26 bis 29): Die **graue Box** stellt den Wertebereich der mittleren 50% der Befragten dar (Interquartilsabstand), die dicke **schwarze Linie** den Median und der **rote Punkt** das arithmetische Mittel. Die **Antennen (Whisker)** kennzeichnen den Bereich des 1,5- fachen Interquartilsabstands unterhalb des 25% Perzentils bzw. oberhalb des 75% Perzentils. Darüber bzw. darunterliegende Werte sind als Ausreißer mit **Kreisen** einzeln gekennzeichnet.

In der Logopädie wird in allen Kompetenzdimensionen die Schwelle zu „eher sicher“ erreicht bzw. übertroffen (Abbildung 26). In der Teildimension *Schulen und Anleiten von Klient*innen* (Median: 80,0; arithmetisches Mittel: 76,5) sowie in der Dimension *Prozesssteuerung* (Median: 80,0; arithmetisches Mittel: 76,7) erreichen die Logopäd*innen in der zentralen Tendenz hohe Scores, die deutlich über der Schwelle zu „eher sicher“ liegen. Wie in allen fünf Berufsgruppen wird die Handlungssicherheit in der Dimension *Interprofessionell zusammenarbeiten* besonders hoch eingeschätzt (Median: 76,2; arithmetisches Mittel: 80,3)

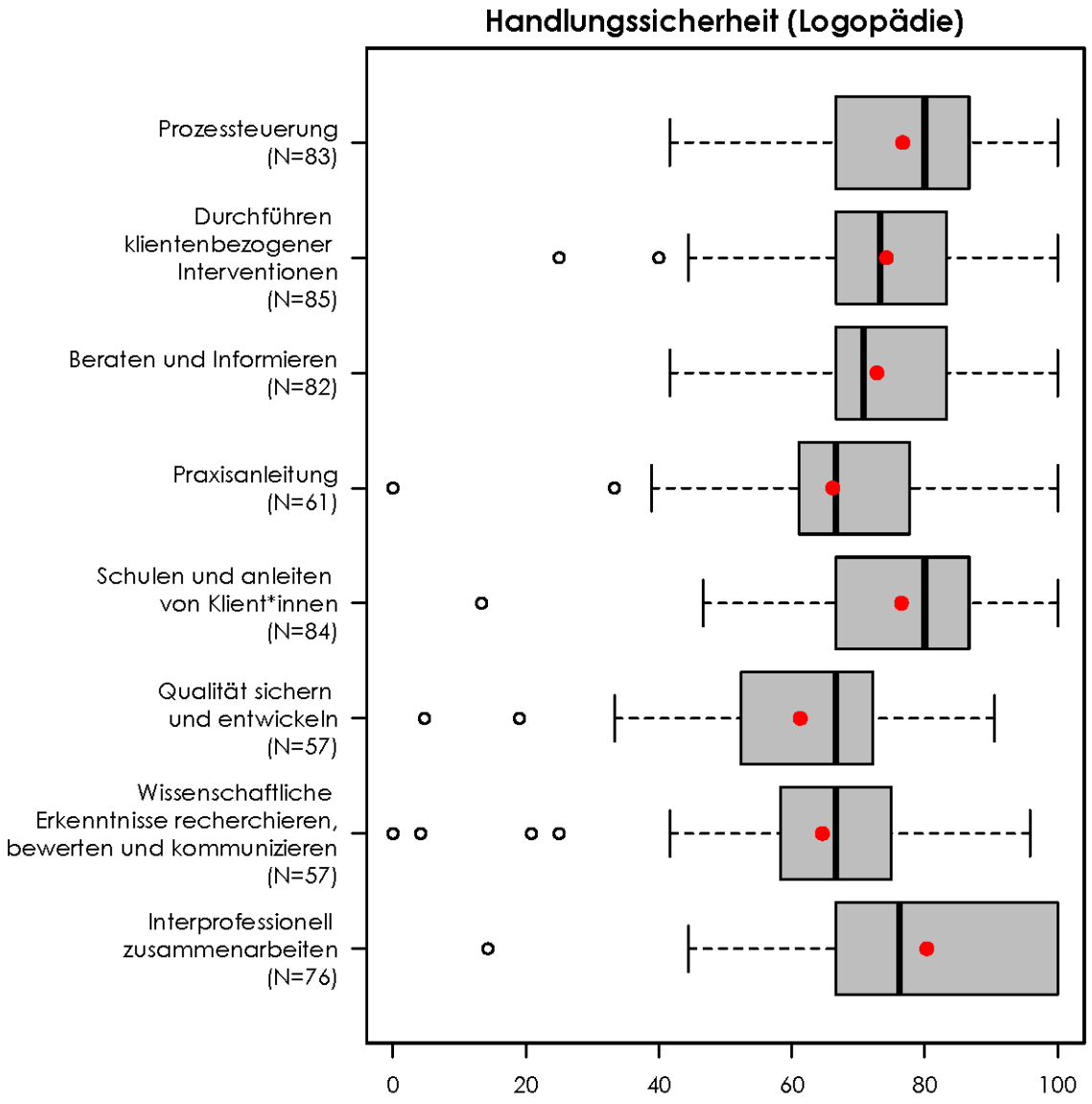


Abbildung 26: Handlungssicherheit Logopädie (0-100 Punkte)

Die Physiotherapie ist hinsichtlich der selbsteingeschätzten Handlungssicherheit in allen Gruppen vergleichbar mit den Logopäd*innen, die Ausprägungen unterscheiden sich in der zentralen Tendenz zwischen diesen beiden Berufsgruppen kaum (Abbildung 27). Lediglich in der Teildimension *Praxisanleitung* liegt das arithmetische Mittel bei den Physiotherapeuten (59,8 Punkte) niedriger und auch unterhalb der Schwelle zu „eher sicher“, die im Median (66,7 Punkte) aber genau erreicht wird. Auch die Streuung fällt in dieser Kompetenzdimension breiter aus als unter den Logopäd*innen und Ergotherapeut*innen.

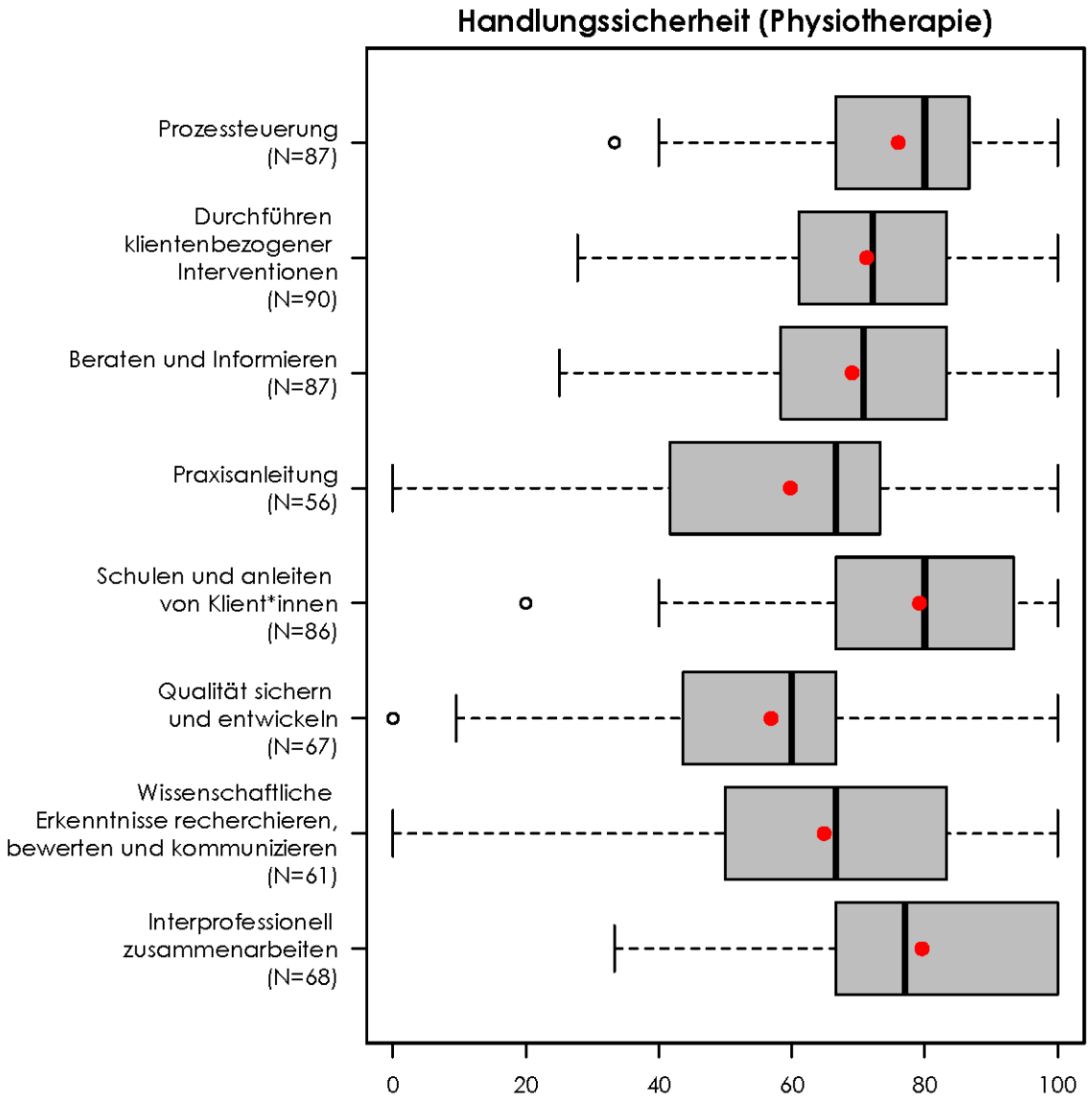


Abbildung 27: Handlungssicherheit Physiotherapie (0-100 Punkte)

Die Ergebnisse zur Handlungssicherheit sind in der Berufsgruppe der Hebammen allgemein mit Vorsicht zu interpretieren, da die Fallzahlen in allen Kompetenzdimensionen niedrig sind und in den *Dimensionen Praxisanleitung, Qualität sichern und entwickeln* und *Wissenschaftliche Erkenntnisse recherchieren, bewerten und kommunizieren* nur bei N=16 bis N=20 liegen

(Abbildung 28). Für die Teildimension *Schulen und Anleiten von Klient*innen* konnte in der Vorstudie keine raschhomogene Skala angepasst werden, so dass diese Dimension für die Hebammen nicht gemessen wurde. Die Hebammen erreichen bzw. übertreffen die Schwelle zu „eher sicher" in allen Kompetenzdimensionen mit Ausnahme der Dimension *Qualität sichern und entwickeln* (Median: 64,3; arithmetisches Mittel: 61,1). Wie in allen Berufsgruppen ist die Handlungssicherheit in der über alle fünf Berufsgruppen vergleichbaren Dimension *Interprofessionell zusammenarbeiten* besonders hoch ausgeprägt, im arithmetischen Mittel (81,4 Punkte) am höchsten von allen Berufsgruppen. Auffällig ist zudem, dass mit Ausnahme einer Person, die in der Dimension *Praxisanleitung* 0 Punkte erreichte, das Minimum in keiner Kompetenzdimension unter 33,3 Punkte (unterhalb der Schwelle zu „eher unsicher") liegt. Dies ist in keiner anderen Berufsgruppe der Fall.

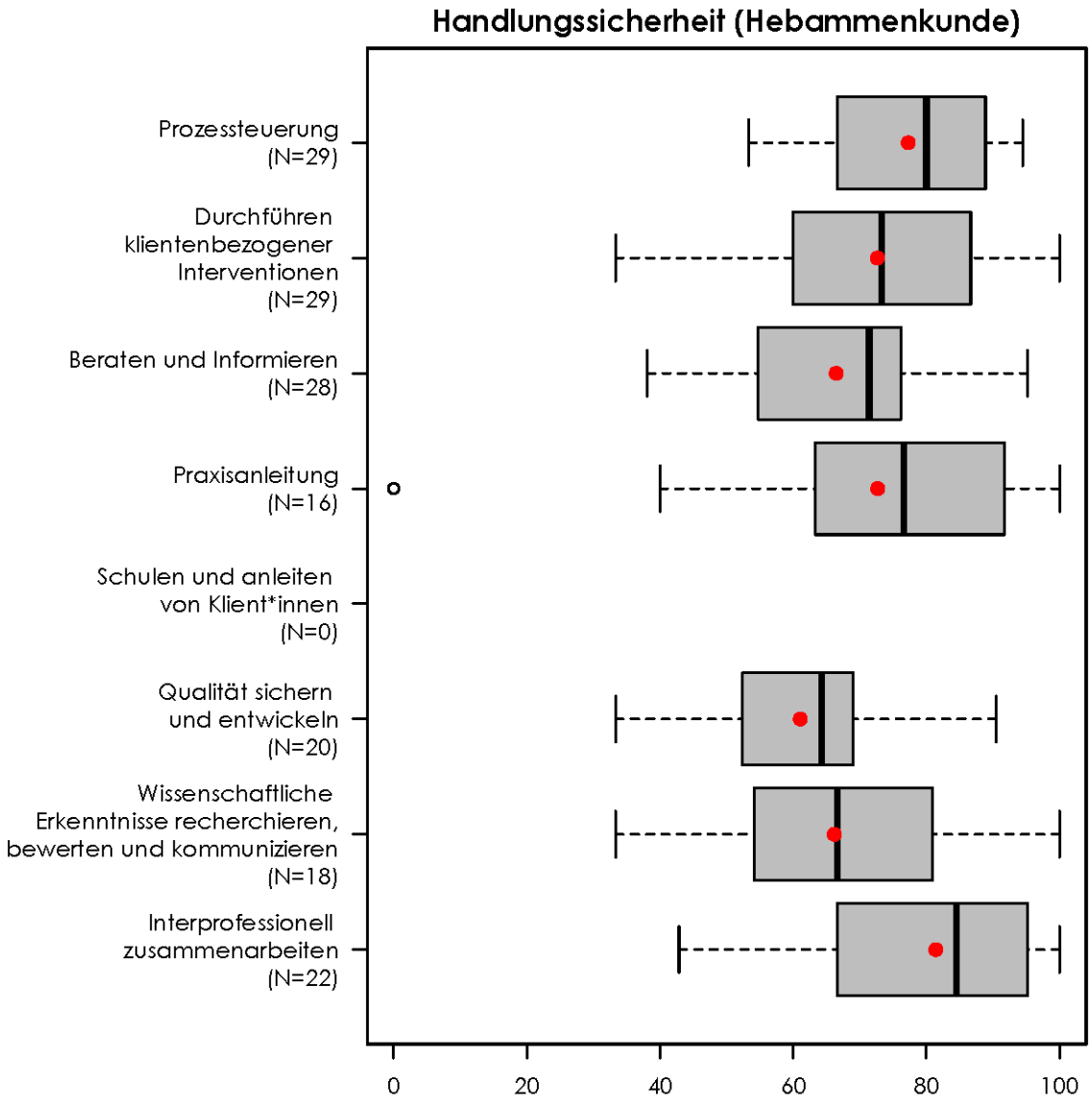


Abbildung 28: Handlungssicherheit Hebammenkunde (0-100 Punkte)

In der Pflege wird in allen Kompetenzdimensionen im Median die Schwelle zu „eher sicher“ erreicht oder übertroffen, in den Dimensionen *Praxisanleitung* (64,6 Punkte) und *Qualität sichern und entwickeln* (64,9 Punkte) liegt das arithmetische Mittel leicht darunter (Abbildung 29). Wie in allen fünf Berufsgruppen ist die Handlungssicherheit in der Dimension *Interprofessionell zusammenarbeiten* besonders hoch ausgeprägt. In allen der drei über alle Berufsgruppen vergleichbaren Dimensionen (*Qualität sichern und entwickeln, Wissenschaftliche Erkenntnisse recherchieren, bewerten und kommunizieren und Interprofessionell zusammenarbeiten*) sind die Scores in der zentralen Tendenz unter den Pflegenden die höchsten. Die Unterschiede zu den anderen Berufsgruppen (mit Ausnahme der Handlungssicherheit der Ergotherapeut*innen in der Dimension *Wissenschaftliche Erkenntnisse recherchieren, bewerten und kommunizieren*), sind dabei aber gering.

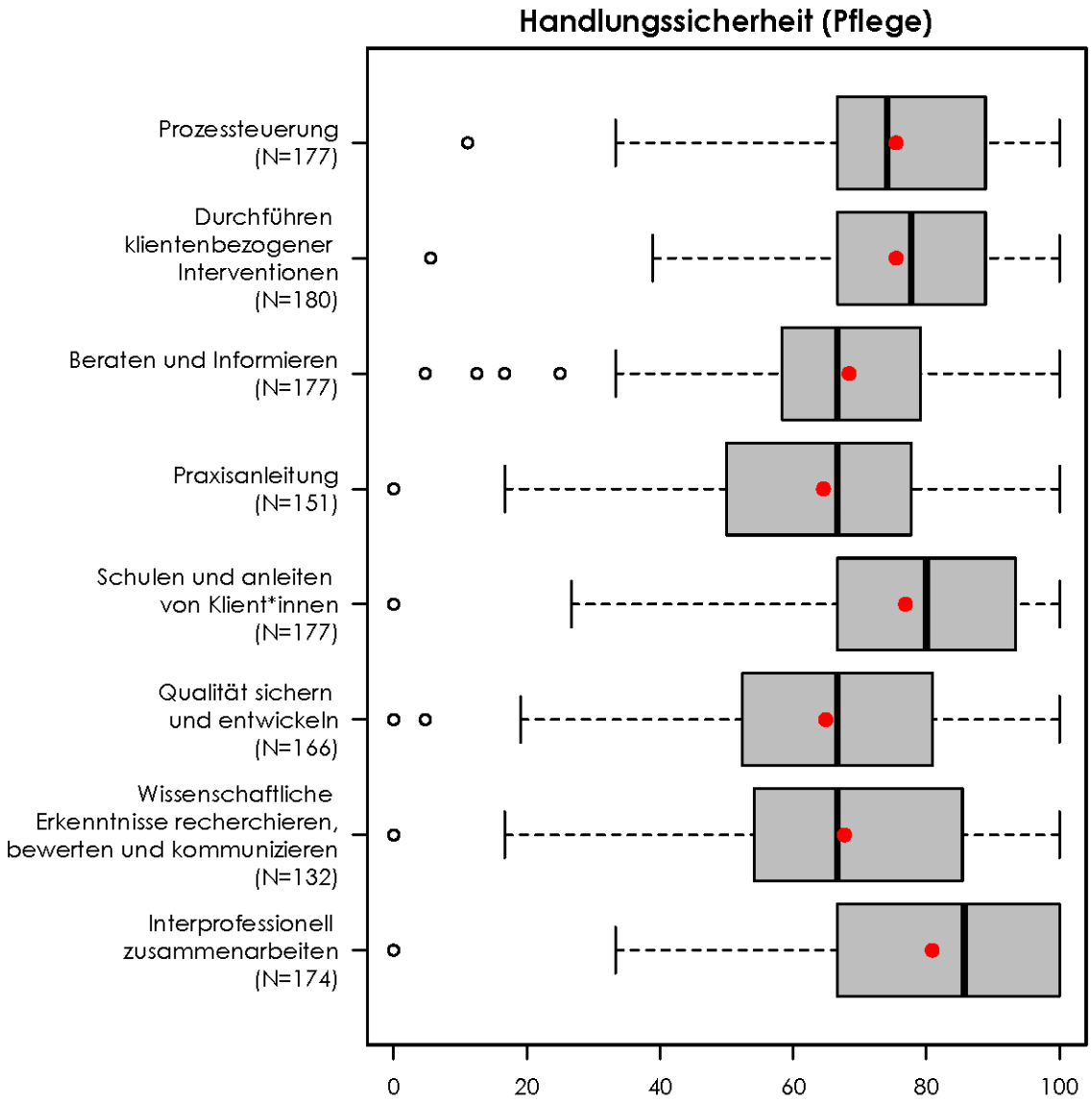


Abbildung 29: Handlungssicherheit Pflege (0-100 Punkte)

3.2.2.2 VERÄNDERUNG DER BERUFLICHEN HANDLUNGSKOMPETENZ IM ZEITLICHEN VERLAUF

Aufgrund der Anlage der Studie als Querschnitterhebung lässt sich diese Forschungsfrage, die auf einen längsschnittlichen Vergleich abzielt, nur indirekt beantworten. Getestet wurde, ob Unterschiede in den Summenscores zur Handlungssicherheit zwischen den Abschlussjahrgängen bestehen. Hier liegt die Annahme zugrunde, dass frühere Abschlussjahrgänge entsprechend länger im beruflichen Umfeld erwerbstätig sind. Aufgrund der geringen Fallzahlen in der Gruppe der Hebammen wurden diese für die vorgenommenen Analysen nicht berücksichtigt.

In der Gruppe der Pflegenden zeigen sich auf Basis von Kruskal-Wallis-Tests signifikante Unterschiede zwischen den Abschlussjahrgängen in den Kompetenzdimensionen *Praxisanleitung* (p=0,004), *Qualität sichern und entwickeln* (p=0,022) sowie *Wissenschaftliche Erkenntnisse recherchieren, bewerten und kommunizieren* (p=0,037). Dabei handelt es sich aber eher nicht um einen zeitlichen Effekt im Sinne zunehmender Berufserfahrung. In allen drei Kompetenzdimensionen erreicht die erste Abschlusskohorte deutlich höhere Summenscores der Handlungssicherheit als die drei übrigen, ein kontinuierlicher Anstieg ist nicht feststellbar. Eher ist der Effekt dadurch zu erklären, dass in der ersten Abschlusskohorte auch der Anteil von Absolvent*innen mit bereits erworbenem Masterabschluss deutlich höher liegt als in den übrigen Kohorten.

In der Gruppe der für diese Analyse zusammengefasst betrachteten therapeutischen Berufsgruppen zeigt sich ein signifikanter Effekt ebenfalls in der Kompetenzdimension *Praxisanleitung*. Auch hier sind zwar Unterschiede in den Mittelwerten der Summenscores erkennbar, aber kein kontinuierlicher Verlauf. Abschlussjahrgang und Handlungssicherheit korrelieren nicht (Kendall's tau-b: 0,078, p=0,239).

3.2.2.3 NUTZUNG VON IM STUDIUM ERWORBENEN KOMPETENZEN

Die Frage zur Nutzung der im Studium erworbenen Kompetenzen in der beruflichen Praxis wurde separat für jede angegebene Erwerbstätigkeit erhoben. Das Antwortformat bildeten fünf Kategorien, wobei lediglich die Extreme (0= gar nicht, 4= in sehr hohem Maße) benannt waren. Das Skalenniveau kann als metrisch interpretiert werden.

Bezogen auf die jeweilige Haupterwerbstätigkeit unterscheiden sich die Mittelwerte unter den therapeutischen Berufsgruppen nur geringfügig (Ergotherapie und Logopädie: 2,5; Physiotherapie 2,6). Hebammen geben im Vergleich mit den anderen Berufsgruppen einen höheren Grad der Nutzung ihrer im Studium erworbenen Kompetenzen an (3,3), Pflege einen deutlich geringeren (1,8). Die Verteilung nach Antwortkategorien zeigt Abbildung 30.

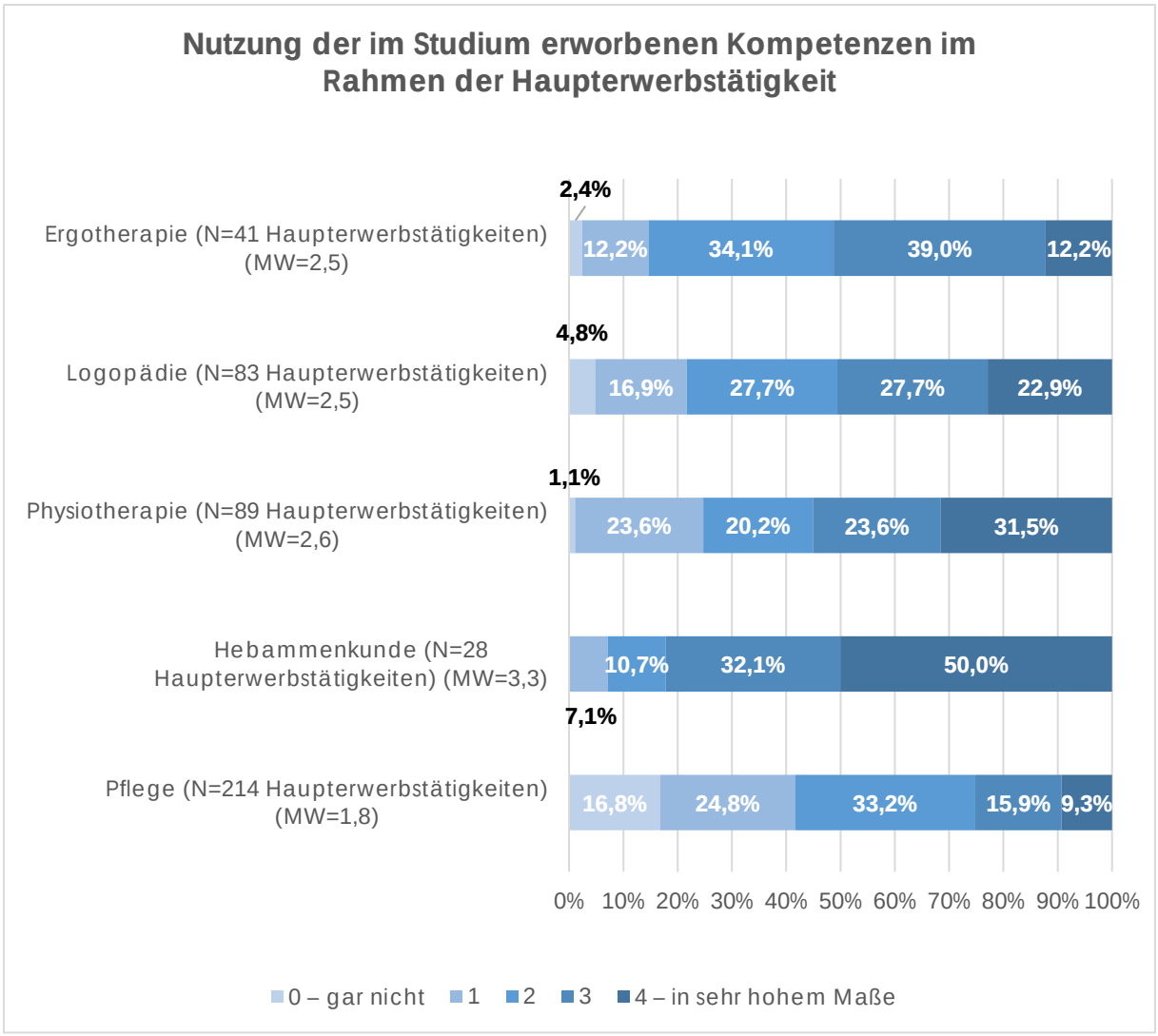


Abbildung 30: Nutzung der im Studium erworbenen Kompetenzen im Rahmen der Haupterwerbstätigkeiten (nach Studienrichtung)

Die Nutzung der im Studium erworbenen Kompetenzen variiert stark je nach Erwerbstätigkeitsprofil (Abbildung 31). Bei berufsfremden Profilen ist die Nutzung der Kompetenzen am geringsten (Mittelwert: 0,5), den im Mittel höchsten Grad geben Absolvent*innen mit wissenschaftlichen Tätigkeiten (3,0) bzw. wissenschaftlichen Assistenztätigkeiten (3,3) an. Bei den überwiegend klientennahen Erwerbstätigkeitsprofilen werden die im Studium erworbenen Qualifikationen in deutlich geringerem Maße genutzt, wenn die Absolvent*innen analog der fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen eingesetzt werden (1,8). Werden hingegen zusätzlich zur klientennahen Tätigkeit klientennahe (2,2) oder klientenferne (2,3) Aufgaben übernommen, liegt die Nutzung der im Studium erworbenen Kompetenzen höher. Der Unterschied zwischen diesen drei klientennahen Profilen ist statistisch signifikant (p=0,02, Kruskal-Wallis-Test, N=434).

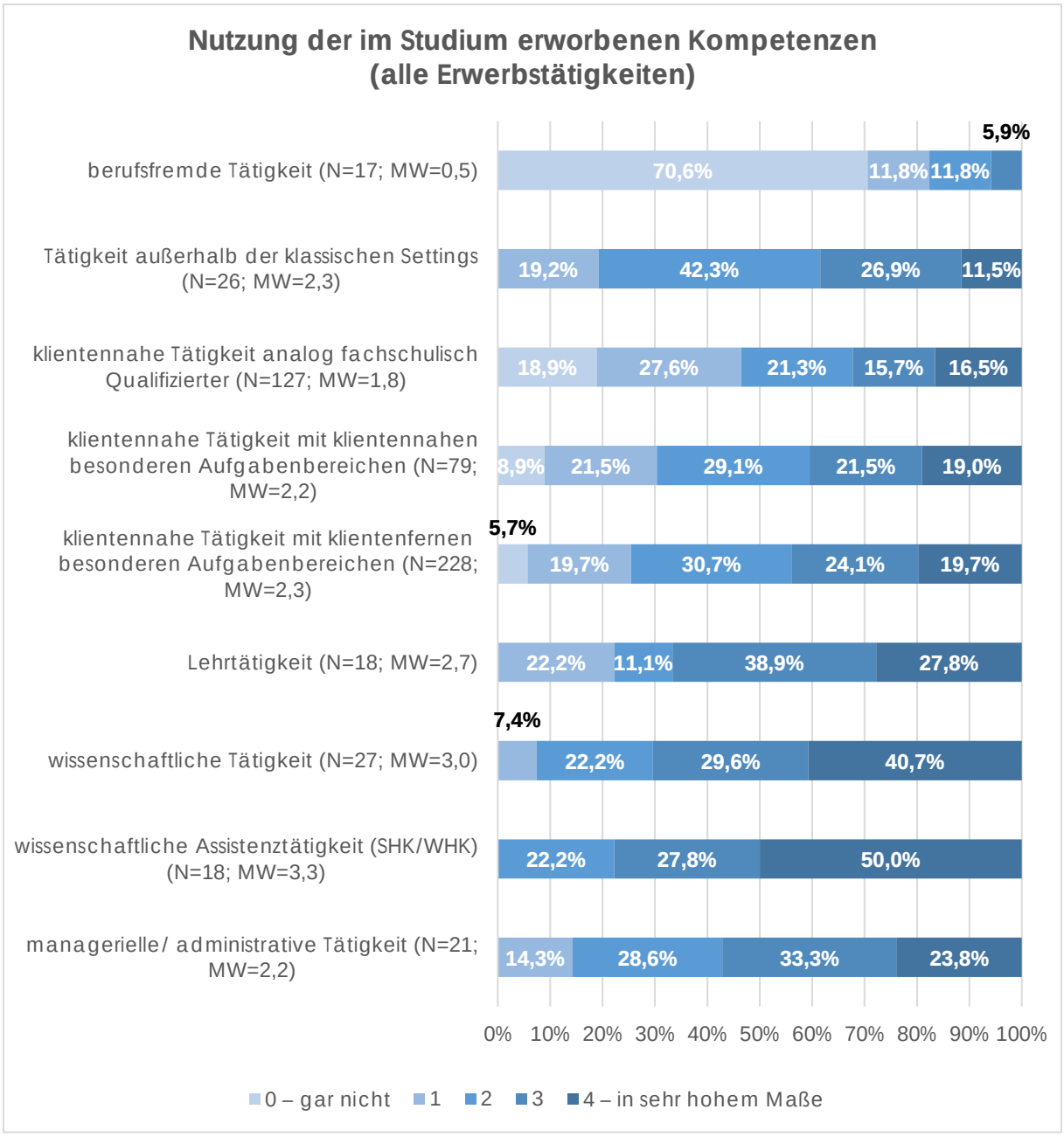


Abbildung 31: Nutzung der im Studium erworbenen Kompetenzen nach Erwerbstätigkeitsprofilen (alle Studienrichtungen)

In den qualitativen Interviews wurden die Absolvent*innen gebeten, konkrete Situationen zu schildern, in denen sie auf ihre im Studium erworbenen Kompetenzen besonders gut zurückgreifen können.

Tabelle 17 zeigt nach Kategorien sortierte Beispielsituationen in denen die Absolvent*innen ihre Kompetenzen besonders gut einsetzen konnten. Insgesamt wurden die drei Oberkategorien „Klientennahe Versorgung“, „Klientenferne Tätigkeiten“ und „Interdisziplinäre Zusammenarbeit“ mit entsprechenden Unterkategorien gebildet, welche im Folgenden detaillierter beschrieben werden.

Tabelle 17: Situationen, in denen die Anwendung der im Bachelorstudium erworbenen Kompetenzen besonders gut gelingt

Oberkategorie		Unterkategorie	
1	**Klientennahe Versorgung**	1.1	Erstgespräch und Anamnese
		1.2	Auswahl und Einsatz von Assessment-Instrumenten
		1.3	Einführung neuer Therapieverfahren*
		1.4	Selbstreflexion des eigenen Vorgehens nach der Durchführung von Maßnahmen
		1.5	Beratung und Anleitung von Klient*innen
		1.6	Flexibles Anpassen des eigenen Vorgehens bei der Therapie von Klient*innen*
		1.7	Systematische Evaluation der Therapie*
2	**Klientenferne Tätigkeiten**	2.1	Literaturrecherche
		2.2	Managerielle und administrative Aufgaben
		2.3	Konzeptionelle Arbeit*
		2.4	Mithilfe bei der Erstellung von Standards*
		2.5	Tätigkeiten im Qualitätsmanagement*
		2.6	Mitwirkung bei der Durchführung von Studien*
		2.7	Mitarbeit bei Projekten*
3	**Interdisziplinäre Zusammenarbeit**	3.1	Interdisziplinäre Zusammenarbeit
*= Unterkategorie beruht auf einer Einzelaussage			

Die Oberkategorie „Klientennahe Versorgung“ bezieht sich auf jene Beispielsituationen, die den Schritten des Pflege- bzw. Therapieprozesses zugeordnet werden können oder aber die Arbeitsweise der Absolvent*innen im Prozess betreffen. Die Absolvent*innen betonen, bereits im Erstgespräch und bei der Anamnese ihre Kompetenzen aus dem Bachelorstudium besonders gut einsetzen zu können, da dies ausführlich während des Studiums behandelt worden sei. Hierzu gehört die Anwendung von Inhalten zur Gesprächsführung mit den Klient*innen oder ein sicheres und kompetentes Auftreten, sodass bei den Klient*innen ein Gefühl der Sicherheit entsteht. Den sich anschließenden Schritt der Diagnostik mittels Auswahl und Anwendung von Assessmentinstrumenten beschreiben die Absolvent*innen ebenfalls als gut geeignet, um die im Studium erworbenen Kompetenzen anzuwenden, indem sie bei der Auswahl geeigneter Assessmentinstrumente auf wissenschaftlich valide und standardisierte

Instrumente zurückgreifen können. Teilweise können die Absolvent*innen die Einführung von Assessmentinstrumenten anregen, die sie im Studium kennengelernt haben. Insbesondere Absolvent*innen aus dem therapeutischen Bereich scheinen der Anwendung standardisierter Diagnostik besondere Bedeutung beizumessen.

> *„Ja, also ich habe den Eindruck, vor allem im Bereich Diagnostik hat das Bachelorstudium für mich einen Mehrwert gehabt, weil wir hauptsächlich standardisierte Diagnostiken kennengelernt haben." [ID_37:25_logo]*

Neben der Anwendung standardisierter therapeutischer Diagnostik können auch im Bachelorstudium erlernte Therapieverfahren in die berufliche Praxis einfließen. Diese Adaption der im Studium vermittelten Inhalte auf die Rahmenbedingungen in der beruflichen Praxis stellt ein Beispiel dar, in der die Kompetenzen aus dem Studium besonders gut angewendet werden können.

Die Absolvent*innen berichten mehrfach von der Anwendung der Selbstreflektion, die sie im Studium intensiv vermittelt bekommen haben. Dabei hinterfragen diese ihr eigenes Handeln dahingehend, ob die Durchführung der Intervention *„sinnvoll war, oder ob man etwas Anderes anwenden müsste" [ID_39:17_phy].* Den Absolvent*innen ist bewusst, dass die von ihnen ausgewählten Interventionen primär an den Bedürfnissen und dem Wohl der Klient*innen ausgerichtet sein sollten. Dementsprechend überprüfen sie ihr eigenes Vorgehen kritisch und ändern dieses, wenn es ihnen als sinnvoll erscheint. Dabei stellt die Selbstreflektion eine Kompetenz dar, die die Absolvent*innen *„täglich auch einsetze[n]" [ID_1:29_heb].*

Des Weiteren führten andere Absolvent*innen das Feld der Beratung und Anleitung an, in dem sie ihre Kompetenzen aus dem Bachelorstudium besonders gut einsetzen können. Dabei gestalten sie die Beratung und Anleitung theoriebasiert und strukturiert.

> *„Ja, also wenn man da eben mit den Patienten anfängt, das Gerät zu erproben, dass man dann eben auf Modelle zurückgreifen kann." [ID_23:21_log]*

Bei der Planung der Beratungs- und Anleitungsinhalte bieten sich den Absolvent*innen inhaltliche Gestaltungsspielräume, die sie so nutzen können, wie sie es für angemessen halten. Die Bereitstellung solcher Freiräume bedeutet für die Absolvent*innen, eigenverantwortlich Inhalte aus dem Studium in die berufliche Praxis transferieren und anwenden zu können. Auch wenn die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Therapie getroffen werden soll, können die Absolvent*innen ihre Kompetenzen aus dem Studium gut einsetzen. Aufgrund des Studiums verfügen sie über ausreichend Fachwissen und Kompetenzen, um den Klient*innen Handlungsalternativen aufzuzeigen und mit ihnen gemeinsam eine Entscheidung über das weitere Vorgehen zu treffen.

„Und dementsprechend kann ich dann die Frau sehr umfassend beraten und habe dann auch nicht nur einen Weg parat, sondern viele Wege, so dass ich dann mit der Frau schon zusammen auch entscheiden kann, welchen Weg sie dann so gehen will." [ID_28:55_heb]

Im Nachgang an die Durchführung fokussieren die Absolvent*innen auch die Wirksamkeit der von ihnen ausgewählten Interventionen im Sinne einer Evaluation, indem sie zu mehreren Messzeitpunkten den Gesundheitsstatus zu einem bestimmten Aspekt erheben und einen Vergleich über die Zeit anstellen können. Bei dieser Form der systematischen Evaluation fließen Kompetenzen aus dem Bachelorstudium in die berufliche Praxis mit ein. Die Ergebnisse der Evaluation dienen den Absolvent*innen auch persönlich als Kontrolle über die Sinnhaftigkeit der ausgewählten Interventionen.

Die nächste Oberkategorie befasst sich mit Beispielsituationen bei klientenfernen Tätigkeiten. Hier konnten sieben Unterkategorien aus dem Interviewmaterial herausgearbeitet werden. Die erste Unterkategorie behandelt die Durchführung von wissenschaftlicher Literaturrecherche. Absolvent*innen erwähnen, dass sich manchmal im Rahmen ihrer Tätigkeit die Gelegenheit ergibt, bestimmte Sachverhalte mittels einer Literaturrecherche zu überprüfen, wobei die im Studium erworbenen Kompetenzen besonders gut eingesetzt werden können. Recherchiert wurde nach Studien, um in der beruflichen Praxis etablierte Interventionen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen oder neue Interventionen zu implementieren oder um nach Assessmentinstrumenten zu suchen und gegebenenfalls auch diese in der beruflichen Praxis einzuführen. Während des Bachelorstudiums wurden die Absolvent*innen darin geschult, wie eine wissenschaftliche Literaturrecherche ablaufen soll und welcher hohe Stellenwert der Recherche zukommt. Auch in der beruflichen Praxis ist es den Absolvent*innen möglich, die hier erworbenen Kompetenzen anzuwenden.

Weitere Situationen lassen sich unter der Unterkategorie „Managerielle und administrative Aufgaben" zusammenfassen. Dazu gehören Situationen, in denen die Absolvent*innen bei der Gestaltung oder Veränderung bestehender Prozesse in der beruflichen Praxis mitwirken und somit auf einer organisatorischen Ebene gestalterisch Einfluss nehmen können. Die Absolvent*innen erkennen, *„dass da ganz viele Abläufe einfach besser strukturiert werden sollten" [ID_31:41_phy].* Diese Aufgaben können die Absolvent*innen erfüllen, da sie erlernt haben, *„vernetzt zu denken und die Dinge zu analysieren und zu überlegen, wo man vielleicht was verbessern könnte" [ID_2:24_ergo].* Zu den manageriellen und administrativen Aufgaben gehören jedoch auch solche, bei denen Anschreiben erstellt werden sollen, *„um Patienten über [...] Sachverhalte zu informieren, zum Beispiel wie die Datenschutzverordnung" [ID_2:33_ergo].* Auch solche Situationen empfinden die Absolvent*innen als besonders gut geeignet, um ihre Kompetenzen aus dem Studium einzubringen. Absolvent*innen können auch daran beteiligt sein, Konzepte zu bestimmten Themengebieten zu verfassen und anschließend in dem Betrieb zu integrieren, bei dem die Absolvent*innen angestellt sind.

„Also ich habe das komplette Konzept geschrieben für diesen Übergang aus der Werkstatt auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit habe ich das geschrieben. Und das ist im Konzept der Werkstatt jetzt halt untergebracht.“ [ID_10:29_ergo]

Eine andere, aber ähnlich gelagerte Situation ist in der Erstellung und Verschriftlichung von Klinikstandards zu sehen, bei denen Absolvent*innen ihre Kompetenzen aus dem Studium besonders gut einbringen können.

„Da ging es zum Beispiel um ein Projekt, das verschriftlicht wurde […] wie sollte eigentlich ein Patient angeleitet werden zur selbstständigen Tracheostoma-Versorgung. […] wurde so eine Art Standard entwickelt, bei dem habe ich geholfen. [ID_17:41_pflege]

Die Tätigkeit im Qualitätsmanagement wird ebenfalls angeführt, wenn es um Situationen geht, in denen die Absolvent*innen ihre Kompetenzen aus dem Studium besonders gut anwenden können. Dies begründet eine Absolventin mit der methodischen Nähe zum Verfassen wissenschaftlicher Texte, was ihr im Bachelorstudium intensiv vermittelt wurde. Auch für die Arbeit im Qualitätsmanagement war diese Kompetenz erforderlich.

Mitarbeit in Projekten und wissenschaftlichen Studien bietet den Absolvent*innen die Gelegenheit, ihre im Studium erworbenen Kompetenzen einzusetzen. Ohne die im Studium vermittelten Kompetenzen zum Aufbau und zur Durchführung von Studien könnten die Absolvent*innen in diesem Aufgabenbereich nicht tätig sein. Es handelt sich also um eine für den Einsatz der Kompetenzen besonders gut geeignete Gelegenheit. Gleiches gilt für die Mitarbeit bei Projekten, insbesondere dann, wenn diese auch eine wissenschaftliche Ausrichtung haben. Exemplarisch sind hier die Fragestellungen, *„wie pflegewissenschaftliche Erkenntnisse mit in die Praxis um[zu]setzen“ [ID_14:19_pflege]* sind oder wie in der Praxis bestehende Probleme mit Methoden der Evidenzbasierung überprüft und gelöst werden können.

In der letzten Oberkategorie „Interdisziplinäre Zusammenarbeit“ ist die hohe Bedeutung der Zusammenarbeit mit Vertreter*innen anderer Berufsgruppen subsummiert, die den Absolvent*innen bereits im Studium vermittelt wurde.

„Generell war ja ein Aspekt bei uns im Studium schon interdisziplinäre Zusammenarbeit. Das kommt jetzt nochmal besonders zur Geltung. Weil wir halt verschiedene Disziplinen haben.“ [ID_3:26_phy]

Die in der Zusammenarbeit mit Vertreter*innen anderer Berufsgruppen erforderlichen Kompetenzen können die Absolvent*innen gut anwenden, wenn sie in Interaktion mit ebenjenen treten und ein fachlicher Austausch entsteht. Insbesondere wenn Entscheidungen in Bezug auf die Vorgehensweise bei Klient*innen getroffen werden müssen, können die

Absolvent*innen aufgrund ihrer im Studium erworbenen Kompetenzen mit den Vertreter*innen anderer Berufsgruppen gleichberechtigt diskutieren und hierbei ihre Kompetenzen anwenden.

> *„Also ich merke es im Arbeitsalltag, dass ich zum Beispiel anders argumentieren kann, um irgendwelche Tätigkeiten oder Nicht-Tätigkeiten zu begründen. Also das fällt mir schon auf, dass man da mit anderen Professionen ganz anders argumentieren kann.“ [ID_45:42_pflege]*

Die Nutzung der im Studium erworbenen Kompetenzen im der beruflichen Praxis wird in Ergebnisfeld 4 (Abschnitt 3.2.4.2 und Abschnitt 3.2.4.3) weiter vertieft. An dieser Stelle werden auf Basis der qualitativen Interviews Ergebnisse zu hemmenden und förderlichen Faktoren für die Nutzung der im Studium erworbenen Kompetenzen in der beruflicher Praxis berichtet.

3.2.2.4 BEURTEILUNG DES STUDIUMS HINSICHTLICH DER VORBEREITUNG AUF DIE BERUFSPRAXIS

Hinsichtlich der Frage, inwiefern das Bachelorstudium die Absolvent*innen auf ihre derzeitige Tätigkeit vorbereitet hat, wurden aus den Daten der qualitativen Interviews drei Oberkategorien abstrahiert: „Anwendung grundlegender beruflicher Handlungskompetenzen“, „Anwendung spezifischer beruflicher Handlungskompetenzen“ und „Anwendung wissenschaftlicher Kompetenzen“. Jede Kategorie umfasst zwei Unterkategorien (Tabelle 18).

Tabelle 18: Vorbereitung auf die derzeitige Tätigkeit durch das Studium

Oberkategorie		Unterkategorie	
1	**Anwendung grundlegender beruflicher Handlungskompetenzen**	1.1	Gute Vorbereitung auf berufliche Handlungssituationen
		1.2	Probleme
2	**Anwendung spezifischer beruflicher Handlungskompetenzen**	2.1	Gute Vorbereitung auf spezifische Handlungssituationen
		2.2	Probleme
3	**Anwendung wissenschaftlicher Kompetenzen**	3.1	Gute Vorbereitung zur Anwendung wissenschaftlicher Kompetenzen
		3.2	Probleme

Im Bereich der „Anwendung grundlegender beruflicher Handlungskompetenzen“ fasst die Kategorie „Gute Vorbereitung auf berufliche Handlungssituationen“ Aussagen zusammen, die sich auf das Fachwissen und die Kompetenzen, die zur praktischen Ausübung des jeweiligen Berufs erforderlich sind, zusammen. Die Absolvent*innen betonen, die in der beruflichen Praxis auftretenden Aufgaben gut bewältigen zu können. Dies führen sie auf das im Bachelorstudium

vermittelte Grundverständnis für die Ausübung des angestrebten Berufs zurück, welches sie aus ihrer Perspektive gut auf ihre derzeitige klientennahe Tätigkeit vorbereitet hat.

> *„Also ich finde die Basis ist da auf jeden Fall gelegt worden. […] ich glaube so das Grundverständnis für die Dinge ist schon gut vermittelt worden.“ [ID_12:85_log]*

Andere Absolvent*innen berichten von „Problemen“, die sich für sie in der Ausübung ihrer derzeitigen Tätigkeit in Bezug auf die Anwendung ihrer grundlegenden beruflichen Handlungskompetenzen ergaben. So kann es für die Absolvent*innen eine Schwierigkeit darstellen, die im Bachelorstudium erworbenen Kompetenzen in der Praxis anzuwenden. Die in der beruflichen Praxis vorgefundenen Rahmenbedingungen können den Absolvent*innen den Theorie-Praxis-Transfer zusätzlich erschweren.

> *„Was aber tatsächlich problematisch für mich war, […] ist das […] was letztendlich gelehrt wird im Bachelorstudium relativ weit weg ist von dem, was an vielen Stellen praktiziert wird. Und das für mich schwierig war am Anfang sozusagen die Brücke zu bauen zwischen dem, was in der Praxis passiert und dem, was ich letztendlich in dem Studium gelernt habe.“ [ID_40:101_ergo]*

Die zweite Oberkategorie zielt auf die „Anwendung spezifischer beruflicher Handlungskompetenzen“ ab und unterteilt sich in „Gute Vorbereitung auf spezifische Handlungssituationen“ und „Probleme“. Die Absolvent*innen benennen – im Gegensatz zur ersten Oberkategorie – spezifische Inhalte, auf die sie durch das Bachelorstudium gut vorbereitet wurden oder die sie für die Ausübung ihrer derzeitigen Tätigkeit benötigt hätten.

Beispiele für die gute Vorbereitung auf spezifische Handlungssituationen sind die Fähigkeit zur Reflektion oder die Ausübung des Berufs als freiberufliche Tätigkeit. Außerdem betonen die Absolvent*innen, sich durch die Belegung von Wahlmodulen auf spezifische Inhalte und Tätigkeitsfelder vorbereiten zu können, was ihnen gut gelungen sei.

> *„Wir hatten auch Wahlfächer und da habe ich noch einmal eine Vertiefung gewählt zur psychosozialen Onkologie. Das bringt mir auch, zum Beispiel, jetzt in meinem Berufsalltag etwas. Also da konnte man auch gut, wirklich, Vertiefungen wählen und sich so ein bisschen darauf anpassen, was man später machen.“ [ID_22:143_log]*

Andere Absolvent*innen beleuchten die Inhalte des Bachelorstudiums im Hinblick auf ihre derzeitige Tätigkeit kritischer. Diese arbeiten ihrer Aussage nach in spezifischen Tätigkeitsfeldern, die im Bachelorstudium inhaltlich in den Modulen nicht abgebildet gewesen sind.

> *„Weil ich mich in dem Bereich Pädiatrie, also, da hatte ich das Gefühl da habe ich nichts, wirklich nichts, mitgenommen aus dem Studium. […] Und da gibt es ja 100.000 Konzepte und wir haben nicht eines kennengelernt.“ [ID_11:191_ergo]*

Andererseits betonen die Absolvent*innen, dass es das Bachelorstudium nicht leisten könne, die Absolvent*innen auf die Tätigkeit in spezifischen Arbeitskontexten vorzubereiten. Im Bachelorstudium können nur grundlegende berufliche Handlungskompetenzen vermittelt werden, weshalb auch die Erwartungshaltung an das Bachelorstudium nicht sei, auf spezifische Tätigkeitsfelder detailliert vorbereitet zu werden.

> *„Aber ich arbeite jetzt auch sehr- in einem sehr speziellen Gebiet. Ich würde das von der Ausbildung oder einem Studium nicht erwarten, dass mich das inhaltlich genau darauf vorbereitet hätte." [ID_12:91_log]*

Die Absolvent*innen benennen zudem weitere spezifische Inhalte, die sie im Bachelorstudium vermisst haben und die für die Ausübung der derzeitigen Tätigkeit nützlich gewesen wären. Dazu gehört die Vermittlung von Wissen und Kompetenzen im Bereich des Projektmanagements oder der Freiberuflichkeit.

> *„Ich hätte glaube ich ganz gerne noch etwas mehr an Inhalten gemacht wie es ist in Richtung Selbständigkeit. Dass man zum Beispiel vielleicht im Bereich BWL etwas mehr Inhalte hätte." [ID_35:85_phy]*

Die dritte Oberkategorie fokussiert die „Anwendung wissenschaftlicher Kompetenzen", die im Bachelorstudium vermittelt wurden. Auch hier ließen sich Positivbeispiele und Probleme in der Anwendung unterscheiden. Die Absolvent*innen betonen, die im Bachelorstudium erworbenen wissenschaftlichen Kompetenzen gut vermittelt bekommen zu haben und sie auch in der beruflichen Praxis anwenden zu können.

> *„Dann aber auch wissenschaftliches Arbeiten, so ein bisschen, Präsentationen halten. Ja, also das ist natürlich auch sowas wie therapeutische Fähigkeiten und die vermittelt bekommen hat und aber auch, wie man eben wissenschaftlich an gewisse Dinge rangeht." [ID_23:61_log]*

Auch in Bezug auf die wissenschaftlichen Kompetenzen werden Probleme benannt, die sich in der beruflichen Praxis zeigen. So berichten die Absolvent*innen einerseits davon, nicht ausreichend wissenschaftliche Kompetenzen erworben zu haben und andererseits, die im Bachelorstudium erworbenen wissenschaftlichen Kompetenzen nicht gut in der beruflichen Praxis anwenden zu können.

> *„[...] wäre es manchmal besser, also das konkrete, wissenschaftliche Arbeiten, wenn das noch ein bisschen vertieft würde. Also wir haben das gemacht im Studium und uns auch Studiendesigns angeguckt. Geguckt, was macht eine gute Studie aus, was eine schlechte. Was gibt es für Vorgehensweisen? Aber es gab halt keine Praxis dazu im Studium." [ID_33:101_phy]*

3.2.3 ERGEBNISFELD 3: ZUFRIEDENHEIT UND AKZEPTANZ

In diesem Ergebnisfeld werden, basierend auf den Daten der Online-Befragung, Ergebnisse zur allgemeinen Zufriedenheit mit dem Beruf sowie zur Zufriedenheit mit den aktuellen Erwerbstätigkeiten berichtet, sowie die subjektive Beurteilung der Angemessenheit des durch die jeweiligen Erwerbstätigkeiten erzielten Einkommens. Weiter wird der Frage nachgegangen, in wie weit die Absolvent*innen ihrem Bachelorstudium eher Vor- oder Nachteile für ihre berufliche Tätigkeit im Vergleich zu einer fachschulischen Ausbildung zumessen. Die Akzeptanz der akademischen Qualifizierung aus der Perspektive der Berufskolleg*innen, der Vorgesetzten, Angehöriger anderer Berufsgruppen sowie der versorgten Klient*innen wird sowohl auf der Basis quantitativer Daten aus der Online-Befragung als auch auf Basis der qualitativen Daten aus den Interviews berichtet.

3.2.3.1 ZUFRIEDENHEIT MIT DEM BERUF

Die allgemeine Berufszufriedenheit ist insgesamt in allen Berufsgruppen hoch ausgeprägt (Abbildung 32). Auf der von 0 (= gar nicht) bis 4 (= in sehr hohem Maße) angelegten Skala liegen in allen Berufsgruppen mehr als die Hälfte der Absolvent*innen bei 3-4 Punkten, also im tendenziell zufriedenen Bereich.

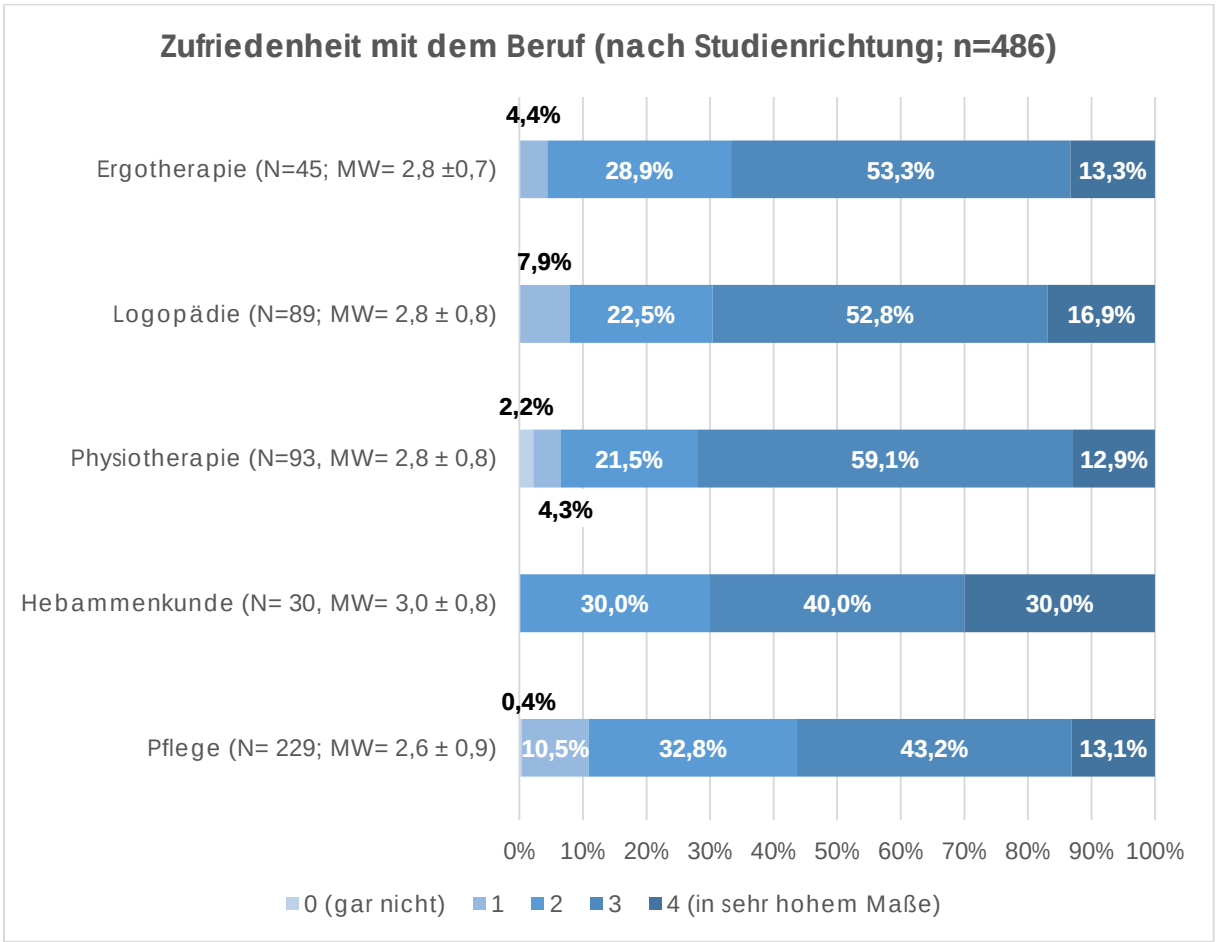


Abbildung 32: allgemeine Berufszufriedenheit (nach Berufsgruppen)

Die Pflegenden (56,3% tendenziell positiv) weisen dabei eine niedrigere allgemeine Berufszufriedenheit auf als die übrigen Berufsgruppen (zwischen 66,6% und 71,3%). Die übrigen Absolvent*innen antworteten überwiegend in der mittleren, neutralen Kategorie. Keine der Hebammen zeigte sich tendenziell unzufrieden, bei den therapeutischen Berufen waren 4,4% (Ergotherapie) bis 7,9% tendenziell unzufrieden. Unter den Pflegenden lag der Anteil mit 10,9% etwas höher. Mit „gar nicht“ antworteten ausschließlich Absolvent*innen der Physiotherapie (2,2%, 2 Personen) und der Pflege (0,4%, eine Person).

3.2.3.2 VOR- BZW. NACHTEILE DURCH DAS BACHELORSTUDIUM IM VERGLEICH ZU EINER FACHSCHULISCHEN AUSBILDUNG

Im Vergleich zur entsprechenden fachschulischen Ausbildung sehen in allen Berufsgruppen über 70% der Absolvent*innen tendenziell Vorteile durch ihr Bachelorstudium. Der Anteil der Befragten, die tendenziell Nachteile sehen, liegt in allen Berufsgruppen unter 5%, in der Physiotherapie kamen diese Kategorien gar nicht vor (Abbildung 33).

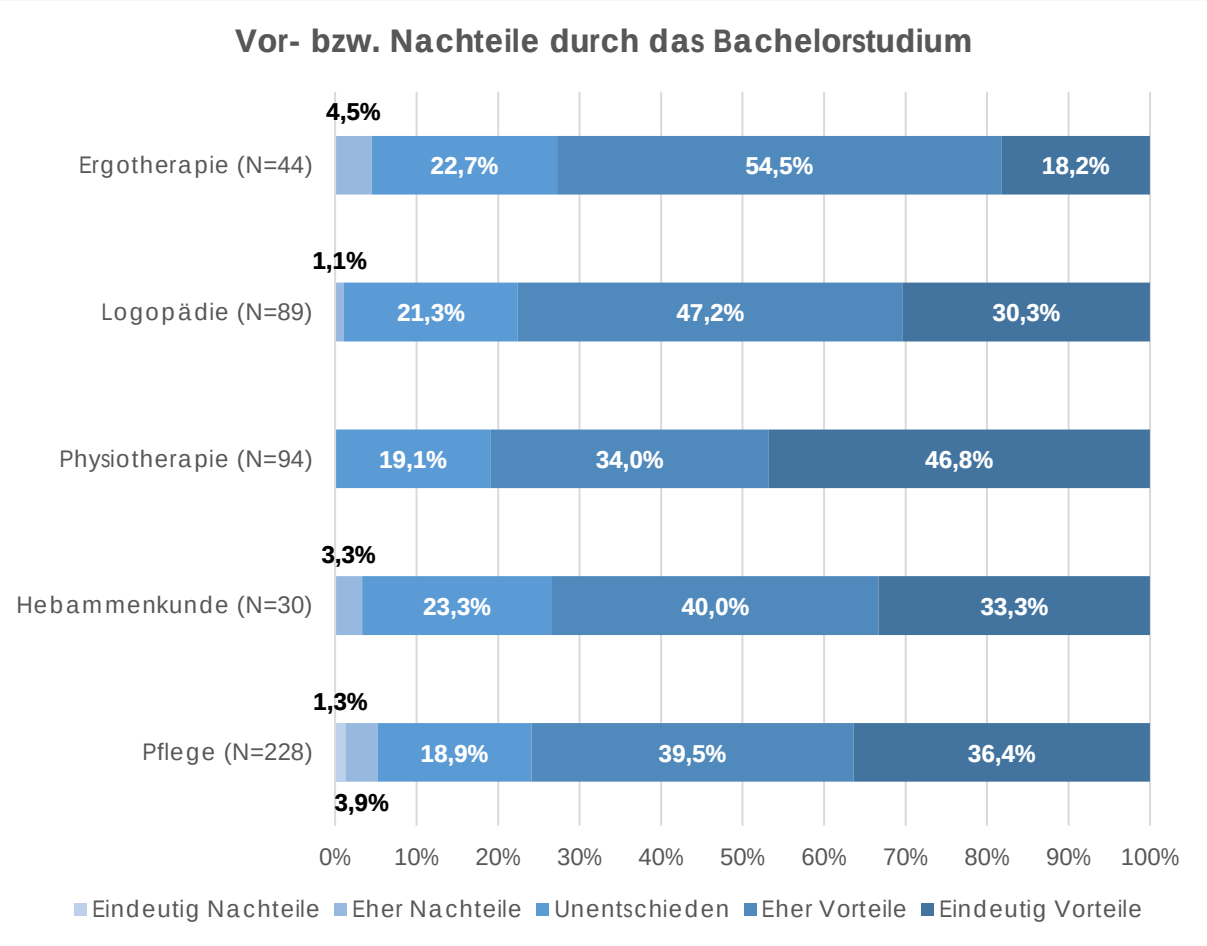


Abbildung 33: Vor- bzw. Nachteile durch das Studium

3.2.3.3 ZUFRIEDENHEIT MIT DEN AKTUELLEN ERWERBSTÄTIGKEITEN

In allen fünf Berufsgruppen sind die Befragten tendenziell zufrieden mit ihren aktuellen Haupterwerbstätigkeiten. Bei einem möglichen Wertebereich zwischen 0 (gar nicht) und 4 (in sehr hohem Maße) liegen die arithmetischen Mittelwerte zwischen 2,51 (Pflege) 2,78 (Logopädie und Physiotherapie). Der Anteil der Befragten, die die Zufriedenheit mit ihrer Haupterwerbstätigkeit im positiven Spektrum (mit den beiden höchsten Kategorien) bewerteten, liegt in der Ergotherapie bei 53,7%, in der Logopädie bei 67,5%, in der Physiotherapie bei 70,8%, in der Hebammenkunde bei 51,7% und in der Pflege bei 54,0% (Abbildung 34).

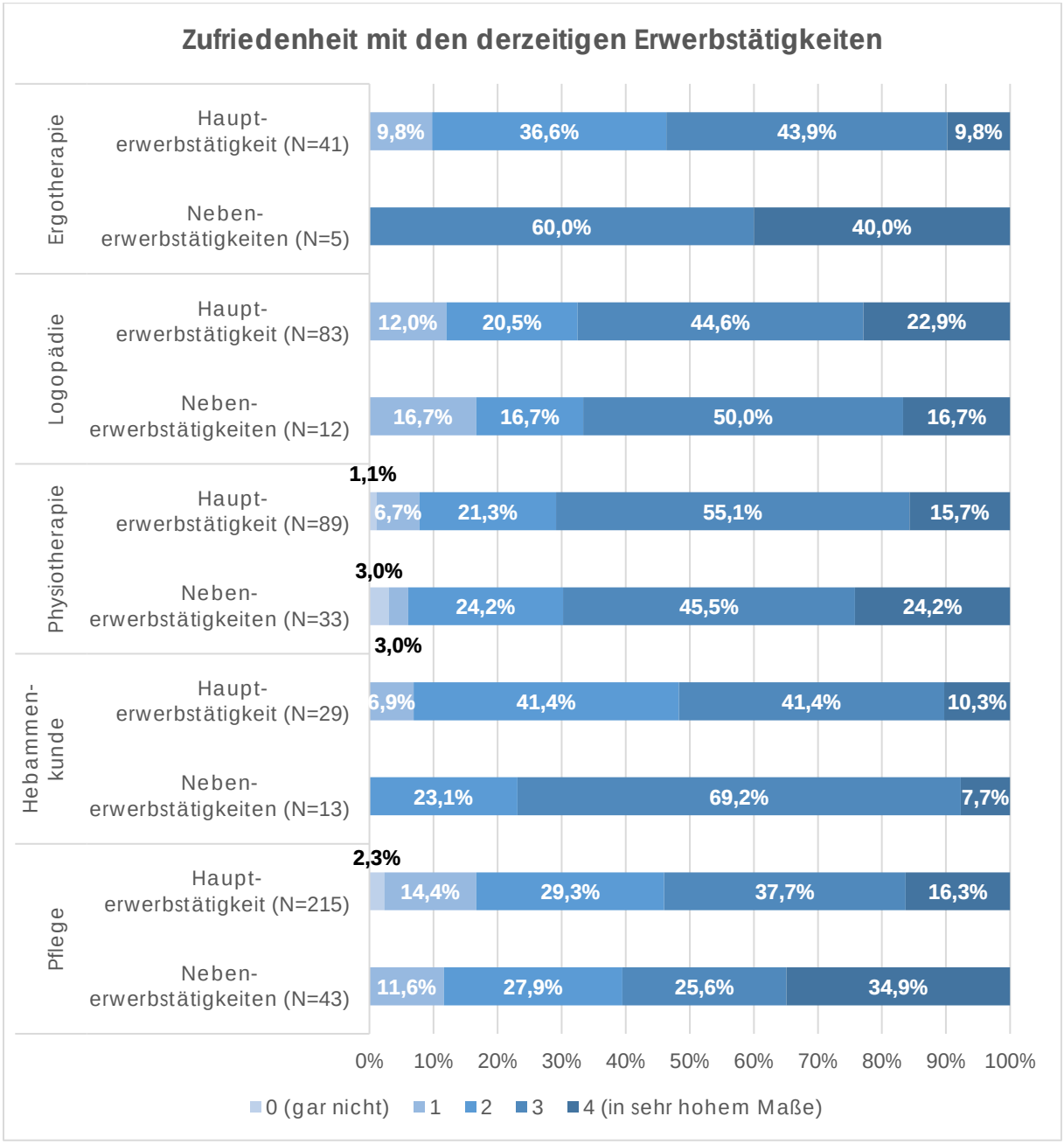


Abbildung 34: Zufriedenheit mit den aktuellen Erwerbstätigkeiten

Die Zufriedenheit wurde in der Physiotherapie von 1,1% und in der Pflege von 2,3% der Befragten mit der niedrigsten Kategorie (gar nicht) bewertet, in den übrigen Berufskategorien kam diese Kategorie gar nicht vor. Stärker als die übrigen Berufsgruppen (41,4%) gaben die Hebammen die neutrale mittlere Antwortkategorie an. Bei den Nebenerwerbstätigkeiten liegt die Zufriedenheit in allen Berufsgruppen höher als die Zufriedenheit mit den Haupterwerbstätigkeiten. Besonders deutlich ist dieser Unterschied in der Ergotherapie, dort ist die Fallzahl der Nebentätigkeiten allerdings auch sehr gering.

3.2.3.4 SUBJEKTIVE ANGEMESSENHEIT DES EINKOMMENS FÜR DIE JEWEILIGE ERWERBSTÄTIGKEIT

Die Absolvent*innen beurteilen die Angemessenheit des durch ihre Haupterwerbstätigkeiten erzielten Einkommens überwiegend negativ (Abbildung 35). Die Hebammen, deren Brutto-Stundenlöhne über jenen der anderen Berufsgruppen liegen, beurteilen die Angemessenheit des Einkommens dennoch am negativsten (17,2% tendenzielle Zustimmung). In der Logopädie befinden 26,5% ihr durch die Haupterwerbstätigkeit erzieltes Einkommen als tendenziell angemessen, in den anderen drei Berufsgruppen liegt der Anteil über einem Drittel der Befragten. Die Einkommen aus den Nebenerwerbstätigkeiten werden in allen Berufsgruppen positiver beurteilt.

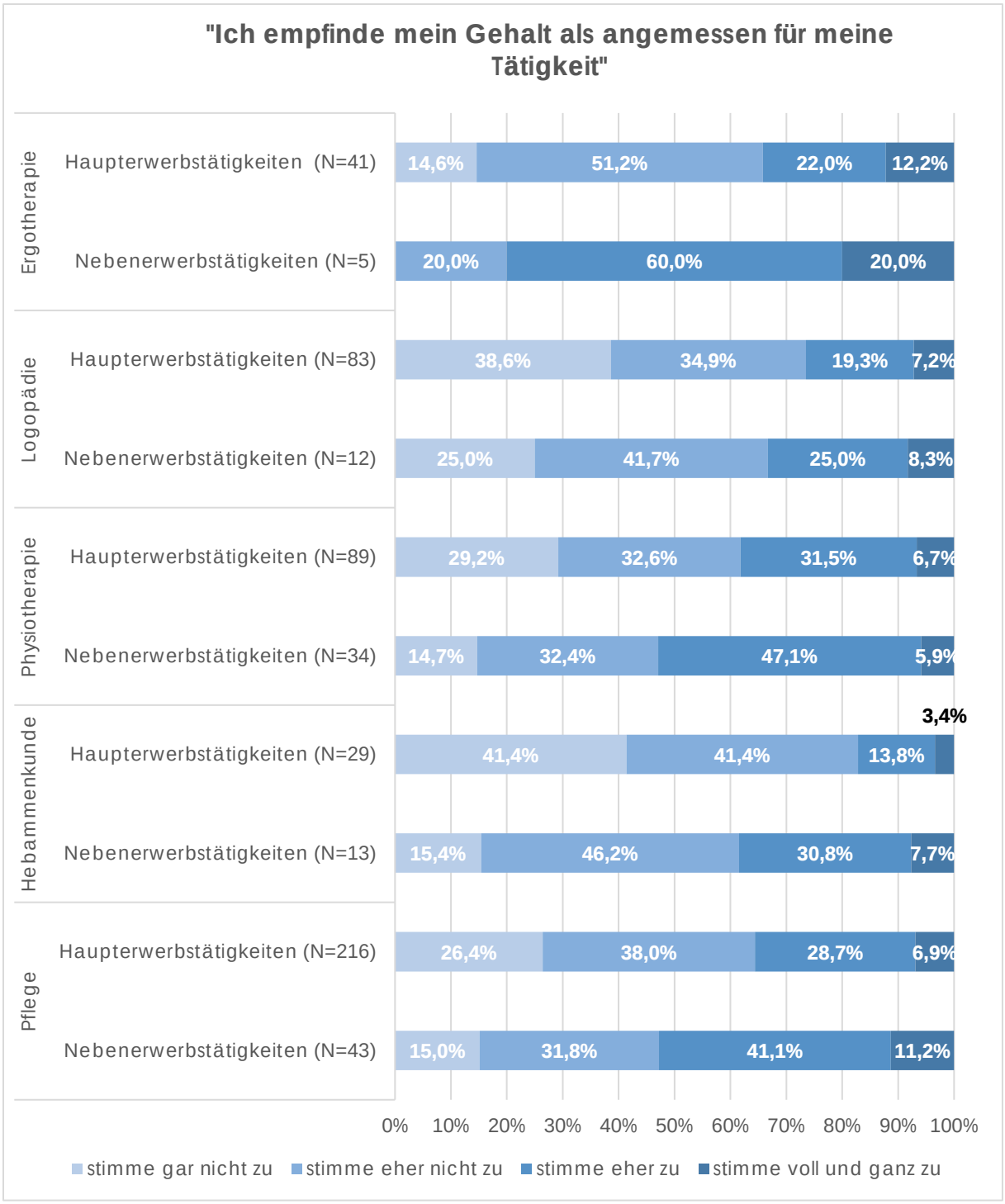


Abbildung 35: Bewertung der Angemessenheit des durch die jeweilige Erwerbstätigkeit erzielten Einkommens

3.2.3.5 AKZEPTANZ DER ABSOLVENT*INNEN IM BERUFLICHEN UMFELD

Gefragt danach, in wie weit Berufskolleg*innen, Vorgesetzte, Angehörige anderer Berufsgruppen sowie die versorgten Klient*innen die eigene akademische Qualifizierung als positiv wahrnehmen, zeigte sich ein hoher Anteil an Befragten, die angaben, dies nicht beantworten zu können. Dieser Anteil liegt hinsichtlich der Perspektiven der Klient*innen sowie der Angehörigen anderer Berufsgruppen besonders hoch (je nach Berufsgruppe zwischen 20,0% und 42,2%).

In allen vier Perspektiven überwiegt die tendenziell positive Wahrnehmung. Die positive Wahrnehmung durch andere Berufsgruppen wird in allen Studienrichtungen am geringsten eingeschätzt. Unter den Hebammen (50%) überwiegt hier der Anteil der Befragten, die einer positiven Wahrnehmung durch andere Berufsgruppen tendenziell nicht zustimmen, unter den Physiotherapeut*innen ist das Verhältnis ausgeglichen (je 26,7% tendenzielle Zustimmung und Nicht-Zustimmung). Angehörige anderer Berufsgruppen sind auch in den übrigen Studienrichtungen die Gruppe, der die Absolvent*innen hinsichtlich einer positiven Wahrnehmung die niedrigsten Werte attestieren. Seitens der eigenen Berufskolleg*innen erleben die Absolvent*innen zu hohen Anteilen eine positive Wahrnehmung. Gleiches gilt für die Klient*innen und die Vorgesetzten, lediglich unter den Hebammen ist hier das Verhältnis von Zustimmung zu Nicht-Zustimmung ausgeglichen (Abbildung 36).

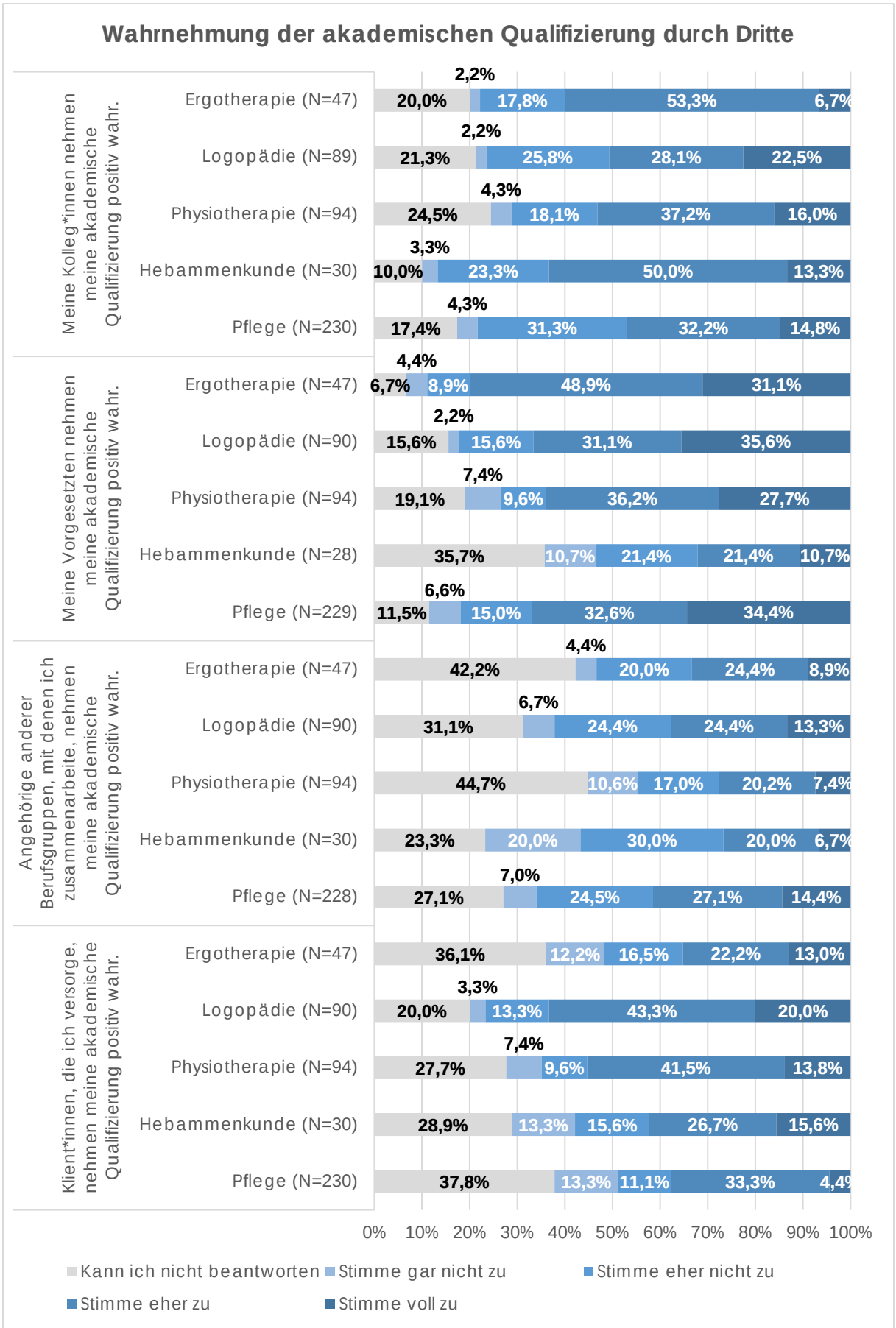


Abbildung 36: Wahrnehmung der akademischen Qualifizierung durch Dritte

Aus den Daten der qualitativen Interviews konnten in Bezug auf die Wahrnehmung des akademischen Abschlusses zwei Oberkategorien gebildet werden, die als „positive Wahrnehmung“ und „negative Wahrnehmung“ bezeichnet wurden. Beide Oberkategorien unterteilen sich in drei Unterkategorien (Tabelle 19).

Tabelle 19: Wahrnehmung des akademischen Abschlusses durch das berufliche Umfeld

Oberkategorie		Unterkategorie	
1	**Positive Wahrnehmung**	1.1	Kolleg*innen
		1.2	Vorgesetzte
		1.3	andere Berufsgruppen
2	**Negative Wahrnehmung**	2.1	Zweifel am Mehrwert des Studiums
		2.2	Studium qualifiziert nicht für die Berufspraxis
		2.3	Sorge um Konkurrenz*
*Unterkategorie beruht auf einer Einzelaussage			

In der ersten Kategorie sind Aussagen von Absolvent*innen zusammengefasst, die von positiven Wahrnehmungen hinsichtlich ihres akademischen Abschlusses berichten. Hierbei wurde bei den Unterkategorien nach Personengruppen differenziert, woraus sich die Unterkategorien „Kolleg*innen“, „Vorgesetzte“ und „andere Berufsgruppen“ ergaben.

Die Absolvent*innen berichteten von positiven Aussagen ihrer Kolleg*innen in Bezug auf die Wahrnehmung ihres akademischen Abschlusses, ohne dies inhaltlich weiter zu konkretisieren. Andere Absolvent*innen erzählten von Interessensbekundungen für das Bachelorstudium.

> *„Also, einige Kollegen, die auch demgegenüber offener sind, waren da auch. Haben sich auch mitgefreut und freuten sich auch, dass jemand da ist, der das geschafft hat, irgendwie.“ [ID_18:121_pflege]*

Die positive Wahrnehmung des akademischen Abschlusses zeigt sich auch darin, dass die Kolleg*innen aktiv auf die Absolvent*innen zugehen und ihre im Studium erworbenen Kompetenzen in der Praxis nutzen wollen. Kolleg*innen kontaktieren die Absolvent*innen bei berufsfachlichen Fragestellungen und erhoffen sich dadurch Impulse, die Fragestellungen bearbeiten zu können.

> *„Also, was ich tatsächlich sehr positiv fand war, wobei, ja, doch- War, dass es Kollegen gab, die bei irgendeinem bestimmten Thema nicht weiterkamen oder sich eine Frage gestellt hatten und aber nicht wussten, wie sie da irgendwie auf eine Lösung kommen sollen. Oder auch wie sie Inhalte finden sollen und so und die dann tatsächlich eben*

gefragt haben und meinten, ob man- Also, ob ich da eine Idee hätte aufgrund der Qualifikation sozusagen, die ich da hatte." [ID_40:173_ergo]

Nicht alle Absolvent*innen erlebten zu Beginn der Aufnahme ihrer Tätigkeit eine positive Wahrnehmung des akademischen Abschlusses durch ihre Kolleg*innen. Insbesondere bei Antritt einer neuen Arbeitsstelle äußerten sich die Kolleg*innen den Absolvent*innen gegenüber kritisch, was ihren akademischen Abschluss betraf. Erst im zeitlichen Verlauf gelang es den Absolvent*innen, die anfangs eher skeptische Wahrnehmung in eine positive zu verändern.

„Ja also, wie gesagt, alle Kollegen haben die grund[ständige] Ausbildung absolviert. Von daher wurde man zu Beginn doch etwas mit Vorsicht, wurde mit Vorsicht agiert. Jetzt, so nach zwei Jahren, wo ich jetzt dort arbeite, ist es aber ein sehr vertrauensvolles Verhältnis." [ID_14:125_pflege]

Bei den Vorgesetzten zeigt sich eine positive Wahrnehmung unter anderem in positiven Äußerungen den Absolvent*innen gegenüber, in denen sie von Stolz über die erfolgreiche Absolvierung des Bachelorstudiums sprechen. Andere Vorgesetzte betonen, *„nur noch Studenten einstellen [zu] wollen, weil die Qualität da deutlich besser wäre" [ID_3:104_phy]*.

Auch die Vertreter*innen anderer Berufsgruppen äußern sich positiv über den akademischen Abschluss der Absolvent*innen. Dabei wird von den Absolvent*innen insbesondere die positive Wahrnehmung des akademischen Abschlusses durch Ärzt*innen betont. Andere Berufsgruppen werden von den Absolvent*innen in den Interviews in diesem Kontext nicht erwähnt.

„Bei den Ärzten ist es eher andersherum. Die sind eher interessiert und freuen sich über jemanden, der studiert hat." [ID_22:211_log]

Die nächste Oberkategorie umfasst Aussagen, die sich in Bezug auf den akademischen Abschluss der Absolvent*innen skeptisch bis stark ablehnend äußern. Anhand des Interviewmaterials sind die Unterkategorien nicht nach Personengruppen, sondern nach inhaltlichen Aspekten untergliedert, die im Kontext negativer Wahrnehmung wiederkehrend erwähnt wurden. Ein erster inhaltlicher Aspekt, der auf eine negative Wahrnehmung des akademischen Abschlusses hinweist, umfasst den Zweifel am Mehrwert, den ein Studium im Vergleich zur fachschulischen Ausbildung mit sich bringt. Sowohl Kolleg*innen als auch Vertreter*innen anderer Berufsgruppen äußern, dass sie keine Notwendigkeit des Studierens erkennen.

„Also in der Praxis war es so, dass die, ja mir schon mit Skepsis eigentlich entgegengeblickt haben. Viele haben sich gefragt: Ja warum muss man denn

überhaupt studieren? Viele haben das gar nicht verstanden, was da der Sinn ist und vor allem auch wo der Unterschied zu einer normalen Ausbildung ist." [ID_3:94_phy]

Dabei verweisen die Absolvent*innen auf die Berufsgruppe der Pflegenden, in der sich eine stark skeptische Haltung dem akademischen Abschluss der Absolvent*innen gegenüber zeigt.

> „Von Pflegenden erlebe ich es tatsächlich auch häufig als eher so abwegig irgendwie. Also, warum und es ist doch gar nicht nötig. Und irgendwie auch- Also, häufig auch als ein bisschen negativ." [ID_40:191_ergo]

Ein weiterer Aspekt betrifft die Ausrichtung des Studiums an der beruflichen Praxis. Die Absolvent*innen werden mit Vorurteilen konfrontiert, dass im Bachelor-Studium der Praxis-Anteil zu gering sei und die Absolvent*innen demnach nicht gut auf die Tätigkeiten in der beruflichen Praxis vorbereitet seien. Insbesondere in diesem Kontext wurden einige stark negativ geprägte Aussagen artikuliert.

> *„Ja, ich bin tatsächlich damit konfrontiert worden, dass so ein Theoretiker ja nichts kann. Und dass man eben erstmal irgendwie- Dass es bestimmt schwierig wird mich einzuarbeiten und dass ich ja sicher einiges nachholen muss, um überhaupt so arbeiten zu können, wie diejenigen das können, die da tätig sind." [ID_39:184_phy]*

Die dritte Unterkategorie umfasst die „Sorge [von Kolleg*innen] um Konkurrenz". Hierunter fallen Aussagen, die sich skeptisch mit der zukünftigen Bedeutung der Absolvent*innen auseinandersetzen. So befürchten einige Kolleg*innen, in Zukunft von den Absolvent*innen abgelöst zu werden und somit nicht mehr benötigt zu werden.

> *„Und da werden schon auch noch andere Stimmen laut, die eben denken, dass wir dann die Hebammen, die nicht studiert sind, eben ablösen sozusagen, dass wir denken, wir wären besser oder so." [ID_1:164_heb]*

3.2.4 ERGEBNISFELD 4: FÖRDERFAKTOREN UND BARRIEREN DER BERUFSEINMÜNDUNG/–AUSÜBUNG

In diesem Ergebnisfeld werden auf Basis der quantitativen Daten der Online-Befragung die durch die Absolvent*innen berichteten Probleme bei der Berufseinmündung thematisiert. Auf Basis der qualitativen Interviews werden Ergebnisse zu förderlichen und hemmenden Faktoren für die Nutzung der im Studium erworbenen Kompetenzen dargestellt.

3.2.4.1 PROBLEME BEI DER BERUFSEINMÜNDUNG

Mehr als jede fünfte Hebamme (21,9%) gab an, Probleme bei der Einmündung in die Berufspraxis erlebt zu haben. In Ergotherapie und Pflege gab dies jede*r Zehnte Befragte an, in Logopädie und Physiotherapie lediglich 4,3% bzw. 6,2% (Abbildung 37).

Der in der Physiotherapie und der Pflege am häufigsten genannte Grund war, dass die Befragten sich nach dem Studium nicht sicher waren, für welche Aufgabenfelder ihr Studium sie qualifiziert hat.

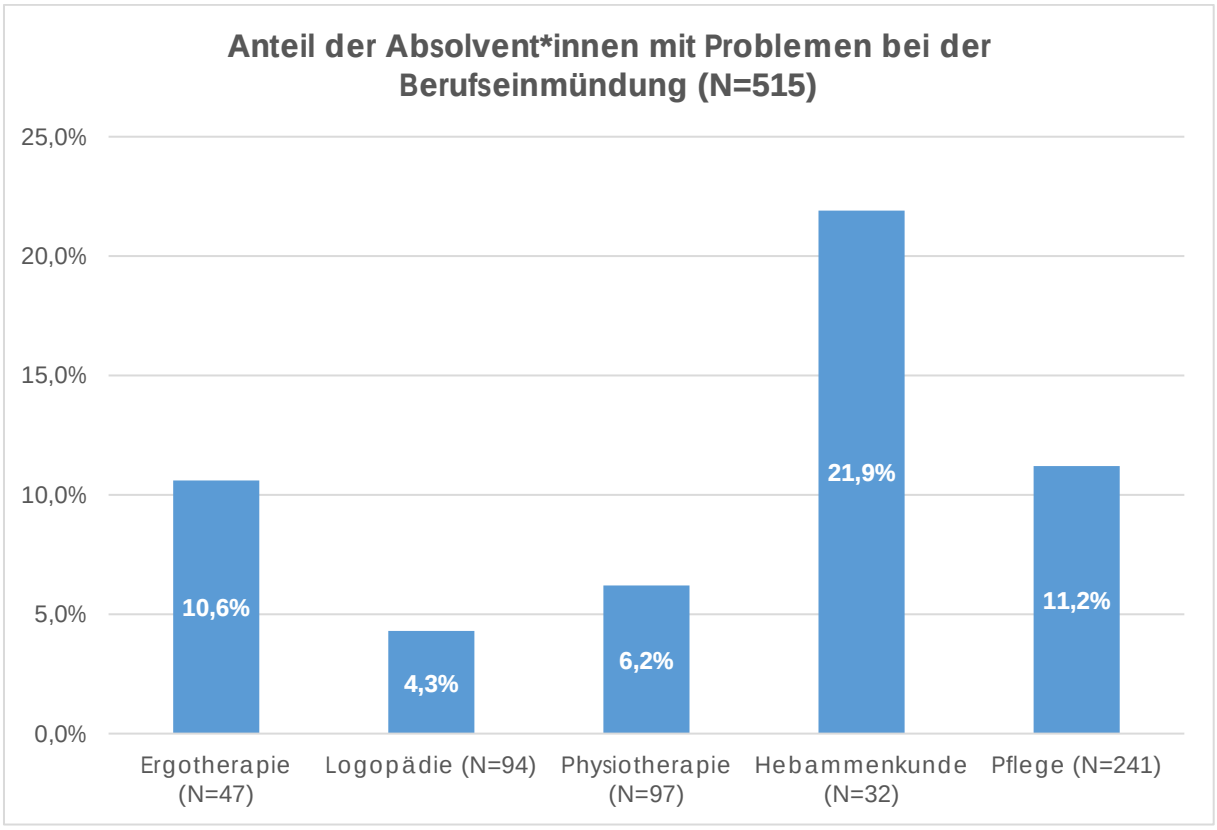


Abbildung 37: Probleme bei der Berufseinmündung

3.2.4.2 FÖRDERLICHE FAKTOREN FÜR DIE NUTZUNG DER IM STUDIUM ERWORBENEN KOMPETENZEN

In den qualitativen Interviews mit Absolvent*innen konnten in Bezug auf die förderlichen Aspekte drei Oberkategorien identifiziert werden, welche sich teilweise in mehrere Unterkategorien unterteilen ließen (Tabelle 20). Die drei Oberkategorien lauten „Motivation der Absolvent*innen“, „Aufgeschlossenheit des Arbeitsumfelds“ und „Übernahme zusätzlicher Aufgaben“.

Tabelle 20: förderliche Aspekte für die Nutzung der im Studium erworbenen Kompetenzen

Oberkategorie		Unterkategorie	
1	**Motivation der Absolvent*innen**	1.1	Bearbeitung wissenschaftlicher Fragestellungen in der Freizeit
2	**Aufgeschlossenheit des Arbeitsumfelds**	2.1	Aufgeschlossenheit von Kolleg*innen
		2.2	Aufgeschlossenheit von Vorgesetzten
		2.3	Aufgeschlossenheit von Klient*innen*
3	**Übernahme zusätzlicher Aufgaben**	3.1	Übernahme klientenferner Tätigkeiten
		3.2	Freistellung für zusätzliche klientenferne Tätigkeiten
		3.3	Flexible Spielräume in der Versorgungspraxis
* Unterkategorie beruht auf einer Einzelaussage			

In der ersten Oberkategorie stand die Motivation der Absolvent*innen im Vordergrund, die sie dazu bewegten, ihre im Studium erworbenen Kompetenzen in der Praxis anzuwenden. Die hohe Motivation kann sich darin zeigen, sich auch außerhalb der Arbeitszeiten mit dem für die Klient*innen bestmöglichen Vorgehen auseinanderzusetzen und hierzu zu recherchieren. Im Interviewmaterial zeigte sich auch ein hoher Anspruch der Absolvent*innen an sich selbst, den Klient*innen eine qualitativ hochwertige Versorgung bieten zu können. Sie lassen ein hohes Maß an Einsatzbereitschaft und Interesse daran erkennen, ihre im Bachelorstudium erworbenen Kompetenzen zugunsten der Klient*innen einzusetzen und sind bereit, Teile ihrer Freizeit darauf zu verwenden, sich mit fachlichen Inhalten auseinanderzusetzen.

> *„Wenn ich jetzt einmal einen Patienten habe, bei dem ich nicht weiterweiß oder bei dem ich wirklich merke, da will ich mehr darüber wissen, dann kommt eben diese intrinsische Motivation heraus. Dass ich sage: „Ich möchte es jetzt doch gerne wissen und ich bringe dafür jetzt auch Zeit in meinem Feierabend auf.“ [ID_22:82_log]*

Ein weiterer förderlicher Aspekt befasst sich inhaltlich mit dem Arbeitsumfeld, in dem die Absolvent*innen tätig sind und umfasst die Personen, mit denen die Absolvent*innen im

Rahmen ihrer Tätigkeit in Interaktion treten. Hierzu zählen neben den Kolleg*innen auch die Vorgesetzten und Klient*innen. Bei jeder dieser drei Personengruppen fanden sich, für die Anwendung der im Bachelorstudium vermittelten Kompetenzen, förderliche Aspekte.

In Bezug auf die erste Unterkategorie „Aufgeschlossenheit von Kolleg*innen" ist zu betonen, dass der Begriff „Kolleg*innen" nicht allein auf die Berufsgruppe anzuwenden ist, der die Absolvent*innen selbst angehören. Vielmehr sind auch Vertreter*innen anderer Berufsgruppen gemeint, mit denen die Absolvent*innen aus beruflichen Gründen interagieren. Kolleg*innen können auf unterschiedliche Arten förderlich wirken. Absolvent*innen berichteten von Kolleg*innen, die selbst einen akademischen Abschluss erworben haben und mit denen sie wissenschaftliche Fragestellungen bearbeiten konnten. Die Absolvent*innen konnten davon profitieren, dass diese Kolleg*innen in der Einrichtung mit der Durchführung von Projekten beauftragt waren und hierbei Unterstützung benötigten.

Doch auch die Kolleg*innen, mit denen die Absolvent*innen im Rahmen eines Teams verbunden waren, können die Anwendung der im Studium erworbenen Kompetenzen fördern, indem sie proaktiv auf die Absolvent*innen zugehen und sich nach dem aktuellen Wissensstand bei spezifischen Fragestellungen erkundigen.

> *„Also, gefördert, gefordert auf jeden Fall, also, Kollegen haben mich schon speziell auch manchmal angesprochen, wenn sie eine Fragestellung hatten." [ID_17:74_pflege]*

Auch andere Absolvent*innen berichteten vom Interesse ihrer Kolleg*innen an dem im Studium vermittelten Wissen. Insbesondere zeigten sich die Kolleg*innen auch daran interessiert, dieses Wissen in der Praxis anzuwenden und somit den Theorie-Praxis-Transfer zu unterstützen. Diese Kolleg*innen sehen in dem Wissen der Absolvent*innen eine sinnvolle Ergänzung zu ihrem Wissen und den von ihnen gesammelten Erfahrungen. Dies führte auch zu internen Fortbildungen innerhalb der Teams, in denen einerseits das Wissen und die Erfahrungen der fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen und andererseits die Kompetenzen der akademisch qualifizierten Absolvent*innen miteinander verzahnt wurden, sodass *„alle voneinander profitieren können" [ID_33:48_phy]*. Wie zuvor erwähnt, stellt die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Kolleg*innen anderer Berufsgruppen ebenfalls eine gute Gelegenheit dar, die im Bachelorstudium erworbenen Kompetenzen anzuwenden. Interdisziplinäre Zusammenarbeit war im Bachelorstudium ein inhaltlicher Schwerpunkt, zu dem die Absolvent*innen ausführlich geschult wurden. Da die Absolvent*innen im Rahmen ihrer Tätigkeit häufig mit Vertreter*innen anderer Berufsgruppen kooperieren, bietet sich hier die Gelegenheit, die im Studium vermittelten Kompetenzen anzuwenden.

Doch nicht nur die Aufgeschlossenheit der unmittelbaren Kolleg*innen kann förderlich bei der Anwendung der im Bachelorstudium erworbenen Kompetenzen sein, auch die Vorgesetzten können Einfluss darauf nehmen, inwiefern die Kompetenzen der Absolvent*innen genutzt werden. Die „Aufgeschlossenheit der Vorgesetzten" als förderlicher Aspekt zeigt sich

beispielsweise in Überlegungen, die Absolvent*innen in Projekten mitarbeiten zu lassen und somit auch explizit ihre Kompetenzen im Bereich des wissenschaftlichen Arbeitens zu nutzen.

> *„Ich weiß, dass mal die Überlegung war, da ich jetzt auch im Master angefangen habe, an Projekten mitzuarbeiten.“ [ID_9:54_pflege]*

Das Beispiel verdeutlicht die grundsätzlich positive Haltung der Vorgesetzten gegenüber den Absolvent*innen und ihren Kompetenzen, die sie mit in die berufliche Praxis einfließen lassen können. Zwar weisen die Absolvent*innen auf eine teils nur unzureichende Umsetzung der Ideen hin, aber die grundsätzliche Aufgeschlossenheit ist vorhanden. Den Absolvent*innen, die Tätigkeiten übernehmen, bei denen sie ihre Kompetenzen anwenden können, stehen gelegentlich auch Vorgesetzte mit akademischem Abschluss als Ansprechpartner*innen zur Verfügung, an die sie sich bei Fragen oder Unklarheiten wenden können. Diese können die Absolvent*innen dann bei der Umsetzung ihrer Tätigkeiten beraten und unterstützen, um zum Gelingen der jeweiligen Aufgabe beizutragen.

Auch die Klient*innen, die von den Absolvent*innen betreut werden, wenden sich mit Fragestellungen an die Absolvent*innen. Die Klient*innen erkundigen sich danach, ob die Wirksamkeit bestimmter Therapieverfahren wissenschaftlich belegt ist. Dies fordert die Absolvent*innen dazu auf, sich mit dieser Fragestellung im Rahmen einer Literaturrecherche intensiv auseinanderzusetzen. Dies zeugt von einer „Aufgeschlossenheit der Klient*innen“ wissenschaftlichen Erkenntnissen gegenüber. Indem sie sich mit ihren Fragen bezüglich der Wirksamkeit an die Absolvent*innen wenden, fördert dies die Anwendung der im Studium erworbenen Kompetenzen.

> *„… weil, also ich habe direkt mit den Frauen, klar, die fragen auch mal ein bisschen, gibt es dazu eine Studie oder so was und dann recherchiere ich mal, und damit fordern sie mich dann auch quasi heraus.“ [ID_28:63_heb]*

Die letzte Oberkategorie umfasst den Bereich zusätzlicher Aufgaben, die die Absolvent*innen übernehmen. Zusätzliche Aufgaben, die die Absolvent*innen übernehmen können recht deutlich an klassischen wissenschaftlichen Aufgaben wie der Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Projekt, einer wissenschaftlichen Studie oder der Recherche nach aktuellen Studien und Leitlinien orientiert sein. Die Übernahme solcher Aufgaben ist allein aufgrund des Studiums möglich. Fachschulisch qualifizierte Kolleg*innen können solche Aufgaben nicht übernehmen, da sie im Rahmen ihrer Qualifizierung nicht auf diese Tätigkeiten vorbereitet wurden. Die zusätzliche Aufgabe erfordert es in diesem Fall, die im Bachelorstudium erworbenen Kompetenzen einzubringen.

Andere Absolvent*innen übernehmen zusätzliche Aufgaben, die potentiell auch fachschulisch qualifizierte Kolleg*innen übernehmen können. Die interviewten Absolvent*innen berichteten von der Arbeit als *„Qualitätsmanagementbeauftragte, wo ich merke, dass ich da so mein*

Studienwissen gut miteinbringen kann" [ID_25:91_heb]. Ebenso empfinden Absolvent*innen die Freiberuflichkeit als eine Tätigkeit, die für die Anwendung der Kompetenzen förderlich ist. Neben den fachlichen Kompetenzen erfordert die Freiberuflichkeit die Einbringung organisatorischer Kompetenzen. Ein weiteres Beispiel für die Übernahme zusätzlicher Aufgaben stellt die Durchführung von Fortbildungen dar, mit welcher die Absolvent*innen beauftragt werden. Auch hier geschieht dies in Ergänzung zu den sonstigen anfallenden Aufgaben der Absolvent*innen in der klientennahen Versorgung. Ganz besonders deutlich wird der förderliche Einfluss zusätzlicher Aufgaben dann, wenn die Absolvent*innen Inhaber*innen einer eigens für sie geschaffenen Stelle sind. Die Zuschneidung der Stelle auf die Kompetenzen der Absolvent*innen fördert die Anwendung der im Bachelorstudium erworbenen Kompetenzen in besonderem Maß.

> *„Die Stelle wurde schon neu geschaffen für mich sozusagen. Auf Grundlage meiner Ausbildung. […] Ja. Die Stelle fördert auf alle Fälle das, was ich gelernt habe." [ID_10:42_ergo]*

Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Anwendung der Kompetenzen im Rahmen der Übernahme zusätzlicher Aufgaben stellt die Vorhaltung der erforderlichen zeitlichen und strukturellen Ressourcen dar, die für die anfallenden Tätigkeiten benötigt werden. In den Interviews konnten diesbezüglich zwei verschiedene Ansätze identifiziert werden. Einerseits wurden die Absolvent*innen für die Erledigung zusätzlicher Aufgaben freigestellt. Andererseits ergaben sich flexible Spielräume in der Versorgungspraxis. Die Absolvent*innen berichteten von einer Freistellung, um in *„wissenschaftlichen Projekten" [ID_14:38_pflege]* mitzuarbeiten oder anderweitig die *„Verbesserung der Patientenversorgung" [ID_17:76_pflege]* voranzutreiben. Hierfür wurden sie von ihren Tätigkeiten in der klientennahen Versorgung für eine bestimmte Anzahl an Tagen pro Monat entbunden. Dieses Modell der Bereitstellung von Zeiträumen wurde in den Interviews ausschließlich von Pflegekräften berichtet. Absolvent*innen aus den anderen Berufsgruppen berichteten davon, Spielräume zu nutzen, die sich während der Tätigkeit in der klientennahen Versorgung ergaben. In ihren Aussagen beziehen sich die Absolvent*innen primär auf zeitliche Spielräume, die sich ergeben, in denen sie ihre im Bachelorstudium erworbenen Kompetenzen einsetzen können. Doch die Spielräume beziehen sich ebenfalls auf strukturelle Aspekte wie die Bereitstellung notwendiger elektronischer Geräte oder spezieller Räume, die die Absolvent*innen nutzen können.

> *„Dass ich einen Zugang-, oder einen sehr leichten Zugang zum Computer habe. In dem Fall habe ich einen eigenen Therapieraum mit eigenem Computer. Wo ich eben online auch auf Artikel und so etwas zugreifen kann." [ID_41:42_log]*

3.2.4.3 HEMMENDE FAKTOREN FÜR DIE NUTZUNG DER IM STUDIUM ERWORBENEN KOMPETENZEN

Die hemmenden Aspekte, die einem Einsatz der im Bachelorstudium erworbenen Kompetenzen entgegenwirken, lassen sich in die zwei Oberkategorien „Mangelnde Aufgeschlossenheit des Arbeitsumfelds“ und „Mangelnde Handlungs- und Entscheidungsspielräume“ untergliedern, die jeweils in zwei Unterkategorien aufgeteilt sind (Tabelle 21).

Tabelle 21: hemmende Aspekte für die Nutzung der im Studium erworbenen Kompetenzen

Oberkategorie		Unterkategorie	
1	**Mangelnde Aufgeschlossenheit des Arbeitsumfelds**	1.1	Mangelnde Aufgeschlossenheit von Kolleg*innen
		1.2	Mangelnde Aufgeschlossenheit von Vorgesetzten
2	**Mangelnde Handlungs- und Entscheidungsspielräume**	2.1	Einschränkungen in der Ausübung klientenferner Tätigkeiten
		2.2	Mangelnde Spielräume in der Planung, Durchführung und Evaluation klientennaher Tätigkeiten

Kontrastierend zu der „Aufgeschlossenheit des Arbeitsumfelds“ bei den förderlichen Aspekten, lässt sich in Bezug auf die hemmenden Aspekte eine mangelnde Aufgeschlossenheit feststellen. Sowohl Kolleg*innen, mit denen die Absolvent*innen zusammenarbeiten, als auch Vorgesetzte zeigen sich teils wenig aufgeschlossen für die Nutzung der Kompetenzen der Absolvent*innen, wodurch diese gehemmt wird. Bei den Kolleg*innen zeigt sich dies in einer kritisch-negativen Einstellung wissenschaftlichen Ergebnissen gegenüber.

> *„Es gibt immer wieder Kollegen, die wissenschaftliche Belege für wenig sinnvoll halten.“ [ID_10:47_ergo]*

Dementsprechend können die Absolvent*innen eher zurückhaltend agieren, was die Einbringung wissenschaftlicher Kompetenzen in die klientennahe Versorgung betrifft. Kolleg*innen schätzen den Stellenwert wissenschaftlicher Erkenntnisse im Vergleich mit ihren im Berufsleben gesammelten Erfahrungen als weniger bedeutsam ein, insbesondere dann, wenn sie schon viele Jahre in dem Beruf tätig sind.

> *„Wenn ich […] zum Beispiel sage: „Das ist nicht evidenzbasiert. Das ist nicht belegt.“. […] Da merke ich einfach, da sagt sie: „Nein, das habe ich so gelernt und das mache ich so.“ [ID_25:109_heb]*

Stark ausgeprägt ist die Skepsis, wenn die Absolvent*innen erst seit wenigen Wochen oder Monaten in der Praxis tätig sind. Den Kolleg*innen fällt zunächst der Umgang mit den Absolvent*innen nicht sehr leicht und sie stehen diesen kritisch gegenüber. Hier müssen sich die Absolvent*innen das Vertrauen ihrer Kolleg*innen erarbeiten, um die Akzeptanz für die Einbringung wissenschaftlicher Erkenntnisse zu erhöhen.

Analog zu den Ergebnissen der förderlichen Aspekte kommt auch bei den hemmenden Aspekten den Vorgesetzten eine bedeutsame Rolle zu, was den Einsatz der im Bachelorstudium erworbenen Kompetenzen betrifft. Teils fehlt es den Vorgesetzten an Ideen, wie die Kompetenzen der Absolvent*innen im Arbeitsalltag eingebracht und nutzbar gemacht werden können. Daher geht von ihnen auch nicht die Initiative aus, den Absolvent*innen zusätzliche Aufgaben aufzutragen, die sie gemäß ihrer akademischen Qualifizierung gut bearbeiten könnten. Ebenso wirkt es hemmend, wenn die Vorgesetzten nicht nur fehlende Ideen, sondern auch grundsätzlich kein Interesse an der Nutzung der Kompetenzen signalisieren. Eine Absolventin berichtet von einem Vorgesetzten, der auch bei aktiver Unterbreitung von Vorschlägen, wie die Absolventin ihre Kompetenzen einbringen könnte, kein Interesse an deren Nutzung zeigt.

> *„Er zeigt aber jetzt auch nicht wirklich Interesse daran, dass man ihm Vorschläge macht oder dass er mich zum Beispiel mehr einbindet, weil er ja weiß, dass ich auch das Studium gemacht habe.“ [ID_31:68_phy]*

Ergänzend hierzu nehmen die Absolvent*innen ein geringe Quantität an Stellenangeboten wahr, die explizit auch für die Nutzung der im Bachelorstudium erworbenen Kompetenzen formuliert sind.

Vorgesetzte können auch dann hemmend wirken, wenn sie Strukturen innerhalb der Institution abschaffen, die für die Absolvent*innen zum Einsatz ihrer Kompetenzen nützlich gewesen wären. Als Beispiel sei ein Journal Club angeführt, in dem innerhalb eines Teams Ergebnisse aus Studien diskutiert und über deren Relevanz für die berufliche Praxis beraten wurde. Ab einem gewissen Zeitpunkt wurden diese Besprechungen jedoch durch die Vorgesetzten ausgesetzt und fanden seitdem nicht mehr statt, *„weil sie das ein bisschen als verschwendete Zeit empfunden haben“ [ID_22:70_log].*

Aus den Aussagen der befragten Absolvent*innen lässt sich zudem die zweite Oberkategorie „Mangelnde Handlungs- und Entscheidungsspielräume“ ableiten. Diese ist inhaltlich wiederum in zwei Unterkategorien gegliedert, die sich auf klientenferne Tätigkeiten einerseits und klientennahe Tätigkeiten andererseits beziehen. Der dominierende Aspekt in beiden Unterkategorien betrifft den der Zeit. Es fehlt den Absolvent*innen an Zeit, um sowohl klientenferne als auch klientennahe Tätigkeiten auszuüben, bei denen sie ihre Kompetenzen anwenden könnten. In Bezug auf die klientenfernen Tätigkeiten mangelt es an Zeit, um wissenschaftliche Literaturrecherchen durchzuführen oder Studien zu lesen und zu analysieren.

Dies kann zu einer Verlagerung dieser Tätigkeiten in die Freizeit der Absolvent*innen führen. Im Personalmangel sehen die Absolvent*innen einen möglichen Grund für die fehlende Zeit.

> *„Dieser eine Tag im Monat, der mir eigentlich zugesichert war, wurde dann relativ schnell eingestellt, weil einfach die Grundversorgung, sage ich mal, auf der Station nicht gewährleistet war, da Kollegen ausgefallen sind, krank waren oder die Stellen nicht besetzt waren.“ [ID_14:45_pflege]*

Zudem sprechen die Absolvent*innen auch in der beruflichen Praxis vorherrschende starre Strukturen an, die teilweise bislang nur unzureichend auf die Kompetenzen der Absolvent*innen ausgerichtet sind und somit die Nutzung dieser hemmen. So können die Absolvent*innen selten auf die Art und den Umfang der von den Ärzt*innen verordneten Therapien Einfluss nehmen. Auch wenn die Absolvent*innen andere Therapien durchführen würden, sind sie zu einem gewissen Maß an das gebunden, was die Ärzt*innen verschreiben und die Krankenkassen bewilligen.

Bei den klientennahen Tätigkeiten zeigt sich in nahezu allen Schritten des therapeutischen Prozesses das Hemmnis der fehlenden Zeit. Sowohl bei der Vor- und Nachbereitung der Therapie auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse als auch bei der Durchführung und Evaluation der durchgeführten Interventionen wünschen sich die Absolvent*innen mehr Zeit, um ihre im Bachelorstudium erworbenen Kompetenzen einzusetzen. Als negative Folge mangelnder Zeit *„leidet dann natürlich schon auch die Qualität der Therapie“ [ID_41:59_log].* Die Absolvent*innen können ihr vorhandenes Potential in der Therapie und Versorgung nicht voll entfalten. Neben dem zeitlichen Aspekt können auch hausinterne Klinikstandards hemmenden Einfluss auf die Anwendung der Kompetenzen der Absolvent*innen nehmen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Absolvent*innen in ihrem Handeln an Klinikstandards gebunden sind, die nicht mehr dem besten aktuellen wissenschaftlichen Wissen entsprechen und eigentlich einer Aktualisierung bedürften. Auch wenn die Absolvent*innen auf solche bestehenden Diskrepanzen hinweisen, sind sie an die Einhaltung bestehender Klinikstandards gebunden und können ihr Fachwissen und ihre Kompetenzen aus dem Studium nicht in dem Umfang anwenden, wie es möglich wäre.

3.2.5 ERGEBNISFELD 5: PLANUNGS- UND ENTWICKLUNGSASPEKTE

In diesem Ergebnisfeld werden Ergebnisse auf Basis der Online-Befragung der Absolvent*innen zu ihren Karriereplänen dargestellt, zu bereits absolvierten weiteren Studiengängen und Weiterbildungen sowie zum konkreten Interesse der Befragten daran. Basierend auf den Daten der qualitativen Interviews mit jenen Absolvent*innen, die ein Masterstudium abgeschlossen haben, werden zudem Ergebnisse zu den von den Befragten dargelegten Gründen für die Aufnahme eines Masterstudiums dargestellt.

3.2.5.1 KARRIEREPLÄNE DER ABSOLVENT*INNEN

In der Berufsgruppe der Ergotherapeut*innen sind die Praxisanleitung (19,1%) sowie beratende Tätigkeiten (17.0%) die Karriereziele, die zum Befragungszeitpunkt am häufigsten als bereits erreicht angegeben wurden (Abbildung 38).

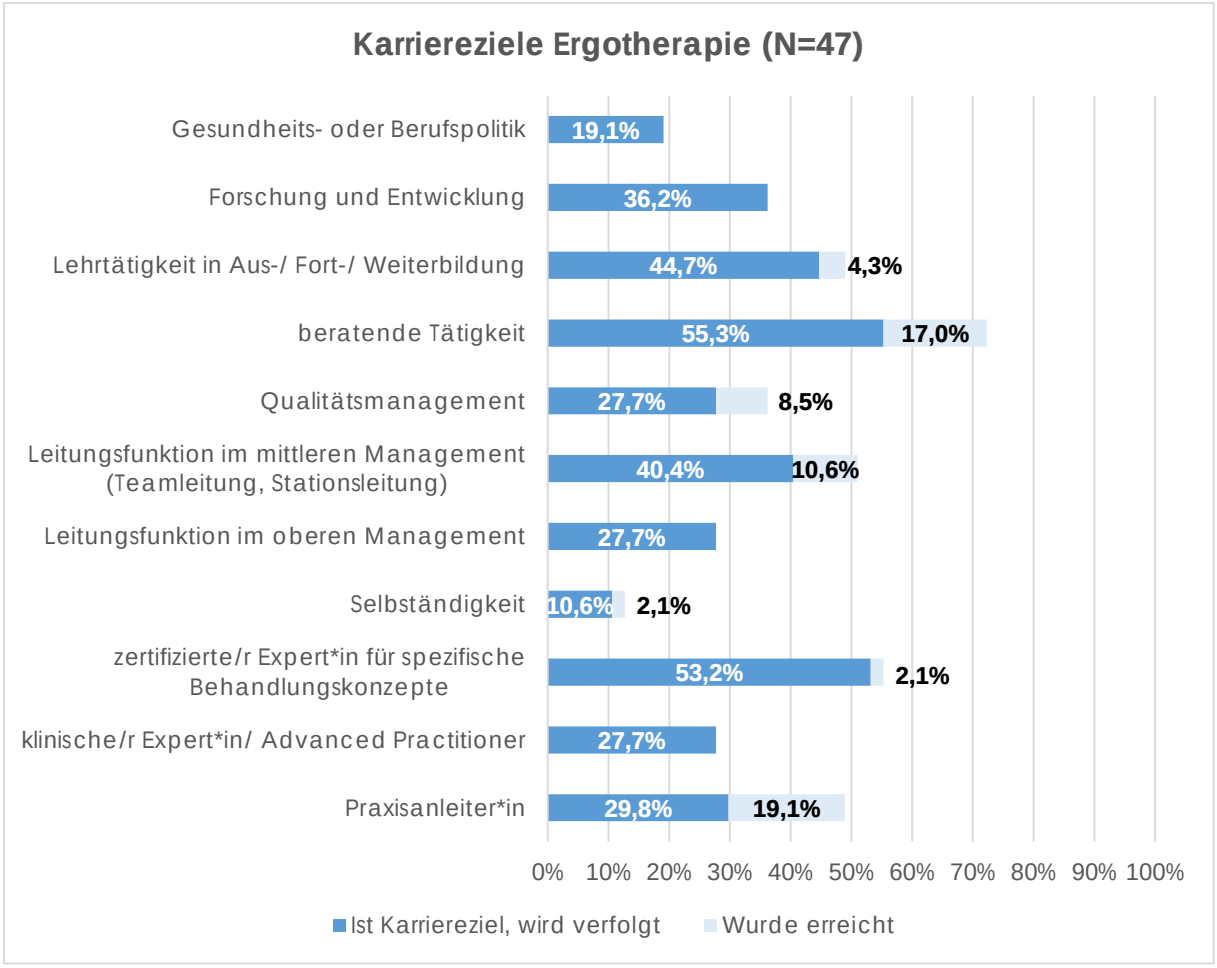


Abbildung 38: erreichte und aktuell verfolgte Karriereziele (Ergotherapie)

Jeweils mehr als die Hälfte der Befragten verfolgen beratende Tätigkeiten sowie zertifizierte Expertise für spezifische Behandlungskonzepte als Karriereziele. Auf Leitungsfunktionen im mittleren Management und auf Lehrtätigkeiten arbeiten jeweils über 40% der Befragten hin.

Eine selbstständige Tätigkeit spielt unter Ergotherapeut*innen eine deutlich geringere Rolle als Karriereziel als in den beiden anderen Therapieberufen.

Auch in der Logopädie sind beratende Tätigkeiten (13,7%) und Praxisanleitung (10,5%) die Karriereziele, die am häufigsten bereits erreicht wurden (Abbildung 39). Unter den derzeit verfolgten Karrierezielen wurden Leitungsfunktionen im mittleren Management sowie eine zertifizierte Expertise für spezifische Behandlungskonzepte von über 40% der Befragten angegeben, Letztere wurde auch bereits von 8,4% der Absolvent*innen als Karriereziel erreicht. Auch die übrigen als Antwortoptionen angegebenen Karriereziele werden mit Ausnahme von Tätigkeiten in der Gesundheits- oder Berufspolitik und Leitungsfunktionen im oberen Management von mindestens jeder*jedem Vierten der Absolvent*innen aktuell verfolgt.

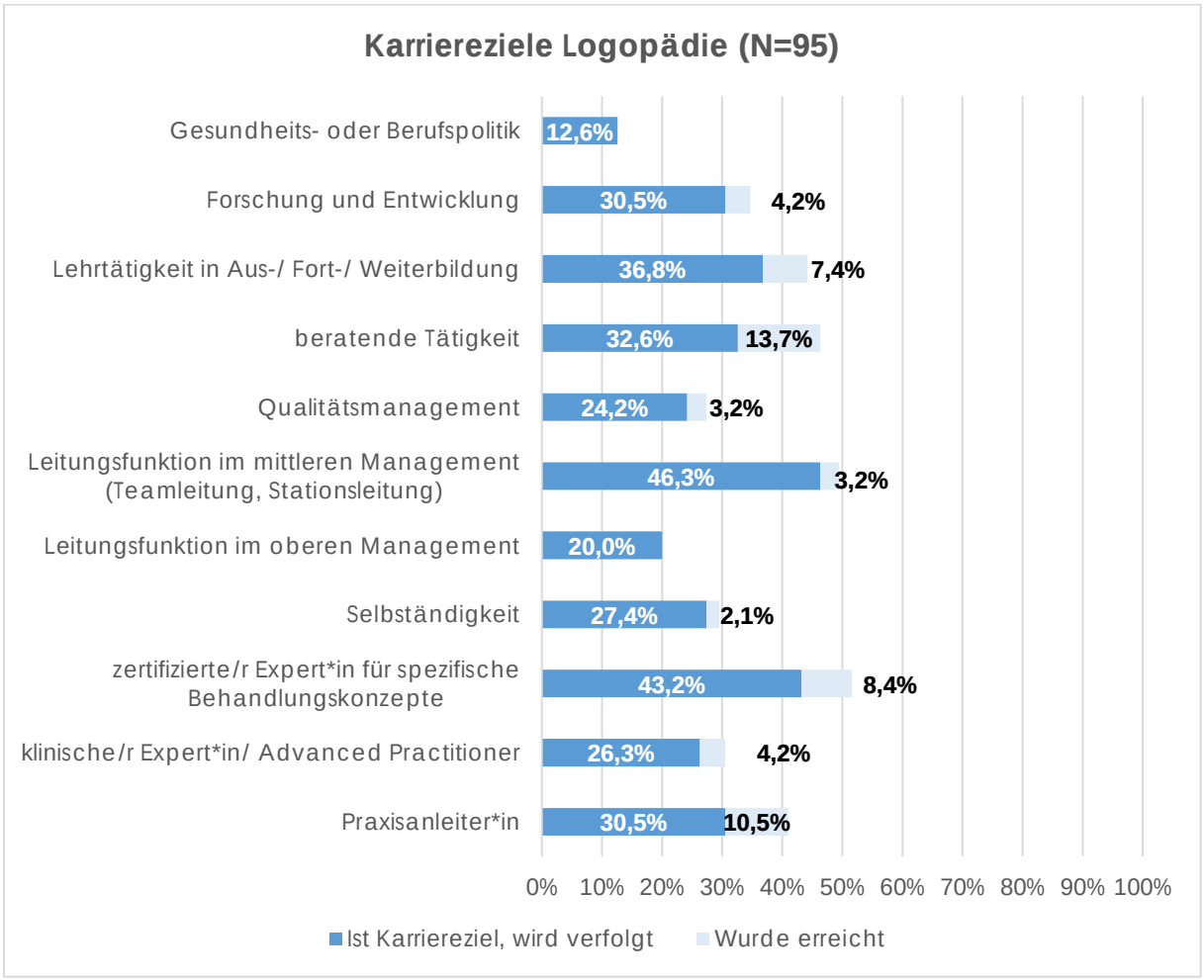


Abbildung 39: erreichte und aktuell verfolgte Karriereziele (Logopädie)

Beratende Tätigkeiten (13,4%), zertifizierte Expertise für spezifische Behandlungskonzepte (11,3%) sowie Praxisanleitung (10,3%) sind auch in der Physiotherapie die häufigsten bereits erreichten Karriereziele (Abbildung 40). Am häufigsten arbeiten die Befragten derzeit auf die Übernahme von Lehrtätigkeiten hin (43,3%). Tätigkeiten in Forschung und Entwicklung, beratende Tätigkeiten, Leitungsfunktionen im mittleren Management, zertifizierte Expertise für spezifische Behandlungsmethoden und die Funktion einer*eines klinischen Expert*in werden als Karriereziele von mehr als einem Dritten der Befragten aktuell verfolgt. Praxisanleitung spielt unter den Physiotherapeut*innen als Karriereziel eine geringere Rolle als in den beiden anderen Therapieberufen.

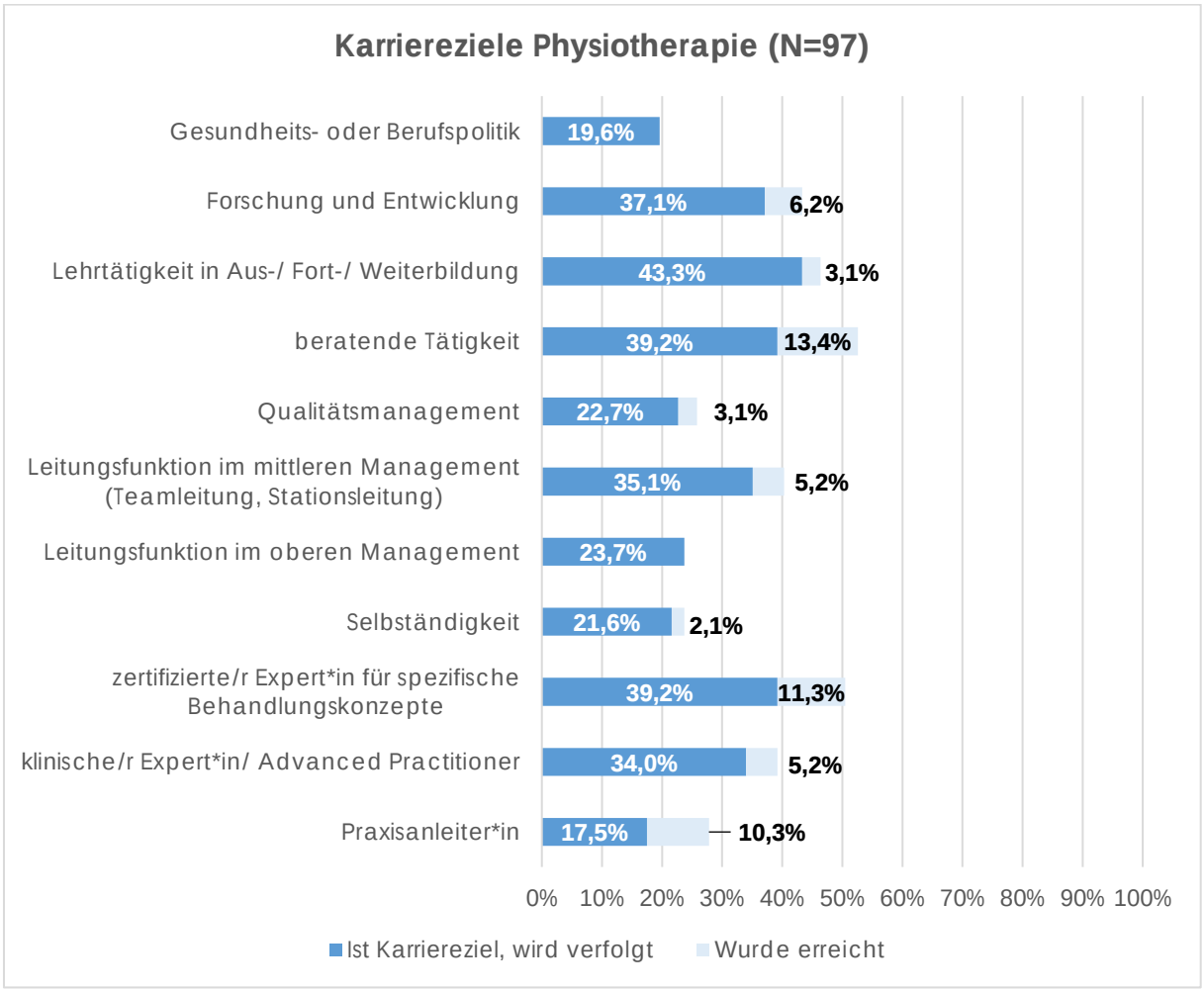


Abbildung 40: erreichte und aktuell verfolgte Karriereziele (Physiotherapie)

In der Hebammenkunde spielt die Selbstständigkeit als Karriereziel eine hervorgehobene Rolle, 62,5% der Befragten haben dieses Ziel erreicht, 18,8% verfolgen es (Abbildung 41). Auch das Ziel, beratende Tätigkeiten auszuüben, wurde von fast jeder zweiten Hebamme erreicht (46,9%) und wird von 25,0% verfolgt. Auch in Bezug auf das Ziel Tätigkeiten im Bereich Qualitätsmanagement auszuüben, unterscheiden sich die Hebammen von den anderen Berufsgruppen. 21,9% der Befragten gaben an, dieses Karriereziel erreicht zu haben, 15,6% streben dieses Ziel an. Tätigkeiten in den Bereichen Forschung und Entwicklung, Lehrtätigkeiten sowie eine Funktion als Praxisanleitung werden von mehr als einem Drittel der Hebammen als Karriereziel verfolgt. Leitungsfunktionen im mittleren oder oberen Management spielen nur eine geringe Rolle unter den Karrierezielen.

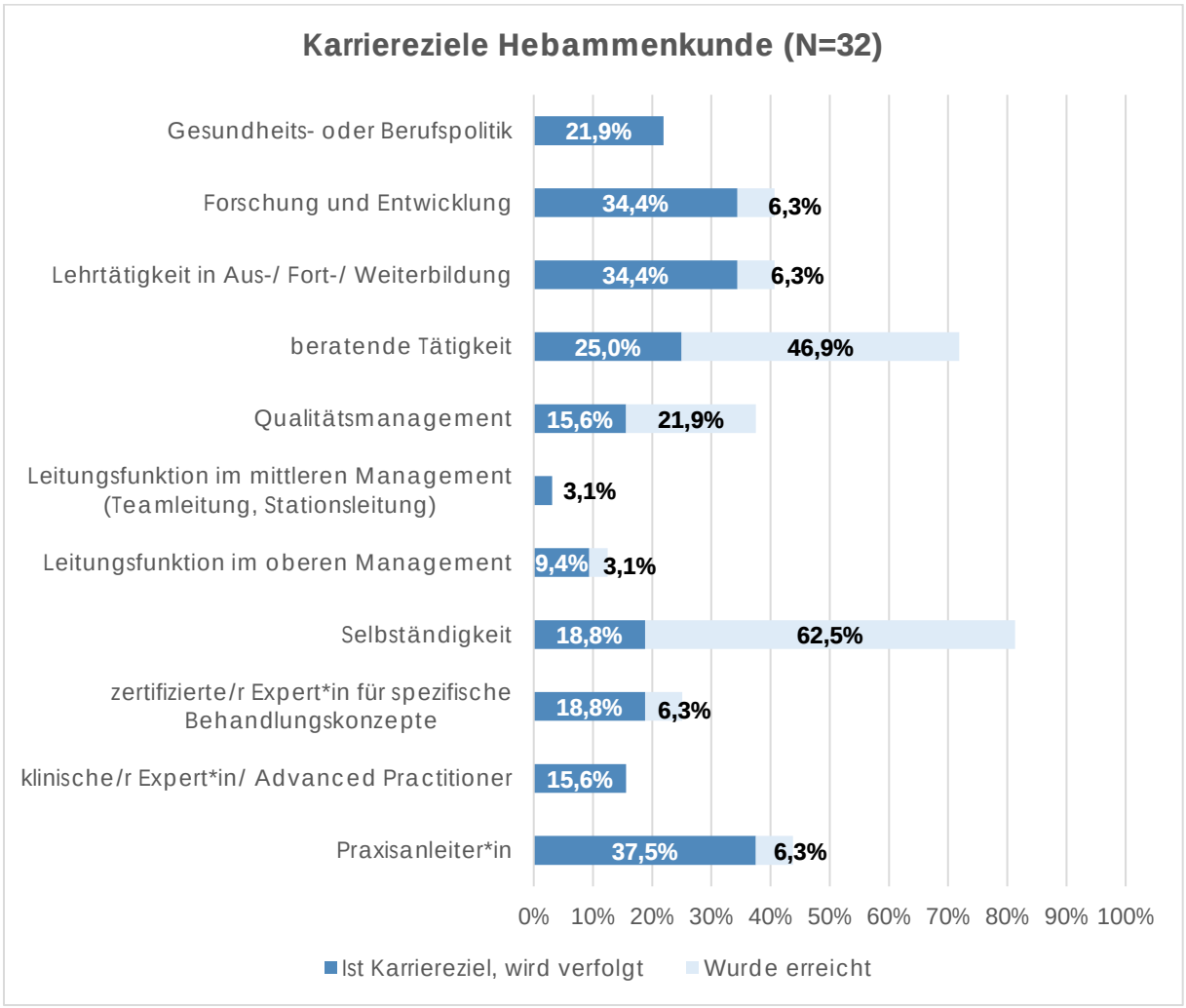


Abbildung 41: erreichte und aktuell verfolgte Karriereziele (Hebammenkunde)

Unter den bereits erreichten Karrierezielen der Pflegenden erreichen nur beratende Tätigkeiten (14,3%) zweistellige Werte (Abbildung 42). Diese werden als Karriereziel auch am stärksten verfolgt (43,9%). Ein Drittel der Pflegenden verfolgt, in deutlichem Kontrast zu den anderen Berufsgruppen, Leitungsfunktionen im oberen Management als Karriereziel. Auch Lehrtätigkeiten werden von einem guten Drittel der Befragten angestrebt. Jede*r vierte Pflegende verfolgt Tätigkeiten in Forschung und Entwicklung als Karriereziel. Qualitätsmanagement, Leitungsfunktionen im mittleren Management sowie Gesundheits- oder Berufspolitik werden von ca. jeder*jedem Fünften als Ziel verfolgt. Klinische Expertise (als Advanced Practitioner oder zertifizierte Expert*innen für spezifische Behandlungskonzepte) werden deutlich seltener als Karriereziel verfolgt als in den Therapieberufen.

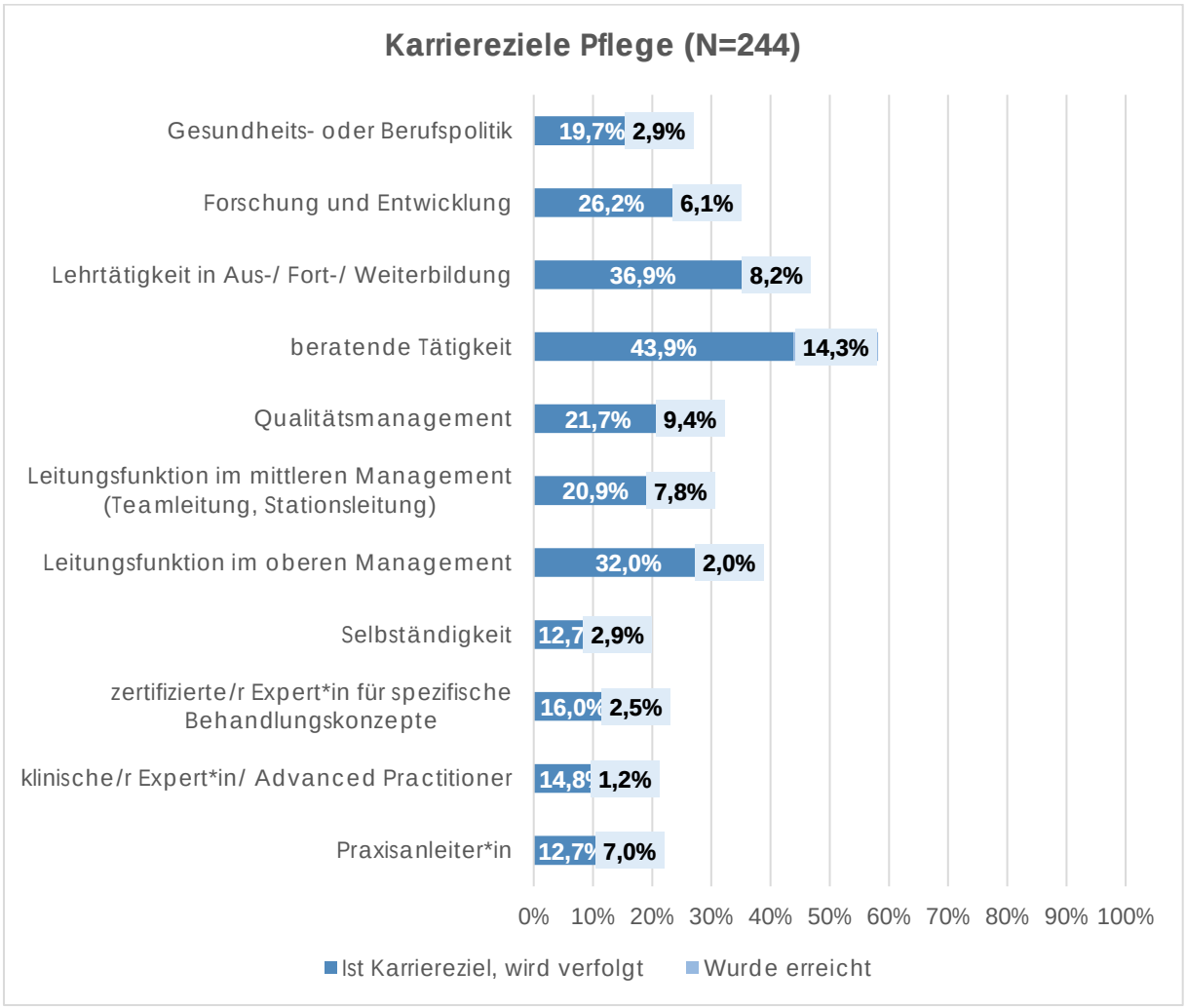


Abbildung 42: erreichte und aktuell verfolgte Karriereziele (Pflege)

3.2.5.2 WEITERES STUDIUM

In allen Berufsgruppen besteht ein starkes konkretes Interesse an der Aufnahme eines weiterführenden Studiums. Mit Ausnahme der Logopädie (39,9%) bejahen dies jeweils mehr als die Hälfte der Befragten (Abbildung 43).

Nur unter den Hebammen findet sich keine Absolventin, die nach ihrem Bachelorabschluss bereits ein weiteres Studium abgeschlossen hat, unter den Ergotherapeut*innen sind es 2,2% (eine Person). In den übrigen Berufsgruppen haben zwischen 11,7% (Pflege) und 18,1% (Physiotherapie) bereits ein weiteres Studium abgeschlossen.

In der Pflege ist der Anteil der sich aktuell in einem weiteren Studium befindlichen Absolvent*innen mit 37,7% auffällig hoch, in den anderen Berufsgruppen liegt er zwischen 23,3% und 28,9%.

Die Antworten auf die Fragen nach dem konkreten Interesse, an einem derzeit absolvierten sowie einem bereits abgeschlossenen weiteren Studium sind voneinander unabhängig. Auch Befragte, die bereits ein weiteres Studium abgeschlossen haben oder aktuell studieren, äußern durchaus Interesse an einem weiteren Studium.

Bei den Studiengängen, die abgeschlossen wurden bzw. aktuell studiert werden, handelt es sich in den häufigsten Fällen um gesundheitswissenschaftliche, klinisch (und ggf. interdisziplinär) ausgerichtete und managerielle Masterstudiengänge. Auch Berufspädagogik, Pflege-/ Hebammen-/ Therapiewissenschaften, Soziale Arbeit (jeweils Master) und Medizin wurden genannt, sowie auch andere (nicht weiter spezifizierte) Studiengänge abseits des Gesundheitsbereichs. Ein Teil der Befragten wählte für ein weiteres Studium auch einen weiteren Studiengang, der zum Bachelor führt. Ein*e Absolvent*in promoviert.

Bei der inhaltlichen Wahl des weiterführenden Studiums unterscheiden sich die Berufsgruppen. Unter den Absolvent*innen, die ein weiteres Studium aufgenommen (und ggf. abgeschlossen) haben, spielen managerielle und berufspädagogische Studienrichtungen in der Pflege und der Ergotherapie eine stärkere Rolle als unter den anderen Berufsgruppen. Die drei therapeutischen Berufsgruppen studieren zu einem höheren Anteil in klinisch ausgerichteten Studiengängen, diese spielen unter Hebammen und Pflegenden nur eine geringe Rolle. Physiotherapeut*innen studieren seltener Pflege-/ Therapie- bzw. hebammenwissenschaftliche Studiengänge, unter den Ergotherapeut*innen findet sich diese Nennung gar nicht. Gesundheitswissenschaften werden von allen Berufsgruppen studiert, allerdings von Ergotherapeut*innen und Logopäd*innen seltener als von den übrigen Berufsgruppen.

Unter den Studienrichtungen, für die ein konkretes Interesse an der Aufnahme eines entsprechenden Studiums angegeben wurde, dominieren klinisch (ggf. interdisziplinär) ausgerichtete Masterstudiengänge und die Promotion.

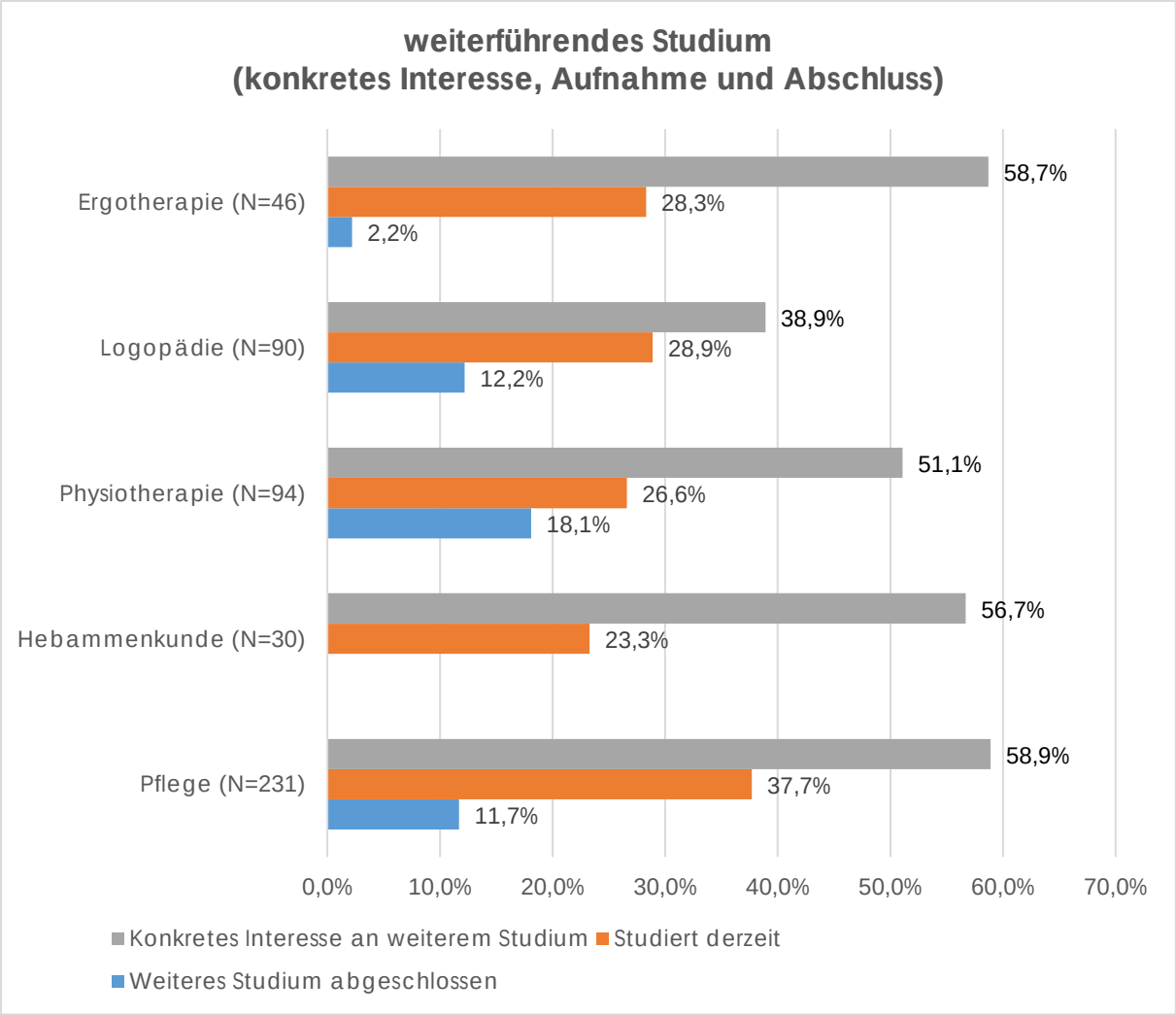


Abbildung 43: weiterführendes Studium (konkretes Interesse, Aufnahme und Abschluss)

Absolvent*innen, die bereits einen Masterabschluss erworben haben, unterscheiden sich signifikant von den Absolvent*innen ohne Masterabschluss hinsichtlich der Klientennähe ihrer Haupterwerbstätigkeit ($p<0.001$, exakter Test nach Fisher). Während 81,1% der Absolvent*innen ohne Masterschluss mit einem der drei klientennahen Erwerbstätigkeitsprofile zu charakterisieren sind, trifft dies unter den Masterabsolvent*innen nur auf 44,7% der Personen zu. Auch wenn die Fallzahl der Masterabsolvent*innen mit 54 Personen noch gering ausfällt, deutet dieser Befund darauf hin, dass sich Absolvent*innen nach einem Masterstudium stärker in Richtung klientenferner Erwerbstätigkeiten orientieren.

In Bezug auf die Gründe, die die Absolvent*innen dazu bewogen, in einem Master-Studiengang zu studieren, ließen sich aus den qualitativen Interviews die vier Oberkategorien „Rahmenbedingungen“, „körperliche Belastung“, „Aneignung und Vertiefung von Kompetenzen“ und „Erschließung neuer beruflicher Betätigungsoptionen“ bilden.

Tabelle 22: Gründe für die Aufnahme eines Master-Studiums

Oberkategorie		Unterkategorie	
1	**Aneignung und Vertiefung von Kompetenzen**	1.1	Detaillierte Kenntnisse über spezifische praxisrelevante Tätigkeitsfelder erlangen.
		1.2	Detaillierte Kenntnisse zu wissenschaftlichen Themengebieten erlangen.
		1.3	Aneignung von betriebswirtschaftlichem Wissen*
2	**Erschließung neuer beruflicher Betätigungsoptionen**	2.1	Der Masterabschluss ermöglicht den Zugang zur Promotion.
		2.2	Der Masterabschluss qualifiziert für Lehr-/Dozententätigkeit.
		2.3	Der Masterabschluss qualifiziert zu Forschungstätigkeiten.
		2.4	Der Masterabschluss qualifiziert zu Leitungstätigkeiten*
		2.5	Der Masterabschluss qualifiziert zu Tätigkeiten im Projektmanagement*
		2.6	Mehr berufliche Optionen erhalten.
3	**Rahmenbedingungen**	3.1	Allgemeine Unzufriedenheit mit der klientennahen Tätigkeit.
		3.2	Zu wenig Zeit zur Behandlung der Klient*innen
		3.3	Unzufriedenheit mit der Höhe der Vergütung.
		3.4	Kaum Anwendung des im Studium vermittelten Wissens in der beruflichen Praxis
		3.5	Stärkung der Evidenzbasierung im interdisziplinären Dialog
4	**körperliche Belastung**	4.1	Berufliche Umorientierung aufgrund körperlicher Einschränkungen
*= Unterkategorie beruht auf einer Einzelaussage			

Die erste Oberkategorie „Aneignung und Vertiefung von Kompetenzen“ fasst all die Gründe zusammen, die sich aus dem Wunsch der Absolvent*innen ergaben, ihr fachliches Wissen und ihre bereits erworbenen Kompetenzen zu erweitern und zu ergänzen. Dies kann sich auf drei verschiedene Tätigkeitsfelder beziehen. Zum ersten nennen die Absolvent*innen praxisrelevante Tätigkeitsfelder, die sie durch die Absolvierung des Master-Studiums inhaltlich vertiefen möchten. Hierzu zählt beispielsweise das Tätigkeitsfeld der Pädiatrie, welches im vorangegangenen Bachelorstudium nicht oder nur oberflächlich thematisiert wurde. Daher entschieden sich einige Absolvent*innen, sich gezielt auf dieses Tätigkeitsfeld durch die

Aufnahme eines Master-Studiums mit dem Schwerpunkt „Pädiatrie“ vorzubereiten. Generell äußern die Absolvent*innen den Wunsch, auch nach erfolgreicher Absolvierung des Master-Studiums weiterhin in der klientennahen Versorgung tätig zu sein, um dort ihr Wissen und ihre Kompetenzen aus Bachelor- und Master-Studiengang in der beruflichen Praxis einzubringen.

Doch nicht nur in praxisrelevanten Tätigkeitsfeldern streben die Absolvent*innen eine inhaltliche Vertiefung an. Auch in Bezug auf wissenschaftliche Themengebiete äußern die Absolvent*innen den Wunsch, ihr bestehendes Wissen und bestehende Kompetenzen auszubauen.

> *„…ein bisschen festigen die ganze Literaturarbeit, das wissenschaftliche Arbeiten und brauche da vielleicht nochmal ein bisschen mehr Werkzeuge.“ [ID_17:169_pflege]*

Neben dem allgemeinen Wunsch, wissenschaftliche Arbeitstechniken zu vertiefen, äußern die Absolvent*innen auch konkrete Ziele, die sie verfolgen. So beabsichtigen sie, sich dem wissenschaftlichen Themenfeld der Evidenzbasierung oder der Implementierung von Maßnahmen in die berufliche Praxis im Anschluss an das Master-Studium zu widmen.

> *„Ich finde es sehr interessant, gerade nochmal diese Brille der Evidenzbasierung aufzusetzen und mich da drin nochmal zu vertiefen.“ [ID_4:199_phy]*

Bei der Ausübung der Tätigkeiten, mit denen die Absolvent*innen im Rahmen ihrer Arbeitsstelle konfrontiert werden, können auch Fachwissen oder Kompetenzen im Bereich der Betriebswirtschaftslehre erforderlich sein. Im Bachelorstudium war dies zumeist kein inhaltlicher Schwerpunkt, sodass die Absolvent*innen hier Bedarf sehen, sich in Form eines Master-Studiums betriebswirtschaftliches Wissen anzueignen.

> *„Von daher wollte ich jetzt bewusst nicht noch einmal mehr in Richtung Physio- oder Bewegungstherapie, sondern wollte […] gezielt nochmal tiefer in die BWLer-Inhalte.“ [ID_44:217_phy]*

Die nächste Oberkategorie beinhaltet ein breites Spektrum an beruflichen Optionen, die sich die Absolvent*innen durch die Aufnahme eines Master-Studiums erhoffen. Teils werden sehr konkrete, teils auch unspezifische Absichten genannt, worin dieses höhere Maß an beruflichen Optionen besteht. Zu den konkreten Nennungen gehört der Wunsch der Absolvent*innen, zu promovieren. Für diese Absolvent*innen bildet der Master-Studiengang einen Zwischenschritt auf dem Weg zur Aufnahme der Promotion. Einige Absolvent*innen erwähnen die Promotion als eindeutiges Ziel, auf welches durch das Master-Studium hingearbeitet wird, wohingegen die Promotion bei anderen Absolvent*innen eine eher vage Option darstellt, die eventuell angestrebt wird.

„Vielleicht, ich werde sehen, gerne später eine Doktorarbeit schreiben zu wollen. Da werde ich mal sehen, also zu promovieren, da muss ich mal schauen." [ID_2:183_ergo]

Auch das Ziel, nach Abschluss des Master-Studiums einer Lehr- oder Dozententätigkeit nachzugehen, motivierte die Absolvent*innen, einen Master-Studiengang zu absolvieren. Dass die Absolvent*innen direkt im Anschluss an das Master-Studium eine Lehrtätigkeit anstreben, spiegelt sich in den Interviewaussagen eher nicht wieder. Stattdessen beabsichtigen sie noch eine gewisse, meist unbestimmte Zeit in der klientennahen Versorgung tätig zu sein und dann eine Lehrtätigkeit aufzunehmen.

„Und dass ich eben auch mir dadurch halt erhoffe, oder das wird ja so sein durch den Master Abschluss, dass ich irgendwann mal einfacher als Dozent arbeiten kann." [ID_11:348_ergo]

Andere Absolvent*innen konnten bereits Erfahrungen in der Lehr- oder Dozententätigkeit sammeln und bemerkten aber, *„um richtig, ja, gute Lehre machen zu können, braucht man noch einmal Wissen in einem anderen Bereich, also Wissen in Hinblick auf Didaktik und Methodik" [ID_7:34_ergo]*, weshalb sie sich für die Aufnahme eines entsprechenden Master-Studiums entschieden.

Ein weiteres Ziel, welches die Absolvent*innen dazu veranlasste, ein Master-Studium aufzunehmen, stellt die Forschungstätigkeit dar. Um in der Forschung tätig sein zu können, reicht es in der Wahrnehmung der Absolvent*innen nicht aus, lediglich über einen Bachelor-Abschluss zu verfügen. Daher wählen sie ein Master-Studium mit Forschungsschwerpunkt, um sich dann für Forschungstätigkeiten zu qualifizieren. Ähnlich wie bei dem Ziel der Promotion streben einige Absolvent*innen mit dem Abschluss des Master-Studiums eine baldige Aufnahme von Forschungstätigkeiten an, wohingegen das Tätigkeitsfeld der Forschung allenfalls eine Option darstellt, die ergriffen werden könnte.

„Und auch, weil ich [...] mir so Möglichkeiten offenhalten wollte, auch wenn ich mal nicht mehr komplett praktisch arbeite, doch noch bisschen mehr in die Richtung Forschung und Wissenschaft so zu gehen." [ID_20:24_phy]

Weitere Tätigkeitsfelder, die von den Absolvent*innen durch ein Master-Studium anvisiert werden, stellen die Übernahme von Leitungstätigkeiten oder das Projektmanagement dar. Eine Absolventin berichtet davon, langfristig auf das Ziel hinzuarbeiten, eine Leitungsposition einzunehmen. Den Master-Studiengang nutzt sie dafür, dieses Ziel weiterzuverfolgen.

„Ja, die [Gründe, Anm. d. Verf.] [...] gehen weit zurück, dahingehend, dass ich schon immer gerne in die Richtung Leitung gehen wollte eines Altenpflegeheimes. Aber ich finde, dass man eben erst die Ausbildung machen sollte, ein paar Jahre in der Pflege gearbeitet haben sollte, bevor man dahin da weitergeht. Das ist der Aufbau meiner

ganzen Studiums-Karriere eben sozusagen gewesen. Deswegen mache ich eben weiter. Dann meinen Master in Pflegemanagement gemacht, um dahingehend, ja, die Grundlage dafür zu haben, um später Richtung Leitung einer Einrichtung zu gehen." [ID_15:14_pflege]

Die letzte Unterkategorie der Kategorie „Erschließung neuer beruflicher Betätigungsoptionen" beinhaltet jene Aussagen der Absolvent*innen, die sich allgemein mehr berufliche Optionen schaffen möchten, ohne jedoch konkrete Ziele wie bspw. die Promotion, Lehr-, Dozenten- oder Forschungstätigkeiten anzuvisieren. Charakteristisch für diese Unterkategorie sind daher die wenig spezifischen und teils recht vagen Aussagen. Dennoch war die Erhaltung mehr beruflicher Optionen für die Absolvent*innen ein Grund, ein Master-Studium zu absolvieren.

„Mir gefällt die Stelle, die ich gerade habe, total gut und ich kann mir auch langfristig vorstellen da zu arbeiten. Aber ich würde mir die Tür gerne offenhalten, irgendwann etwas Anderes zu machen." [ID_12:191_log]

Auch erhoffen sich die Absolvent*innen, dass sich ein höherer akademischer Abschluss positiv auf den Verlauf der weiteren beruflichen Karriere auswirkt und sie auch auf von ihnen antizipierte zukünftige berufspolitische Entwicklungen gut eingestellt sind.

„Und grundsätzlich glaube ich, wenn es so voranschreitet, wie das momentan alles läuft mit den Studiengängen in Gesundheitsfachberufen, ist es, glaube ich, besser, wenn man schon ein Studium vorweisen kann, nicht nur einen Bachelor, sondern auch einen Master." [ID_2:186_ergo]

Unter der dritten Oberkategorie „Rahmenbedingungen" sind die Gründe zusammengefasst, die sich aus den Rahmenbedingungen ableiten lassen, unter denen die Absolvent*innen in der beruflichen Praxis tätig waren. Neben allgemeinen und eher unspezifischen Beschreibungen der Rahmenbedingungen, mit denen die Absolvent*innen unzufrieden waren, nannten diese den in der beruflichen Praxis erlebten Zeitdruck. Durch zu wenig für die Durchführung der Therapie zur Verfügung stehende Zeit wuchs bei den befragten Absolvent*innen der Wunsch, noch einen Master-Studiengang zu belegen. Die Absolvent*innen konnten durch die fehlende Zeit ihren eigenen Ansprüchen an die Qualität der Therapie nicht gerecht werden, was zu einem relevanten Maß an Unzufriedenheit mit der derzeitigen Tätigkeit führen konnte.

„Also ich war häufig unzufrieden mit meiner Arbeit, was ich gemerkt habe. Ich kann das eigentlich gar nicht so machen, wie ich das gelernt habe, weil man einfach zeitlich nicht genug Zeit bekommt, dafür." [ID_23:143_log]

Einen weiteren für die Absolvent*innen wesentlichen unbefriedigenden Aspekt der Rahmenbedingungen in der beruflichen Praxis sahen die Absolvent*innen in der aus ihrer Perspektive zu geringen Vergütung. Einerseits waren die Absolvent*innen generell nicht mit der

Höhe der Vergütung einverstanden und erachteten diese als zu gering. Andererseits merkten sie auch an, dass in der Höhe der Vergütung keine Differenzierung nach Berufsabschluss erfolgte, sodass sowohl akademisch als auch fachschulisch qualifizierte Kolleg*innen die gleiche Vergütung bezogen.

> *„Denn einen Arbeitgeber dann davon zu überzeugen, dass man, obwohl man ja eigentlich dieselbe Arbeit leistet, trotzdem noch ein paar Pluspunkte mit reinbringt, wenn man den Bachelor mit drin hat und dann auch dementsprechend bezahlt wird, ist halt sehr schwierig." [ID_42:20_pflege]*

Der Transfer von im Bachelorstudium erworbenen Wissen und Kompetenzen in die berufliche Praxis gelingt den Absolvent*innen teilweise nur unzureichend. Die Absolvent*innen identifizieren Diskrepanzen zwischen den Inhalten aus dem Bachelorstudium und der Handhabung in der beruflichen Praxis. Diese wird von ihnen ebenfalls als unbefriedigend eingeschätzt, wodurch bei einigen Absolvent*innen die Entscheidung für ein Master-Studium unterstützt wurde. Insbesondere stellten sie fest, *„dass wenn man wirklich in der Versorgung arbeitet, […], dass ja wissenschaftliches Arbeiten in dem Bereich nicht so die Anwendung findet, wie es eigentlich Anwendung finden sollte" [ID_24:40_log].*

Ein weiterer Grund für die Aufnahme eines Master-Studiums, der sich aus den Rahmenbedingungen in der beruflichen Praxis ergibt, ist in dem Wunsch zu finden, die Evidenzbasierung im interdisziplinären Dialog zu stärken. Die Absolvent*innen erlebten sich in fachlichen Diskussionen mit Vertreter*innen anderer Berufsgruppen als nicht gleichberechtigt. Zwar konnten sie ihre Einschätzungen und Empfehlungen in Bezug auf die Behandlung von Klient*innen vorbringen, aber nur selten gelang es ihnen, Vertreter*innen anderer Berufsgruppen davon zu überzeugen, die Empfehlungen der Absolvent*innen umzusetzen. Diese Erfahrung kann einen Grund darstellen, um durch die Absolvierung eines Master-Studiums die nötigen Kompetenzen zu erwerben und auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz gleichberechtigt in einen interdisziplinären Dialog eintreten zu können.

> *Ich glaube Hauptgrund war eigentlich so ein bisschen auch so dieses ständige diskutieren mit Ärzten. […] Und dass es kaum Evidenz oder eher wenig Evidenzen im Bereich gibt. […] Ich glaube es sind ja die Ärzte am längeren Hebel. Und egal was man sagt, […] irgendwie stellen die ja doch keine Rezepte aus. Ja und ich erhoffe mir halt dadurch, dass wenn sie halt tatsächlich mehr Evidenzen haben für die Therapien, die wir machen. Ja lenken die Ärzte vielleicht eher ein. [ID_26:16_log]*

Die vierte Oberkategorie „Körperliche Belastung" umschreibt die körperlichen Belastungen, die während der Tätigkeit in der klientennahen Versorgung auftreten und von den Absolvent*innen als so hoch eingestuft werden, dass auch dies ein Auslöser für die Aufnahme eines Master-Studiums darstellt. Eine andere Absolvent*in berichtete von einer dauerhaften körperlichen

Einschränkung, die ihr die Durchführung der Therapie erschwerte und sie dazu bewegte, nicht länger in der klientennahen Versorgung tätig sein zu können.

> *„[Es - Anm. d. Verf.] war für mich ein Grund, dass ich eine Handverletzung hatte, durch die ich vermehrt Schmerzen beim Therapieren hatte.“ [ID_39:179-phy]*

3.2.5.3 WEITERBILDUNGEN

Noch stärker ausgeprägt als das Interesse an und die Aufnahme von weiterführenden Studiengängen sind unter den Absolvent*innen das Interesse und die Nutzung von Weiterbildungsangeboten. 76,6% aller Befragten gaben ein aktuelles konkretes Interesse an einer Weiterbildung an. Unter den Logopäd*innen (45,4%) und Ergotherapeut*innen (34,0%) haben besonders viele der Befragten bereits eine Weiterbildung abgeschlossen, in beiden Berufsgruppen liegt auch der Anteil der Absolvent*innen, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer Weiterbildung befanden, über 20%. In allen Berufsgruppen äußert die deutliche Mehrzahl der Befragten ein konkretes Interesse daran, eine Weiterbildung zu beginnen, darunter auch Personen, die bereits eine Weiterbildung abgeschlossen haben (Abbildung 44).

Klinische Zusatzqualifikationen bzw. Fachweiterbildungen hatten zum Befragungszeitpunkt 43,3% der Physiotherapeut*innen erworben, 19,6% befanden sich zu diesem Zeitpunkt in einer entsprechenden Weiterbildung. Auch 23,4% der Ergotherapeut*innen hatten eine solche Weiterbildung bereits abgeschlossen, 10,6% befanden sich in einer diesbezüglichen Weiterbildung. Auch unter den Hebammen gab dies jede*r Fünfte an (18,8%, aktuell in Weiterbildung: 3,1%). In den beiden anderen Berufsgruppen spielen klinische Zusatzqualifikationen eine weniger bedeutende Rolle. Unter den Logopäd*innen hatten 6,3% entsprechende Qualifikationen erworben (7,4% aktuell in Weiterbildung), in der Pflege 5,3% (3,7% in Weiterbildung). Das konkrete Interesse an dieser Art von Weiterbildungen ist in der Logopädie (45,3%), besonders hoch, auch unter Ergotherapeut*innen und Pflegenden interessiert sich mehr als jede*r Dritte konkret für solche Weiterbildungen. In der Hebammenkunde haben 28,1% ein konkretes Interesse. Niedriger liegt der Anteil mit 17,5% in der Physiotherapie, was durch den hohen Anteil an Personen, die eine solche Weiterbildung bereits abgeschlossen haben, zu erklären ist.

Pädagogische Weiterbildungen haben 6,4% der Ergotherapeut*innen abgeschlossen, 8,5% befanden sich zum Befragungszeitpunkt in einer solchen Weiterbildung. In den anderen Berufsgruppen liegt der Anteil mit einer abgeschlossenen pädagogischen Weiterbildung zwischen 2,1% und 3,3%. Es besteht aber in allen Berufsgruppen ein deutliches Interesse an solchen Weiterbildungen (29,8% in der Ergotherapie, zwischen 19,6% und 23,2% in den übrigen Berufsgruppen).

Auf Beratungskompetenz bezogene Weiterbildungen haben in der Ergotherapie 4,3% abgeschlossen (ebenfalls 4,3% aktuell in Weiterbildung), in der Logopädie 1,1% (ebenso 1,1%

aktuell in Weiterbildung), in der Physiotherapie 3,1% (1,0% derzeit in Weiterbildung) und in der Pflege 3,7% (2,0% aktuell in Weiterbildung). Unter den Hebammen kommen solche Weiterbildungen nicht vor. Allerdings ist diese Art der Weiterbildung jene, für die die Hebammen das stärkste konkrete Interesse äußern (53,1%). Noch stärker sind Ergotherapeut*innen (57,4%) interessiert, in den anderen drei Berufsgruppen liegt der Anteil zwischen 27,8% und 33.6%.

Leitungsbezogene Weiterbildungen haben einzelne Befragte aus der Ergotherapie (2,1% abgeschlossen), der Logopädie (2,1% abgeschlossen, 2,1% aktuell in Weiterbildung), der Physiotherapie (1,0% abgeschlossen, 2,1% aktuell in Weiterbildung) und der Pflege (1,2% abgeschlossen, 2,5% aktuell in Weiterbildung) abgeschlossen bzw. aufgenommen, in der Berufsgruppe der Hebammen kommen solche Weiterbildungen nicht vor. Hebammen haben auch zu einem geringen Teil konkretes Interesse an leitungsbezogenen Weiterbildungen (9,4%), in den anderen Berufsgruppen liegt dieser Anteil zwischen 21,9% und 29,8%.

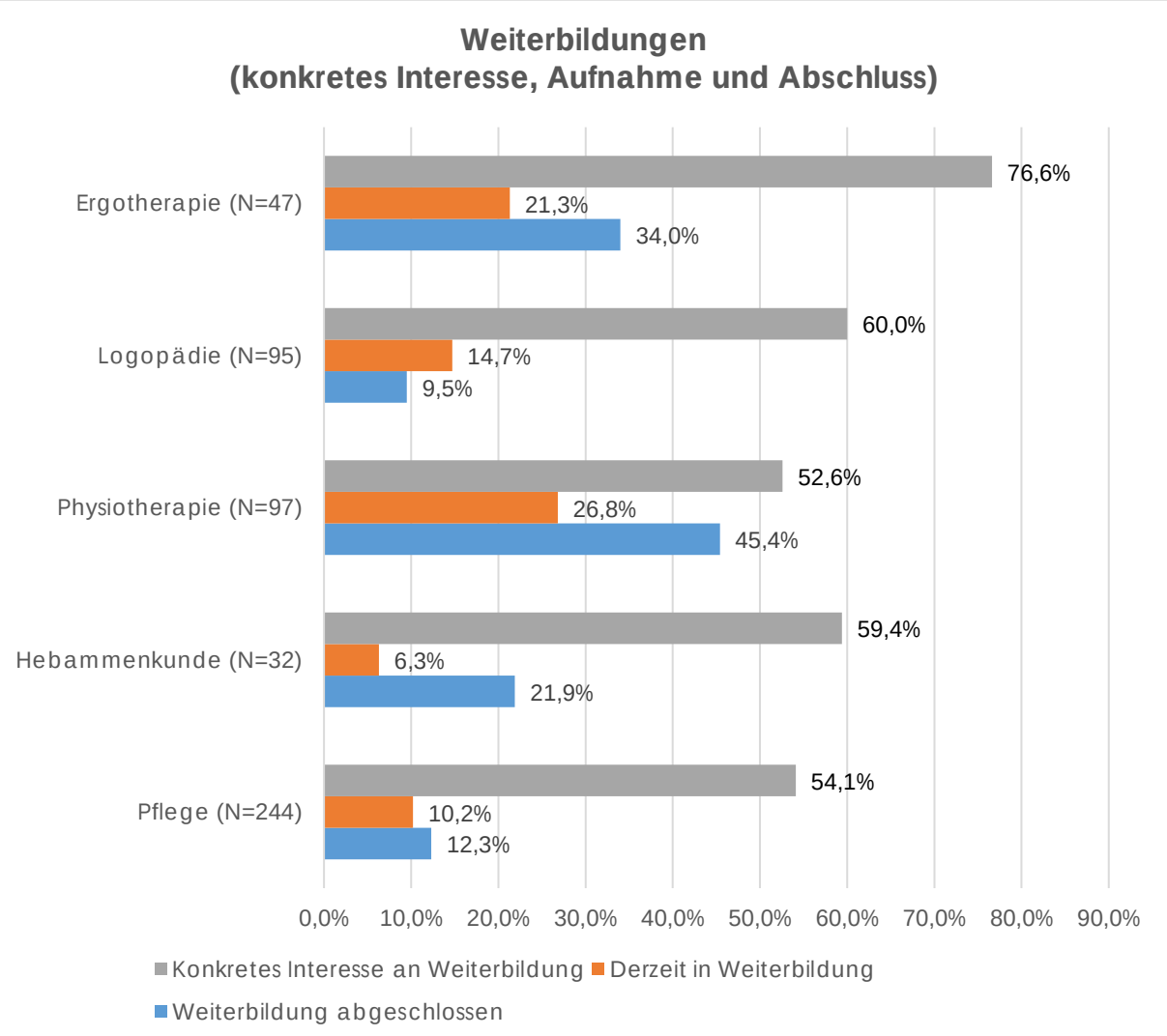


Abbildung 44: Weiterbildungen (konkretes Interesse, Aufnahme und Abschluss)

4 PERSPEKTIVE DER ARBEITGEBER*INNEN

Autoren: Katharina Hähn (Institut Arbeit und Qualifikation) und Christoph Bräutigam (Institut Arbeit und Technik)

4.1 METHODIK DER BEFRAGUNG VON ARBEITGEBER*INNEN

Zur Bearbeitung der komplexen Analysefelder sowie der damit zusammenhängenden zentralen Forschungsfragen wurde in dieser Studie eine Methodenkombination gewählt, die quantitative und qualitative Methoden miteinander verknüpft. Mixed Methods Ansätze werden mittlerweile in vielen wissenschaftlichen Untersuchungen genutzt und stellen ein wesentliches Element der integrierten Sozialforschung dar (Kuckartz, 2014; Flick, 2009). Der Forschungsprozess in Modul C ist sequentiell angelegt und folgt dem Vertiefungsmodell, d. h. zu Beginn steht eine quantitative Teilstudie und im Anschluss beschäftigt sich eine qualitative Teilstudie vertiefend mit den quantitativen Ergebnissen (Burzan, 2016).

Man kann auf diese Weise die Forschungsfragen tiefergehender behandeln, indem die Wahrnehmungen, Deutungen und Handlungsweisen der betrieblichen Akteure bezüglich der Berufseinmündung und Beschäftigung der Studienabsolvent*innen erfasst werden. Gleichzeitig ergibt sich ein besseres Verständnis zu den Ergebnissen, indem eine Kontextualisierung der quantitativen Forschungsergebnisse und der Ergebnisse der qualitativen Auswertung erfolgt. Eine umfassende Analyse der Gegebenheiten und Rahmenbedingungen sowohl während des Übergangs in ein reguläres Arbeitsverhältnis als auch der anschließenden Beschäftigung ist nur möglich, wenn man versucht, Zusammenhänge und Widersprüche zwischen den Ergebnissen der quantitativen und qualitativen Teilstudien aufzudecken. Durch eine Bezugnahme aufeinander können Ergebnisse besser begründet und ein besseres Verständnis zur Perspektive der Arbeitgeber*innen erzielt werden. Zu berücksichtigen ist, dass bei diesem Vorgehen widersprüchliche Resultate herauskommen können. In der VAMOS-Befragung der Arbeitgeber*innen kam dies nur punktuell vor. Die entsprechenden Aspekte werden im Ergebnisteil offengelegt und soweit möglich zur Diskussion gestellt (z. B. Kuckartz, 2014).

4.1.1 QUANTITATIVE METHODIK

4.1.1.1 FORSCHUNGSDESIGN

Zur Bearbeitung der oben ausgewiesenen Forschungsfragen bot sich angesichts der für die deutsche Situation bisher ausstehenden Einbeziehung der Perspektive der Arbeitgeber*innen eine erste standardisierte Querschnittuntersuchung dieser Zielgruppe per Online-Befragung an. Deren Ergebnisse dienten als Ausgangsbasis für die im Anschluss durchzuführende qualitative vertiefende Untersuchung mittels Interviews (vgl. Abschnitt 4.1.2). Die Erfassung der Perspektive der Arbeitgeber*innen war auf die noch sehr überschaubare Teilgruppe jener Einrichtungen und Unternehmen zu beschränken, die tatsächlich Absolvent*innen der Modellstudiengänge

eingestellt haben und somit konkrete Erfahrungen mit deren Einsatz in der beruflichen Praxis gemacht haben. Problematisch war bei der Konzeption der Befragung, dass keine realistische Abschätzung der Grundgesamtheit möglich ist, da die Unternehmen und Institutionen, die Absolvent*innen beschäftigen, nicht statistisch erfasst sind. Die Rekrutierung der Arbeitgeber*innen durch öffentliche Aufrufe an alle denkbaren Institutionen und Betriebe oder durch vergleichbare Kommunikationswege stellte ebenso wenig eine realistische Option dar wie eine gezielte Ansprache aller infrage kommenden Einrichtungen und Unternehmen auf Basis von Datenbanken und Adressverzeichnissen. Neben dem extrem hohen Arbeitsaufwand wäre bei diesem Vorgehen nur schwer zu vermitteln und sicherzustellen gewesen, dass sich die Befragung ausschließlich auf die Absolvent*innen der spezifischen Modellstudiengänge bezieht. Auch wären mit großer Wahrscheinlichkeit untypische Arbeitgeber*innen nicht erfasst worden. Daher wurde zur Identifikation der Arbeitgeber*innen insbesondere auf Informationen aus der Absolvent*innen-Befragung (Modul A) zurückgegriffen, deren Teilnehmer*innen dort um eine Angabe ihrer Arbeitgeber*innen gebeten wurden. Da sich dieser Zugang als nicht ausreichend erwies, wurden ergänzend weitere Rekrutierungswege genutzt.

4.1.1.2 INSTRUMENTENENTWICKLUNG

Basis der Erhebung ist ein Literaturreview. Dieses zielte auf eine umfassende Sichtung von Forschungsergebnissen, die zum einen Interessen, Anforderungen und Erwartungen von Arbeitgeber*innen im Kontext der Beschäftigung akademisch qualifizierter Mitarbeiter*innen in Gesundheitsfachberufen zum Gegenstand haben. Zum anderen sollte herausgearbeitet werden, welche Erkenntnisse zu Unterstützungsleistungen sowie fördernden und hemmenden Faktoren im Einstellungs-, Einmündungs- und Entwicklungsprozess von Absolvent*innen in die bzw. in der Arbeitswelt vorliegen. Es erfolgte eine Analyse der deutschsprachigen Literatur, die insbesondere Forschungsberichte, Abschlussarbeiten und Beiträge in berufspolitischen Fachzeitschriften der fünf Berufsfelder (Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie, Pflege, Physiotherapie) inkludierte. Die Arbeiten wurden im Zeitraum Juli bis September 2017 durch das IAT durchgeführt. Die Ergebnisse wurden übersichtsartig aufbereitet und dienten der ersten Strukturierung der Befragung. Ausgehend von diesen konzeptionellen Vorüberlegungen folgten die Entwicklungsarbeiten zur Durchführung der Online-Befragung. Diese beinhalteten insbesondere die Identifikation der relevanten Themenfelder sowie die Entwicklung erster Fragen. Dieser Entwicklungsschritt basierte einerseits auf den Fragestellungen des Projekts und andererseits auf den im Verlauf der Literaturanalyse gewonnenen Erkenntnissen. Die Arbeiten erfolgten in engem Austausch mit den beteiligten Hochschulen und in Abstimmung mit dem an der Bearbeitung des Moduls C beteiligten IAQ im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2017. Es wurde für jedes der beteiligten Berufsfelder (Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie, Pflege und Physiotherapie) ein eigener Fragebogen konzipiert. Diese Varianten waren inhaltlich identisch, unterschieden sich allerdings in einigen Formulierungen und Details, um den

Spezifika der Berufe zu entsprechen und die Teilnehmer*innen möglichst „passend“ anzusprechen.

4.1.1.1 DATENERHEBUNG

Für die Programmierung der Online-Fragebögen wurde der für wissenschaftliche Befragungen kostenlose Server SoSci Survey genutzt. Anschließend erfolgten ein technischer Funktionstest und ein interner Pretest samt Fehlerkorrekturen. Die Befragung der Absolvent*innen (Modul A/B) durch das InBVG lief von Mitte April bis Ende Juni 2018. Dort hatten die Befragten die Gelegenheit, eine kurze Information über ihre Arbeitgeber*innen anonym an das IAT weiterzuleiten. Diese Informationen beschränkten sich zur Förderung des Rücklaufs auf wenige Basisangaben (bspw. Krankenhaus und Stadt). Auf dieser Basis wurden per Internetrecherche die jeweils passenden Ansprechpartner*innen sowie deren Telefonnummern und E-Mail-Adressen zusammengestellt. Lediglich etwa 20% der Absolvent*innen machten Angaben zu Arbeitgeber*innen. Daher wurde ergänzend auf Informationen der beteiligten Hochschulen/Modellstudiengänge über die beim Studium kooperierenden Praxiseinrichtungen zurückgegriffen, von denen angenommen wurde, dass sie möglicherweise Absolvent*innen beschäftigen. Auch hier wurden die konkreten Kontaktpersonen und Kontaktdaten per Internetrecherche vervollständigt. Schließlich wurden gegen Ende der Befragungsphase zusätzlich weitere Kontakte auf Basis des Krankenhausverzeichnisses identifiziert und in das Verfahren einbezogen (bis Dezember). Die Durchführung der eigentlichen Online-Befragung begann zunächst mit der Ansprache einer größeren Zahl von Arbeitgeber*innen per E-Mail, um diesen Kommunikationsweg zu testen und weil in den Sommerferien die telefonische Kontaktaufnahme erschwert war. Dieser Zugang führte nur zu geringem Rücklauf. Daher wurde anschließend – wie ursprünglich geplant – der Kontakt per Telefonansprache präferiert. Im Gespräch wurden die Arbeitgeber*innen genau informiert, Fragen geklärt und die Bereitschaft zur Teilnahme eingeholt. Anschließend wurde ein Link zur passenden Fragebogenvariante per E-Mail verschickt. Ein Teil der identifizierten Ansprechpartner*innen war telefonisch auch nach mehrmaligen Versuchen nicht zu erreichen. In diesen Fällen wurde hilfsweise auf Ansprache per E-Mail zurückgegriffen. Zusätzlich wurden zweimal E-Mails als Reminder verschickt, um den Rücklauf zu erhöhen. Ein Aufruf mehrerer im Projektbeirat vertretener Verbände an ihre Mitglieder zur ergänzenden Rekrutierung hatte so gut wie keinen messbaren Erfolg. Bis zum Ende der Laufzeit der Befragung (31.12.2018) konnte der Rücklauf auf 109 Teilnehmer*innen gesteigert werden.

4.1.1.2 DATENSCHUTZ UND ETHIK

Im Zuge der Entwicklung des Fragebogens wurde in Abstimmung mit der Datenschutzbeauftragten der Westfälischen Hochschule eine Datenschutzerklärung erstellt. Diese wurde am Anfang des Fragebogens der Online-Befragung verlinkt. Beim Klicken auf den Link öffnete sich ein neues Browser- Fenster bzw. Browser-Tab mit der Datenschutzerklärung als

Inhalt. Dort konnte die Datenschutzerklärung auch als PDF-Datei heruntergeladen werden. Ein Fortfahren mit der Befragung war nur möglich, wenn die Teilnehmer*innen die Kenntnisnahme bestätigten. Am Ende des Fragebogens bestand für die Befragten die Möglichkeit, die eigenen Kontaktdaten zur Anbahnung eines vertiefenden Interviews durch das IAQ mitzuteilen. Die Teilnehmer*innen wurden darüber informiert, dass die Kontaktdaten sowie die Befragungsdaten an das IAQ weitergeleitet würden. Nur bei Zustimmung erfolgte das Anzeigen eines Links zu einer technisch separaten Online-Befragung mit Eingabefeldern für Name, Telefonnummer und E-Mail-Adresse.

4.1.1.3 STICHPROBE

Insgesamt nahmen 109 Personen aus der Zielgruppe der Arbeitgeber*innen an der Befragung teil, was der im Rahmen der Projektplanung avisierten Größenordnung von 100 Teilnehmer*innen gut entspricht. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer*innen stammten aus dem Berufsfeld der Pflege, während die vier weiteren Berufe Anteile zwischen etwa zehn bis 14% erreichten (Tabelle 23). Bei den Institutionsarten dominierten das Krankenhaus, das durch mehr als sechs von zehn Befragten repräsentiert wurde, sowie die (Therapie)Praxis mit mehr als einem Viertel am Gesamtrücklauf (Tabelle 24). Entsprechend dominierten bei den Funktionen der Befragten die leitenden Pflegeverantwortlichen und die Inhaber*innen bzw. therapeutischen Leitungen (Tabelle 25). Mehr als ein Drittel verfügte über eine Qualifikation als Pflegefachperson und neben den weiteren therapeutischen Berufen und der Qualifikation als Hebamme wurden in vielen Fällen auch managementbezogene Qualifikationen genannt (Tabelle 26). Mehr als die Hälfte der Befragten verfügt über einen akademischen Abschluss (Tabelle 27). Bei den Angaben zu den Hochschulstandorten der Studiengänge, die die eingestellten Absolvent*innen abgeschlossen haben, dominiert die Hochschule für Gesundheit, die alle Studienrichtungen anbietet, deutlich (Tabelle 28).

Tabelle 23: Rücklauf nach Berufen

Berufe	Anteile am Rücklauf (n=109)
Pflege	51,4%
Physiotherapie	13,8%
Logopädie	12,8%
Hebammenkunde	11,9%
Ergotherapie	10,1%

Tabelle 24: Rücklauf nach Institutionen

Institutionen	Anteile am Rücklauf (n=91)
Krankenhaus	61,5%
Praxis inkl. Praxisgemeinschaft	26,4%
Reha ambulant	3,3%
Reha stationär	2,2%
Ambulanter Pflegedienst	2,2%
Wohnheim	1,1%
Gesundheits-, Sozial- oder Jugendamt	1,1%
Sonstiges	2,2%

Tabelle 25: Funktion der Befragten

Funktion	Nennungen (n=103)
pflegerische Leitung / Pflegedirektion	43
Inhaber*in / Geschäftsführung / Einrichtungsleitung	30
therapeutische Leitung	11
Hebammenleitung	8
Bereichsleitung / Abteilungsleitung	3
Personalleitung	2
Sonstiges (freie Antwort)	6

Tabelle 26: Qualifikation der Befragten

Qualifikation	Nennungen (n=124)*
Pflegefachkraft	46
Physiotherapeut*in	15
Hebamme	9
Ergotherapeut*in	8
Logopäd*in	8
Ärztin / Arzt	3
Sonstiges	35
davon je etwa ein Drittel BWL-Qualifikationen (Weiterbildung/Studium), Abschluss Leitung/Management und fachliche/wissenschaftliche Abschlüsse	

** Mehrfachnennungen möglich*

Tabelle 27: Berufsbildung der Befragten

Abschluss		Nennungen (n=93)
staatl. Prüfung in einem Gesundheitsfachberuf		38
Studienabschluss	*davon 23 Diplom,14 Master, 10 Bachelor, 3 ärztliche Approbation, 1 Promotion*	51
Sonstiges		4

Tabelle 28: Studienort der beschäftigten Absolvent*innen

Standort	Nennungen (n=129)*
Bochum	53
Köln	25
Bielefeld	15
Münster	12
Düsseldorf	10
Aachen	8
Rheine	6

** Mehrfachnennungen möglich*

4.1.1.4 DATENANALYSE

Der Datensatz wurde nach Ende der Befragung exportiert und mittels der Analyse-Software SPSS ausgewertet. Angesichts der geringen Gesamtfallzahl und der Differenzierung nach Berufen beschränkte sich die Ergebnisdarstellung im Wesentlichen auf die deskriptive Ebene.

4.1.2 QUALITATIVE METHODIK

4.1.2.1 DESIGN

Entsprechend dem Vertiefungsmodell (z. B. Burzan, 2016) des sequenziellen Forschungsdesigns (vgl. Kapitel 4.1) können als primäre Ziele der Interviews genannt werden:

- Die Interpretation der quantitativen Daten und die Vermeidung von Fehldeutungen der quantitativen Teilstudie.
- Die Identifizierung von Zusammenhängen und Kausalmechanismen.
- Eine genauere Analyse quantitativ herausgearbeiteter Zusammenhänge, z. B. im Kontext der jeweiligen Rahmenbedingungen sowie der Wahrnehmungen, Deutungen und Handlungsweisen der Einzelnen.
- Die Ergänzung der quantitativen Befunde durch neue Aspekte.
- Die Illustration quantitativer Ergebnisse, d. h. einem anschaulichen Herausarbeiten von Befunden.
- Die Aufklärung von Widersprüchen, unerklärter Varianz und ungeklärten Befunden. (Blatter et al., 2007; Burzan, 2016; Mayring, 2015)

Durch das sequenzielle Vorgehen sind einige Problemstellungen, die in Interviews behandelt werden sollen, bereits aus der quantitativen Befragung bekannt. Das ermöglicht, dass der „Erkenntnisgewinn als induktiv-deduktives Wechselspiel organisiert“ wird (Witzel 2000, S.1). Entsprechend handelt es sich bei der Durchführung um Problemzentrierte Interviews (Witzel, 2000). Ein solches Interview enthält zwar narrative Anteile, ist aber deutlich stärker strukturiert als ein narratives Interview. Die Interviewenden wenden verschiedene Gesprächstechniken an, wobei eine Steuerung durch gezieltes Nachfragen und Zuspitzung auf Problemstellungen (z.B. durch Zurückspiegelung, Konfrontation, Verständnisfragen, Ad-hoc-Fragen) ausdrücklich erwünscht ist. Zentral ist es auch, die subjektive Problemsicht der*des Interviewten (z. B. Begründungen, Erklärungen, Urteile und Überzeugungen) herauszuarbeiten.

Bestandteil des Moduls C war weiterhin ein Arbeitgeber*innenworkshop. Dieser diente der internen Diskussion und kommunikativen Validierung ausgewählter vorläufiger Ergebnisse sowie dem Erhalt von Anregungen für weitere Auswertungen und Fragestellungen sowie möglichen Schlussfolgerungen. Der Workshop war somit Bestandteil des Auswertungsprozesses.

4.1.2.2 INTERVIEW-SAMPLE

Gemäß Projektplanung waren 30 Interviews mit Arbeitgebervertreter*innen, die Erfahrung mit der Beschäftigung der Absolvent*innen haben (im Folgenden auch „tatsächliche Arbeitgeber*innen“), plus fünf mit Arbeitgebervertreter*innen, die keine Absolvent*innen beschäftigen, vorgesehen. Im Projektverlauf wurde diese Planung angepasst:

Arbeitgeber*innen, die keine Absolvent*innen beschäftigen, wurden nicht mehr als Gesprächspartner*innen in Erwägung gezogen, da sich die Ergebnisse auf Vermutungen und nicht auf eigene Erfahrungen stützen ließen.

Die Interviewpartner*innen sollten aus den Teilnehmenden der Online-Befragung rekrutiert werden. Diese hatten am Ende der Befragung die Möglichkeit, sich zu einer Kontaktaufnahme durch das IAQ zum Zwecke einer Interviewdurchführung bereit zu erklären. Diese Personen sollten dann an Hand von Kriterien (z. B. Studienfach, Arbeitgebertyp, Antwortverhalten) ausgewählt und angesprochen werden.

Die Identifizierung und die Erreichbarkeit tatsächlicher Arbeitgeber*innen, um diese für eine Teilnahme an der Online-Befragung zu gewinnen, stellte sich äußerst aufwendig dar (vgl. Abschnitt 4.1.1.3). Die tatsächlichen Arbeitgeber*innen, die für die Teilnahme an der Online-Befragung gewonnen werden konnten, waren zusätzlich sehr zurückhaltend bei der Einwilligung zu einer erneuten Kontaktaufnahme.

Trotz dieser Schwierigkeiten konnten 25 Interviews mit tatsächlichen Arbeitgeber*innen geführt werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass durch das vorhandene Material bereits eine hinreichende theoretische Sättigung erzeugt werden konnte und somit der zusätzliche Erkenntnisgewinn durch weitere Interviews gering wäre. Die Zusammensetzung dieses Samples ist in Tabelle 29 dargestellt.

Tabelle 29: Zusammensetzung des Interviewsamples nach Arbeitgebertypen und Fachrichtungen

Studienfach / *AG-Typ*	Pflege	Physio-therapie	Logopädie	Hebam-menkunde	Ergo-therapie	Gesamt
Klinik	6	1	1	3		**11**
Praxis		2	4		1	**7**
Reha-Zentrum		2			1	**3**
Ambulanter Dienst	1					**1**
Stationäre Einrichtung	1					**1**
Soz.-psych. Dienst					1	**1**
Geburts-haus				1		**1**
Gesamt	**8**	**5**	**5**	**4**	**3**	**25**

In Praxen, Reha-Zentren und ähnlichen Arbeitgebertypen sind die Interviewten in der Regel die Inhaber*innen oder Geschäftsführungen, teilweise aber auch Bereichsleitungen. In Kliniken wurden Pflegedienstleitungen, Stabstellenvertreter*innen, leitende Hebammen und Bereichsleitungen befragt.

4.1.2.3 VORBEREITUNG DER INTERVIEWS

Die Leitfadenkonstruktion erfolgte im Frühjahr 2018. Es wurde eine gemeinsame Basisversion für alle Berufe und Arbeitgebertypen erstellt, die auch die Themenfelder der Online-Befragung abdeckt. Die Themenblöcke dieser Basisversion beinhalteten Basisinformationen zum Betrieb sowie zum Studium (etwa ob eine Kooperationspartnerschaft zu einem Modellstudiengang besteht und wie sich diese gegebenenfalls gestaltet), Berufseinstieg und Einsatzfeldern der Studienabsolvent*innen sowie berufliche Entwicklungsperspektiven, mögliche arbeitsorganisatorische Veränderungen durch die Beschäftigung von Absolvent*innen, Einschätzung der Qualifikation, mögliche Herausforderungen der Einstellung und Beschäftigung, Personalbedarfe und Einstellungsplanungen sowie Anregungen zur Weiterentwicklung der Studiengänge.

Bei der späteren Interviewdurchführung wurden – entsprechend der problemzentrierten Vorgehensweise – gezielt auf die jeweiligen Situationen der Arbeitgeber*innen angepasste Aspekte und Themenfelder vertiefend behandelt. Zur Bestimmung von Besonderheiten wurde insbesondere das Antwortverhalten in der Online-Befragung herangezogen. Sofern der*die Interviewte daran nicht teilnahm, ergaben sich Interviewschwerpunkte – gemäß der Grounded-Theory-Methodologie – aus den Vorerfahrungen vorangegangener Interviews. Einige Aspekte wurden im Laufe der Erhebungsphase nicht mehr erfragt, da keinen neuen Informationen hierzu mehr erwartbar waren, andere Fragestellungen sind im Verlauf der Interviewdurchführung allerdings auch neu hinzu gekommen, z. B. die Frage nach einer Präferenz formaler Qualifikation bei der Einstellung.

Zur Vorbereitung der Interviewdurchführung gehörte auch die Sondierung von Gesprächspartner*innen, die möglichst genau Auskunft über die zentralen Forschungsinteressen geben können. Diese wurden zuvor telefonisch ermittelt.

4.1.2.4 DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS

Die Interviewdurchführung fand im Zeitraum von Mai bis Dezember 2018 statt und erfolgte überwiegend telefonisch, vereinzelt auch persönlich. Die Dauer der Interviews lag zwischen 33 und 72 Minuten. Der größte Anteil wurde aus den Teilnehmenden der Online-Befragung heraus sondiert. Um den Leitfaden zu erproben und um zeitnah erste Erkenntnisse zu gewinnen, wurden fünf Interviews (eines je Studienfach) bereits bis zum Frühsommer geführt. Die Interviewpartner*innen waren hier Vertreter*innen von Betrieben, die eine Praxispartnerschaft mit einer Hochschule pflegen. Somit war zuvor bekannt, welche Einrichtungen vermutlich

Absolvent*innen beschäftigen. Konkrete Ansprechpersonen und Kontaktdaten sind für alle angesprochenen Einrichtungen per Internetrecherche durch das IAT und das IAQ vervollständigt worden. Durch telefonische oder – sofern nach mehrfachem Versuch kein Kontaktaufbau zustande kam – elektronische Ansprachen konnte sich darüber rückversichert und Interviewtermine vereinbart werden. Diesen Interviewpartner*innen wurde im Nachgang des Gespräches jeweils ein Zugangslink zur Online-Befragung geschickt. Inwiefern eine Beteiligung dann wirklich stattfand, kann nicht nachvollzogen werden. Im Spätsommer/Herbst wurden erneut potenzielle Arbeitgeber*innen, die als Praxispartner der Hochschulen aktiv sind, direkt angesprochen, um sie für die Online-Befragung und/oder ein Interview zu gewinnen. Dieses Vorgehen erwies sich sowohl für die Durchführung von Interviews als auch für die Teilnahme an der Online-Befragung als zielführend.

4.1.2.5 DATENSCHUTZ UND ETHIK

Die Gespräche wurden durch eine Mitarbeiterin der Universität Duisburg-Essen durchgeführt. Um die Gesprächsinhalte anschließend besser auswerten zu können, wurden sie aufgenommen und transkribiert. Datenschutzbestimmungen wurden beachtet. Die Auswertung erfolgte anonymisiert, das heißt Namen sowie weitere personenbezogene Daten oder der Name des Betriebes werden bei der Darstellung der Ergebnisse nicht erkennbar sein. Selbiges gilt für die Informationen über die Studienabsolventinnen und -absolventen, die erhalten wurden. Den Interviewten wurde die Datenschutzinformation per E-Mail bei der Terminvereinbarung zugesandt und zum Gesprächsbeginn noch einmal abgefragt.

Alle Dateien sind auf einem zugriffsgeschützten Verzeichnis der Universität Duisburg-Essen gespeichert. Die Tondateien werden nach der Auswertung gelöscht. Die Einwilligung war für die Interviewten freiwillig, das Interview konnte jederzeit abgebrochen und die Einwilligung widerrufen werden.

4.1.2.6 DATENAUSWERTUNG

Um die Gesprächsinhalte anschließend besser auswerten zu können, wurden sie aufgenommen und transkribiert. Dies geschah nach den vereinfachten Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl 2011 (Glättung von Dialekt zu normaler Schriftsprache; Verzicht der Wiedergabe vom Äußerungen, die keine Worte sind, wie z. B. „äh“; sparsame Wiedergabe von Pausen und Betonungen). Zur Unterstützung der inhaltlichen Analyse wurde die Software MAXQDA (Version: Analytics Pro 2018) genutzt. Ausgewertet wurde angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Die Kategorienbildung erfolgte sowohl deduktiv als auch induktiv. Deduktiv konnten in einem ersten Schritt Kategorien und Sub-Kategorien gebildet werden, die sich aus der Online-Befragung sowie dem Leitfaden ableiten ließen. Diese wurden im Auswertungsprozess induktiv erweitert, indem neu auftauchende

Aspekte und Themen, die für die Beantwortung der Forschungsfragen relevant erschienen, zu neuen Kategorien verdichtet wurden.

Die Codierung und erste Auswertung konnte planmäßig sukzessive aufgenommen werden, so dass erste Ergebnistendenzen bereits während der Erhebungsphase 2018 ersichtlich wurden und die weitere Interviewdurchführung entsprechend angepasst werden konnte.

4.1.2.7 ARBEITGEBER-WORKSHOP

Bestandteil des Moduls C war weiterhin ein Arbeitgeber -Workshop. Dieser diente der internen Diskussion und Validierung ausgewählter vorläufiger Ergebnisse sowie dem Erhalt von Anregungen für weitere Auswertungen und Fragestellungen sowie möglichen Schlussfolgerungen. Der Workshop war somit Bestandteil des Auswertungsprozesses. Die Arbeitgeber*innen erhielten entsprechend keine Tischvorlagen o. ä. mit Arbeitsstand.

Der Workshop war als kleinere Expertenrunde von Arbeitgeber*innen sowie IAT und IAQ geplant und fand am 26.02.2019 in den Räumlichkeiten des IAT in Gelsenkirchen statt. Es sollten Arbeitgeber*innen aller Berufe sowie unterschiedliche Arbeitgebertypen (Praxen, Kliniken, Reha-Zentren etc.) im Workshop vertreten sein. Ausgewählt und angesprochen wurden hierfür Personen, mit denen Interviews geführt worden waren. Es konnten fünf Teilnehmende gewonnen werden, eine sechste Person (Vertreter*in der Pflege) konnte krankheitsbedingt kurzfristig nicht teilnehmen. Als Vertreter*in der Pflege war ein Mitglied einer Stabsstelle Pflegewissenschaft einer größeren Klinik anwesend. Drei Teilnehmende waren für die Physiotherapie dabei, hierunter die Geschäftsführung eines Reha-Zentrums sowie die Stabsstellenleitung für Therapieberufe und ein*e Verantwortliche*r für hochschulisch qualifizierte Therapeut*innen einer größeren Klinik. Die Logopädie wurde durch ein*e Inhaber*in einer sprachtherapeutischen Praxis am Workshop vertreten.[6]

In einem ersten Auftakt wurden ausgewählte Themen der Befragung der Arbeitgeber*innen skizziert und diskutiert. Im Anschluss erfolge ein Austausch über bspw. Hemmnisse und Gelingensbedingungen der Berufseinmündung und Beschäftigung von Absolvent*innen oder Optimierungsvorschläge für die Studiengänge. Dieser Austausch wurde durch „Thesenpaare“, d. h. sehr zugespitzte und gegenteilige Thesen zu verschiedenen Themenfeldern, vorstrukturiert. Es erfolgte eine Protokollierung der Ergebnisse, die im Anschluss an die Teilnehmenden versandt und im Rahmen einer Rückmeldeschleife mit diesen abgestimmt wurde. Die finale Protokollfassung wurde ebenfalls an alle Teilnehmenden versandt. Insgesamt haben die Workshop-Ergebnisse den damals vorliegenden Arbeitsstand voll bestätigt, wobei bestimmte

[6] Die geringe Teilnehmer*innenanzahl war bedingt durch geringe Möglichkeiten zeitlicher wie örtlicher Flexibiliät der angefragten Personen insbesondere von Interviewten kleinerer Betriebe. Die Limitation des Workshop-Outputs durch die Zusammensetzung und Anzahl der Teilnehmenden ist den Forscher*innen bewusst und wurde beim Verfassen dieses Berichtes berücksichtigt.

Themen und Aspekte von den Teilnehmenden noch einmal besonders betont oder hervorgehoben wurden.

4.2 ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG DER ARBEITGEBER*INNEN

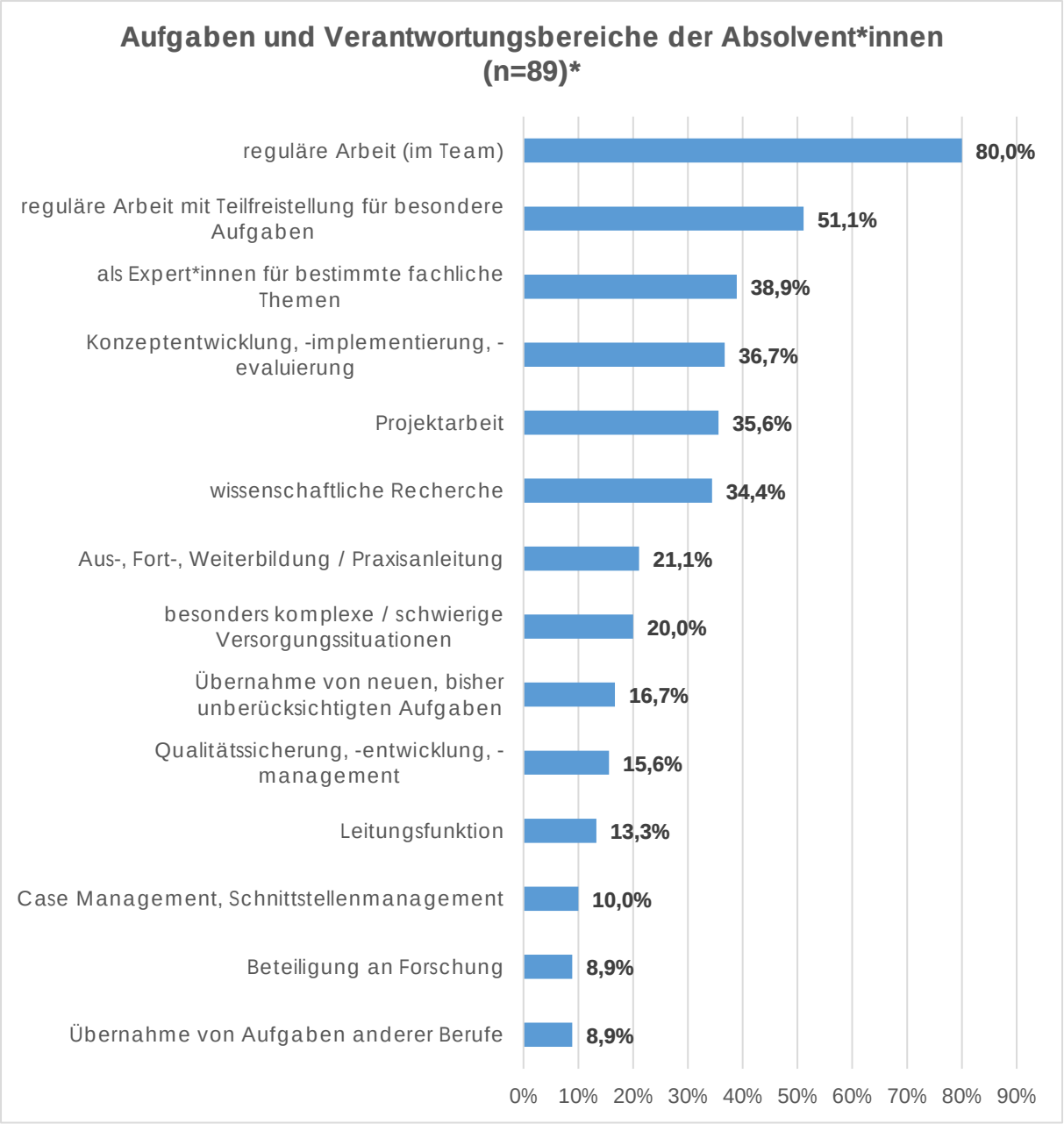
4.2.1 ERGEBNISFELD 1: BESCHÄFTIGUNGSMERKMALE

Der folgende Abschnitt stellt die Ergebnisse der Befragung und der Interviews zu den Aufgaben und Verantwortungsbereichen der beschäftigten Absolvent*innen aus Sicht der Arbeitgeber*innen dar. Thematisiert werden auch deren Gründe für die Einstellung akademisch qualifizierter Fachpersonen sowie insbesondere die Vergütungsproblematik, zu der beide methodischen Zugänge aufschlussreiche Befunde liefern.

4.2.1.1 AUFGABEN- UND VERANTWORTUNGSBEREICHE DER ABSOLVENT*INNEN

Eine grundlegende Fragestellung der Befragung war, für welche Aufgaben- und Verantwortungsbereiche die Absolvent*innen der Modellstudiengänge von den Arbeitgeber*innen eingesetzt werden. 80,0% der Arbeitgeber*innen setzen die Absolvent*innen für reguläre Aufgaben ein. Über die Hälfte (51,1%) ermöglicht den Absolvent*innen zur Bearbeitung besonderer Aufgaben eine Teilfreistellung von regulären Aufgaben. Bei den besonderen Aufgaben, die sich von denen fachschulisch qualifizierter Personen unterscheidet, dominieren „Expertentätigkeiten für spezifische fachliche Themen“ (38,9%), Aufgaben bei der „Konzeptentwicklung, -implementierung und -evaluierung“ (36,7%), sowie Aufgaben im Rahmen von „Projektarbeit“ (35,6%). Für „wissenschaftliche Recherche“ werden die Absolvent*innen ebenfalls von gut einem Drittel der Arbeitgeber*innen eingesetzt (34,4%). Verschiedene andere Aufgaben ergänzen das Spektrum (Abbildung 45). Die Absolvent*innen finden sich also in der beruflichen Praxis weit überwiegend in klientennahen Verantwortungsbereichen wieder, was die Ergebnisse der Befragung der Absolvent*innen auch aus Sicht der Arbeitgeber*innen bestätigt.

Die Daten aus den Interviews und dem Arbeitgeber-Workshop (im Folgenden auch: qualitative Daten) stützen diese Befunde, ermöglichen aber auch eine nähere Beschreibung betrieblicher Beweggründe und exemplarischer Eindrücke. Die berufliche Einmündung der Absolvent*innen der Modellstudiengänge erfolgt in der Regel auf denselben Positionen wie bei fachschulisch Ausgebildeten. Ausnahmen gibt es bei einzelnen Arbeitgeber*innen, die Trainee-Programme entwickelt haben und umsetzen. Bislang sind also keine spezifischen Stellenprofile für den Einstieg in die betrieblichen Beschäftigungssysteme vorhanden.



** Mehrfachnennungen möglich; n=89*

Abbildung 45: Aufgaben und Verantwortungsbereiche der Absolvent*innen

Bei einem Teil der Arbeitgeber*innen werden Beschäftigungskonzepte diskutiert, entwickelt oder auch bereits erprobt. Berufliche Weiterentwicklungen werden dennoch zum jetzigen Zeitpunkt noch überwiegend äußerst individuell in Betrieben „konstruiert".

> *„Und da sind wir noch dran, Konzepte zu entwickeln, aber per se ist das bis jetzt, da auch die Kollegen noch so wenig sind, wirklich händische Einzelbetreuung. Also die Kollegen, die ich kenne, ich treffe mich mit denen, wir tauschen uns aus, die treffen sich mit den Pflege-Bereichsleitungen, es ist halt noch so eine kleine Gruppe." (Pflege_Klinik_nn)*

In einigen Interviews und auch im Arbeitgeber-Workshop wurde – vor dem Hintergrund eine Kompetenzanwendung im beruflichen Alltag zu ermöglichen – die Schaffung von Sonderrollen thematisiert. Diese kann sinnvoll sein, um Kompetenzen anwendbar zu machen, diese zu erhalten und auszubauen[7]. Für Absolvent*innen ist die Anwendbarkeit akademischer Kompetenzen attraktiv und kann somit das Abwanderungsrisiko verringern. Sonderrollen können weiterhin ermöglichen, dass innerhalb der Einrichtungen aufgezeigt werden kann, welchen zusätzlichen Beitrag die akademisierten Kolleg*innen leisten können. Die Herstellung einer solchen Transparenz kann die Integration in Teams befördern. Die Notwendigkeit Sonderrollen zu schaffen, ist jedoch umstritten (vgl. Abschnitt 4.2.2.1). Generell unterscheiden sich die Möglichkeiten und Erfordernisse auch nach Betriebsgröße und Fachberuf. Das im Rahmen des Arbeitgeber-Workshops diskutierte Traineeprogramm eines großen Krankenhauses hat beispielsweise gezeigt, dass Sonderrollen und damit zusammenhängende Arbeitsplätze und Aufgaben erst im Prozess entwickelt werden müssen bzw. entstehen. Dafür ist Zeit erforderlich, was sich insbesondere für kleinere Arbeitgebertypen, wie z. B. Praxen, als problematisch erweist. Eine Voraussetzung für Änderungen der Arbeitsorganisation ist ohnehin, dass sich für die Kliniken und Einrichtungen ein „Mehrwert" hierdurch ergibt und dass dieser auch deutlich wird.

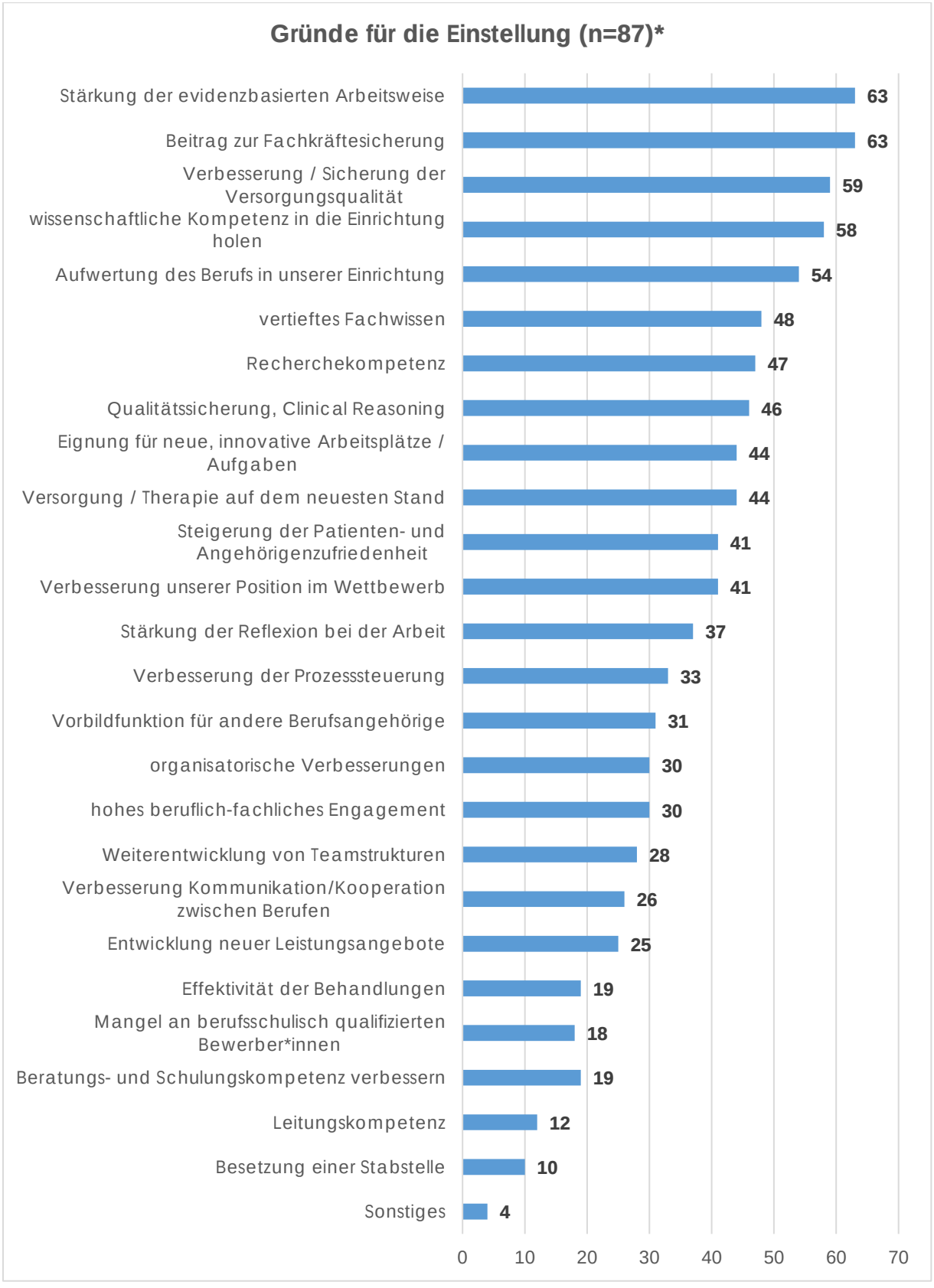
Mit zunehmender Berufserfahrung stehen den Absolvent*innen bei allen interviewten Arbeitgeber*innen weiterführende berufliche Entwicklungspfade offen. Je nach Arbeitgebertyp können Fach- oder auch Führungslaufbahnen möglich sein. Der akademische Abschluss hat hierbei allerdings nicht unbedingt eine Bedeutung. Besonders deutlich wird das in den Therapieberufen, bei denen fachliche Fortbildungskulturen systemimmanent sind. Es sind diese Zertifikate, die zur Anwendung bestimmter Therapien befähigen, die für die berufliche Entwicklung relevant sind – und nicht der akademische Abschluss. Weiterhin werden Soft-Skills, Teamfähigkeit, Motivation etc. von den Arbeitgebervertreter*innen als zentrale Kriterien zur Erweiterung von Zuständigkeiten oder Verantwortungsbereichen genannt – Fähigkeiten also, die individuell bedingt sind und die auch bei fachschulisch Ausgebildete potenziell vorfindbar sind.

Interessant ist der Vergleich mit den von den Arbeitgeber*innen im Rahmen der Online-Befragung angegebenen Gründen für die Einstellung der akademisch qualifizierten Fachkräfte. Hier zeigte sich ein sehr differenziertes Bild (Abbildung 46).

Wichtig ist den Befragten, sich wissenschaftliche Kompetenzen nutzbar zu machen, die insbesondere eine evidenzbasierte Praxis fördern und vertieftes Wissen für die Arbeit nutzbar

[7] Die Workshop-Teilnehmenden betonen, dass auch fachschulisch Ausgebildete ihre Kompetenzen unter den gegebenen Rahmenbedingungen (insb. dem „Faktor Zeit") nicht optimal entfalten können. Dies betrifft alle Berufsgruppen und Arbeitgebertypen, besonders ausgeprägt ist dies aber bei kleineren Betrieben, wie z. B. Praxen.

machen sollen. Ziel ist es u.a., die Versorgungsqualität zu erhöhen und die eigenen Dienstleistungen auf neustem Stand zu halten.



** Anzahl der Nennungen; Mehrfachnennungen möglich*

Abbildung 46: Gründe für die Einstellung der Absolvent*innen

Deutlich wird auch, dass die Einstellung von Absolvent*innen berufspolitisch motiviert sein kann, wenn als Einstellungsgrund die Aufwertung des jeweiligen Berufs innerhalb der Einrichtung genannt wird. Weitere Gründe sind eine erhoffte Verbesserung kritischer Reflexion und Verbesserung der Arbeitsprozesse sowie letztlich eine Verbesserung der Position im Wettbewerb. Deutlich wird aber auch, dass die Einstellung der Absolvent*innen ein Mittel zur Stellenbesetzung in Zeiten zunehmenden Mangels an fachschulisch qualifizierten Bewerber*innen darstellt (vgl. Abschnitt 4.2.5.2).

4.2.1.2 VERGÜTUNG DER ABSOLVENT*INNEN

Die Möglichkeiten einer im Vergleich zu fachschulisch Qualifizierten höheren Vergütung der Absolvent*innen werden seit Jahren diskutiert. Schwierigkeiten ergeben sich u.a. aus Tarifverträgen, nach denen nicht die Qualifikationen, sondern die ausgeübten Tätigkeiten das Hauptkriterium für die Eingruppierung darstellen, ebenso wie aus mangelnden Refinanzierungsmöglichkeiten oder betriebsinternen Regeln, die eine finanzielle Besserstellung akademisch qualifizierter Fachpersonen erschweren. Etwa die Hälfte der teilnehmenden Arbeitgeber*innen gibt in der Online-Befragung an, die eingestellten Absolvent*innen nicht anders zu bezahlen als ihre fachschulisch ausgebildeten Kolleg*innen. In den Fällen, in denen höher vergütet wird, ist dieses Vorgehen überwiegend an die Übernahme besonderer Aufgaben gebunden, nur selten wird generell, also lediglich aufgrund der akademischen Ausbildung höher vergütet (Tabelle 30).

Tabelle 30: Unterschiede bei der Vergütung der Absolvent*innen

Vergütungsmodell	Nennungen (n=94)
Vergütung generell gleich	48
Vergütung höher bei besonderen Aufgaben	33
Vergütung generell höher	5
Vergütung individuell unterschiedlich	8

Eine nach Berufen oder Einrichtungen differenzierte Betrachtung zeigt bei dieser Frage deutliche Unterschiede. Vergleicht man die Pflege mit den anderen Berufen, fällt auf, dass Arbeitgeber*innen der Pflegeabsolvent*innen diese lediglich zu rund einem Drittel gleich bezahlen wie fachschulisch Qualifizierte, während dieser Anteil in den anderen Berufen etwa doppelt so hoch liegt (Abbildung 47).

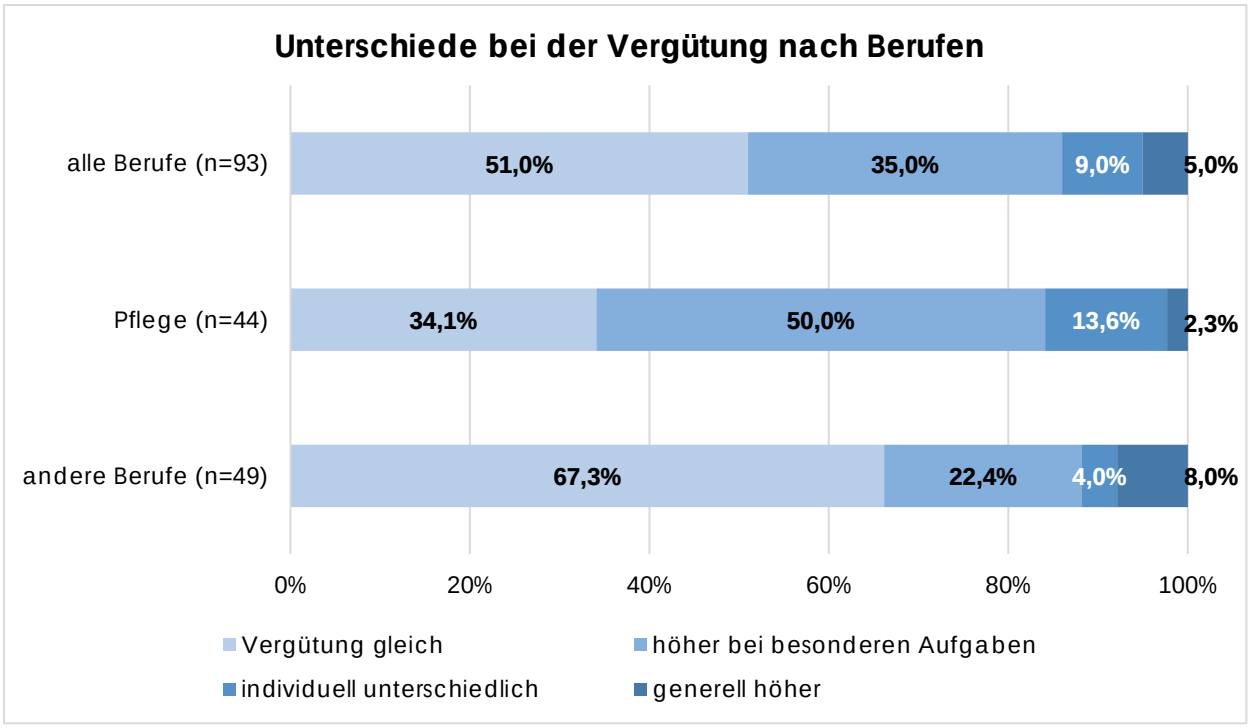


Abbildung 47: Unterschiede bei der Vergütung der Absolvent*innen nach Berufsgruppe

Auch die Differenzierung nach Einrichtung ergibt ein vergleichbares Bild. Hier zeigt sich, dass die Vergütungssituation in Krankenhäusern deutlich besser ist als in therapeutischen Praxen (Abbildung 48).

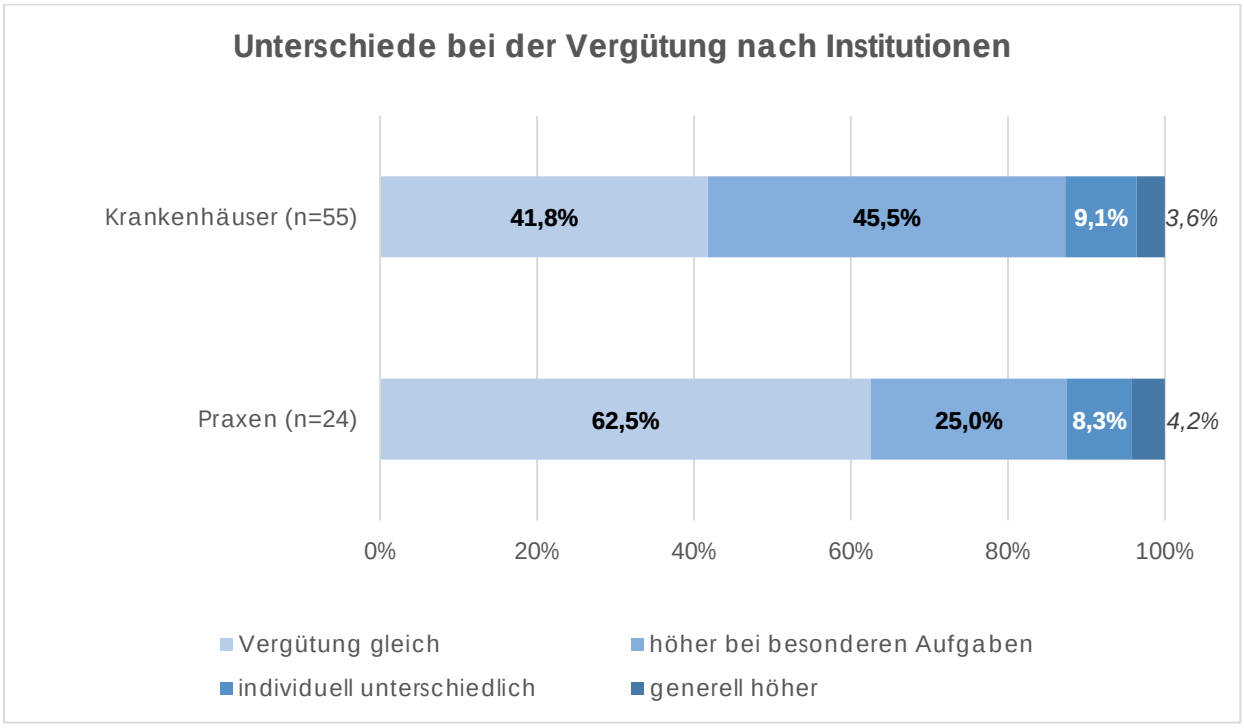


Abbildung 48: Unterschiede bei der Vergütung der Absolvent*innen nach Institutionen

Anzumerken ist an dieser Stelle, dass fast drei Viertel der Arbeitgeber*innen der Pflege-Absolvent*innen Krankenhäuser sind. Diesen gelingt es offensichtlich besser, Aufgabenprofile mit „besonderen Tätigkeiten“ zu definieren und insbesondere auf diesem Weg eine höhere Vergütung zu vereinbaren. Die Entlohnungshöhe der Absolvent*innen sowie deren Bestimmungsgrundlage unterscheiden sich also sowohl berufs- als auch arbeitgebertypspezifisch. Die qualitativen Daten stützen diese Befragungsergebnisse und erlauben es, die Unterschiede tiefergehend zu erläutern.

4.2.1.2.1 TARIFGEBUNDENE ARBEITGEBER*INNEN

In Kliniken und im öffentlichen Verwaltungsdienst erfolgt die Entlohnung – aller Berufsgruppen der Modellstudiengänge – nach den tarifvertraglichen Bedingungen. Gehälter werden üblicherweise gemäß Positionen bzw. Anforderungen der Tätigkeiten und nicht nach formellen Abschlüssen gezahlt. Das bedeutet, dass Entgelte untrennbar mit Stellenprofilen verbunden sind bzw. sich Aufgaben-/Verantwortungsbereiche und Eingruppierungen wechselseitig bedingen.

Die mehrheitliche Haltung der interviewten Arbeitgebervertreter*innen in tarifgebundenen Betrieben ist, dass – entsprechend der tarifvertraglichen Logik – alle Beschäftigten für dieselbe Arbeit dasselbe Gehalt erhalten. Eine höhere Entlohnung der Absolvent*innen wird demnach nur dann als sinnvoll und möglich betrachtet, wenn damit andere Anforderungsprofile einhergehen.

> *„Also ich glaube, es würde ein Problem werden tatsächlich, wenn die anders eingruppiert würden. Da hätte ich persönlich, bin ich auch ganz ehrlich, auch ein Problem mit, weil ich wüsste nicht, wie ich meiner 56-jährigen Kollegin, die ihr Leben lang in Vollzeit gearbeitet hat, erklären sollte, dass sie mit dem, was sie kann, nun weniger wert sein soll – zumindest geldmäßig, Geld ist leider nun mal eine Art der Wertschätzung – ich wüsste nicht, wie ich der erklären sollte, dass sie weniger wert sein soll als eine frische Studien-Absolventin, die eigentlich, wie wir alle, als wir fertig waren mit der Ausbildung, noch keine Ahnung haben.“ (Heb_Klinik_1)*

Mit diesem Gerechtigkeitsfaktor geht auch die Frage nach dem kollegialen Zusammenhalt einher:

> *„Und dann fände ich es ein bisschen merkwürdig, den einen schlechter zu bezahlen als den anderen, abgesehen davon […] wir haben ja sowieso schon durch die Ausdifferenzierung der Pflegeberufe sehr viele Unterschiede jetzt auch in den Teams. […] Also das macht auch Stimmung, wenn man dann Leute hat, die besser bezahlt werden. Und das, finde ich, muss man langsam entwickeln.“ (Pflege_Klinik_4)*

Um Studienabsolvent*innen mit zusätzlichen Aufgaben oder Verantwortungsbereichen einen höheren Verdienst zu ermöglichen, werden in tarifgebundenen Kliniken außertarifliche Zulagen genutzt.

„Das heißt, wir können Absolventen, wenn sie denn besondere Tätigkeiten übernehmen, eine Zulage gewähren. Die ist umso höher, umso näher sie an der Patienten-Interaktion sind. Also jemand wie ich hier am Schreibtisch kriegt gar nichts, und wenn jemand wirklich so in der Patienten-Interaktion auf Station bleibt, dann ist die bis maximal 200 Euro. Das ist aber immer an eine besondere Tätigkeit gebunden, also darum ist es gerade für die Anfänger erst mal schwierig, würde ich sagen. Die sind erst mal am Ankommen, aber wenn die dann besondere Tätigkeiten übernehmen, Projekt führen, QM-Aufgaben übernehmen oder sowas, dann wird das gewährt." (Pflege_Klinik_nn)

„Und auf der anderen Seite kriegen sie auch noch eine Zulage bei uns, so dass sie eben auch finanziell gewürdigt werden in Bezug auf die Mehrarbeit und auch natürlich in Bezug auf den Abschluss, den sie haben, nämlich ihren Bachelor. […] Also die sind außertariflich, ist ja eine Zulage, aber die begründet sich in dem Tätigkeitsfeld, also in der Rolle. Also nicht jeder, der einen Bachelorabschluss hat, kriegt automatisch die Zulage, sondern ausschließlich diejenigen, die auch diese Rolle übernehmen." (Pflege_Klinik_18)[8]

Auch Verhandlungen zwischen den betroffenen Beschäftigten und den betrieblichen Verantwortlichen werden als Option für eine stärker individualisierte Entgelthöhenbestimmung angewandt.

„Es ist halt […] auch mit dem neuen TVÖD nicht eindeutig beantwortet, was und wie man quasi als Bachelor verdient. Und ich bin auch persönlich der Meinung, dass Studieren nicht unbedingt dazu qualifiziert, mehr Geld zu verdienen. Die Frage ist, mit welchen Verantwortungen bin ich ausgestattet, was spiele ich hinterher am Platz. Von daher ist Geld vielfach im Moment noch eine […] individuelle Verhandlungsmöglichkeit […] und halt auch immer so Fragen, welche Verantwortung übernehmen diese Personen mehr als üblich. Und das ist für mich der entscheidende Indikator. Wenn jemand studiert hat und hinterher das Gleiche tut wie der mit der dualen Ausbildung, warum sollte ich dem mehr Geld bezahlen." (Pflege_Klinik_9)

Im Hebammenbereich gibt es in einigen Kliniken eine sogenannte „Einspring-Prämie", bei der außerplanmäßige Schichtübernahmen monetär honoriert werden. Hierbei handelt es sich allerdings nicht um Maßnahmen, die speziell für die Studienabsolvent*innen vorgehalten werden. Anzumerken ist an dieser Stelle noch, dass das Einkommen insbesondere der Therapeut*innen in tarifgebundenen Kliniken deutlich über dem ihrer Kolleg*innen bei nicht-tarifgebundenen Betrieben liegt.

4.2.1.2.2 ARBEITGEBER*INNEN OHNE TARIFBINDUNG

Die Bestimmung der Entlohnung in nicht-tarifgebundenen Betrieben (hier: Praxen, Reha-Zentren)[9] orientiert sich primär an den Erstattungssätzen der Krankenkassen. Die Taktung der

[8] Hier beträgt die Höhe der Zulage 360 Euro.
[9] Im Interviewsample befindet sich weiterhin ein ambulanter Pflegedienst, der ebenfalls keiner Tarifbindung unterliegt.

Patient*innen stellt demnach eine Stellschraube der Entlohnungshöhe dar. Einige Arbeitgebervertreter*innen machen hierzu konkrete Vorgaben, andere lassen ihre Beschäftigten hierbei mitentscheiden.

> *„Und das gucke ich schon durch, also ich denke, man kann nicht bei 40 Stunden Arbeit 40 Therapien machen, das schafft man aus meiner Sicht nicht. Also bei uns muss man, ich sage, bei 40 Stunden 39 Therapien, eine Stunde ist noch Teamsitzung dabei, also ich versuche das immer so zu rechnen, dass die da nicht in ihrer Freizeit noch irgendwo hinfahren müssen, sondern dass das wirklich mit An- und Abfahrt irgendwie stimmig ist." (Logo_Praxis_1a)*

> *„Es gibt einen Verhandlungsspielraum, das ist [...], ja, also es gibt ja gewisse Stundensätze, die ein Therapeut verdient, was so ortsüblich ist. Der setzt sich zusammen durch die Umsätze, also durch die Patiententaktung, und ich sage mal, wenn einer anfängt, dann startet er niedrig, wenn er gut ist, erhöhen wir/ nach der Probezeit gehe ich mit dem Gehalt hoch." (Physio_Praxis_1)*

> *„[...] wenn ich gucke, wenn wir von 40 Stunden ausgehen, ja, 2500/2700 brutto möglich macht. Aufgrund der umsatzorientierten Entlohnung mit Boni, die wir zahlen. [...] Also, es geht auch Richtung 3000, je nachdem, wie die Leute ihre Taktung selbst wählen. Das ist ein Benefit, den wir unseren Leuten mit gönnen, dass sie die Taktung selbst ein bisschen mitbestimmen können. Weil wir umsatzorientiert bezahlen. Ich muss nicht gucken, dass sie innerhalb der 40 Stunden bestimmte Zahl Behandlungen machen müssen, dass ich nachher das Gehalt bezahlen muss. Sondern sie bestimmen über die Behandlungszahlen auch selbst ihr Gehalt mit." (Physio_Zentrum_1)*

Da bei den Erstattungssätzen nicht zwischen Qualifikationsniveaus unterschieden wird, greifen in der Regel dieselben Entlohnungsmechanismen wie auch bei fachschulisch Ausgebildeten. So ist für die Erstattungsfähigkeit bestimmter Therapien eine fachliche Fortbildung notwendig. Das Erlangen eines solchen Zertifikates wirkt sich in der Regel auch auf die Einkommenshöhe aus.

> *„Und mit dem Erwerb des Zertifikats steigt das Gehalt, weil die Einsetzbarkeit der Therapeutin auch gestiegen ist. Also sie ist dann nicht nur Therapeutin in Einrichtungen oder in der Praxis. Sondern sie ist vielleicht auch Moderatorin oder sie leitet mal ein Seminar. Sie hält Vorträge und so weiter. Also ihr Einsatzgebiet ist damit sehr viel größer geworden." (Logo_Praxis_2a)*

Auch die Übertragung bestimmter Aufgaben oder Verantwortlichkeiten kann sich auf die Einkommenshöhe auswirken.

> *„Die Praktikumsbetreuung oder Anleitung, das ist eine Sonderposition, die die Leute mit haben. Die auch entsprechend ratifiziert wird von mir. Gibt es eine entsprechende Entlohnung, wenn jemand hauptamtlich das mitmacht." (Physio_Zentrum_1)*

Wie auch bei tarifgebundenen Betrieben sind zusätzliche monetäre Leistungen, wie etwa finanzielle Unterstützung bei Fort- und Weiterbildungen, Fahrtkostenzuschüsse oder Gehaltssteigerungen nach Berufserfahrung üblich. Beim Zustandekommen der Gehälter können durchaus auch mehrere Faktoren kombiniert wirken, wie z. B. Berufserfahrung,

Lebensalter, Gehaltsverhandlungen, regionale Besonderheiten oder Daten von den Berufsverbänden.

> *„Also den einzigen Unterschied, den ich so ein bisschen mache, ist nach Berufserfahrung. Also ich finde, jemand, der gerade erst angefangen hat, der verdient bei uns immer ein bisschen weniger als jemand der irgendwie schon drei, vier Jahre irgendwo Berufserfahrung gesammelt hat. Und Urlaubstage werden davon so ein bisschen abhängig gemacht vom Alter. Und bei der Bezahlung, da ist es bei uns so, es gibt vom DBS eine Empfehlung […] oder die geben das nicht als Empfehlung raus, die sagen immer, das haben wir festgestellt, so wird gezahlt. Und deswegen soll man sich damit dran orientieren. Aber die sagen zum Beispiel, bei einer 40-Stunden-Stelle sollte man 40 Therapien in der Woche machen, und da wäre dann Vorbereitung, Nachbereitung und Fahrten mit abgegolten." (Logo_Praxis_1a)*

Die interviewten Praxisinhaber*innen setzen allerdings unterschiedliche entgeltwirksame Konzepte (z. B. bei einem Ausfall von Therapiestunden) um.

> *„Wir haben zwei verschiedene Gehaltsmodelle. Wir haben einmal ein Festgehalt, und wir haben aber auch so eine leistungsabhängige Entlohnung mit einem Grundgehalt plus einem Zusatz/ also in dieser leistungsabhängigen Stufe, die dann vom persönlichen Umsatz abhängig ist." (Ergo_Zentrum_1)*

> *„Aber wir haben ganz viel, dadurch, dass wir Schulen betreuen, haben wir ganz viel Schulferienzeiten, in denen die Patienten dann aber leider nicht gewillt sind, mal zu uns zu kommen. […] Auf jeden Fall haben wir dadurch dann praktisch wieder große Engpässe, also dass wir dann viel Lücken haben. Und ich mache kein Plus/Minus-Konto, also wenn das ausfällt, weil der Patient nicht kommt, kriegt mein Therapeut aber trotzdem das gleiche Gehalt, aber das sind natürlich wieder Sachen, die ich vorher mit einkalkuliert haben muss." (Logo_Praxis_1a)*

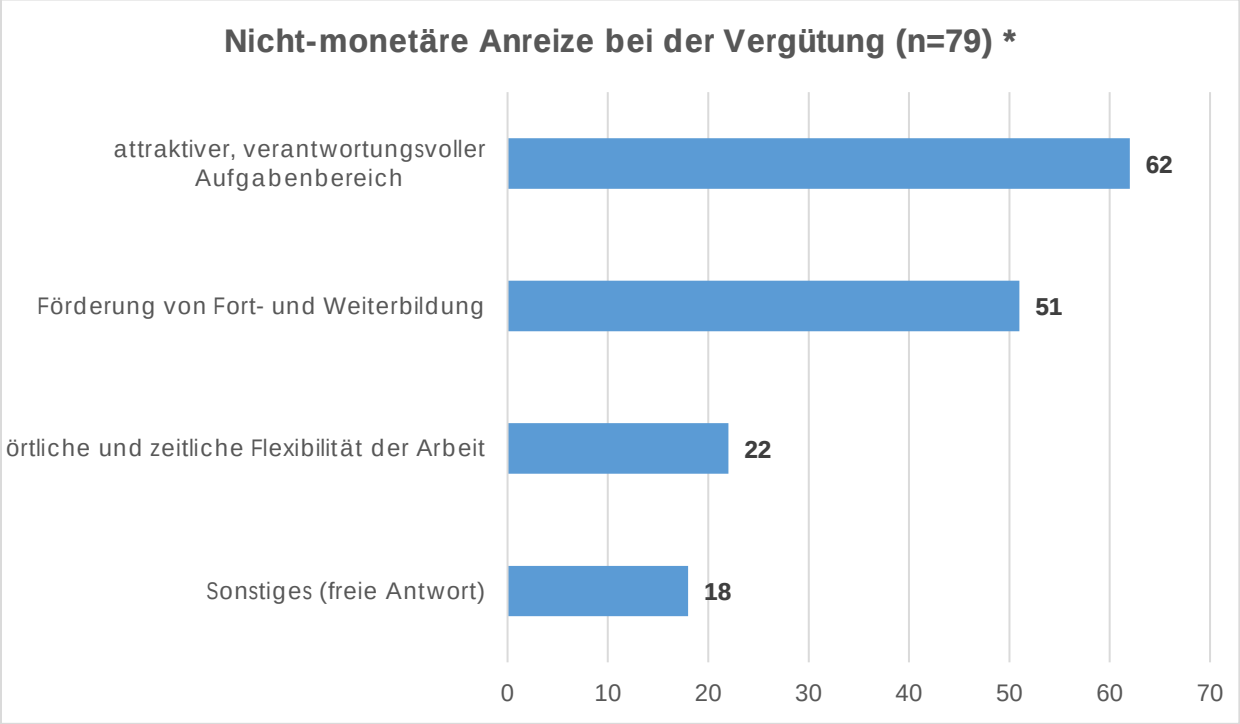
Weiterhin ist ein gewisser Spielraum für Gehaltsverhandlungen die Regel. Ein*e Inhaber*in einer Ergotherapie-Praxis ist auf die Forderung des*der beschäftigten Absolvent*in bei der Gehaltsverhandlung eingegangen und zahlt ihm*ihr etwas mehr als Beschäftigten mit fachschulischem Abschluss. Der Konkurrenzdruck zwischen den Praxen aufgrund des Fachkräftemangels war bei dieser Entscheidung von Bedeutung.

> *„Ich weiß natürlich, dass die Konkurrenz wirklich sehr, sehr groß ist und mir war es schon wichtig/ Ich meine, zum Beispiel, jetzt bei der HOCHSCHUL-Absolventin, ich hatte mehrere Bewerbungen […], aber bei ihr hatte ich jetzt das Gefühl, die möchte ich auch wirklich haben. Weil ich schon direkt gesehen habe, dass der Wissensschatz enorm ist eben und dass sie auch ein unheimliches gutes Nähe-Distanz-Verhalten und sehr viel Empathie mitbrachte. […] Und habe dann versucht, das, was sie fordert an Gehalt auch, ja, so gut wie möglich zu bedienen, ich sage einmal, mit Luft nach oben, aber bin da schon drauf eingegangen." (Ergo_Praxis_1)*

Diese höhere Entlohnung, auf Grundlage des akademischen Abschlusses, stellt die absolute Ausnahme im Interview-Sample dar. In monetärer Hinsicht hat der akademische Abschluss bei den nicht-tarifgebundenen Betrieben dieses Interviewsamples wenig Bedeutung.

4.2.1.2.3 NICHT-MONETÄRE ANREIZE

Neben finanziellen Aspekten bestehen in Betrieben auch weitere Anreize, mit denen sich um die Einstellung von Absolvent*innen bemüht wird. Nach Ansicht der Befragten sind dies überwiegend die Attraktivität der Aufgaben und eine Förderung der Weiterqualifizierung (Abbildung 49).



* Anzahl der Nennungen; Mehrfachnennungen möglich

Abbildung 49: Nicht-monetäre Anreize bei der Vergütung der Absolvent*innen

Aus den qualitativen Daten geht hervor, dass sich Betriebe angesichts des Fachkräfteengpasses zunehmend attraktiv aufstellen müssen, um Fachkräfte zu rekrutieren und zu binden. Neben der monetären Vergütung werden daher interessante Aufgabenzuschnitte, ein frei wählbarer Stellenumfang (Voll-/Teilzeit), zusätzliche Urlaubstage oder Maßnahmen der Work-Life-Balance und Familienfreundlichkeit angeboten.

> *„Es ist wirklich sehr schwierig. Also es ist definitiv ein Mangel und ich suche auch aktuell wieder. […] Ja, es geht immer auch so ein bisschen darum, was man anbietet. Und mir war eben, ja, auch das Betriebsklima sehr wichtig. Und ich glaube, das hat jetzt doch so die eine oder andere dann einfach auch gelockt.“ (Ergo_Praxis_1)*

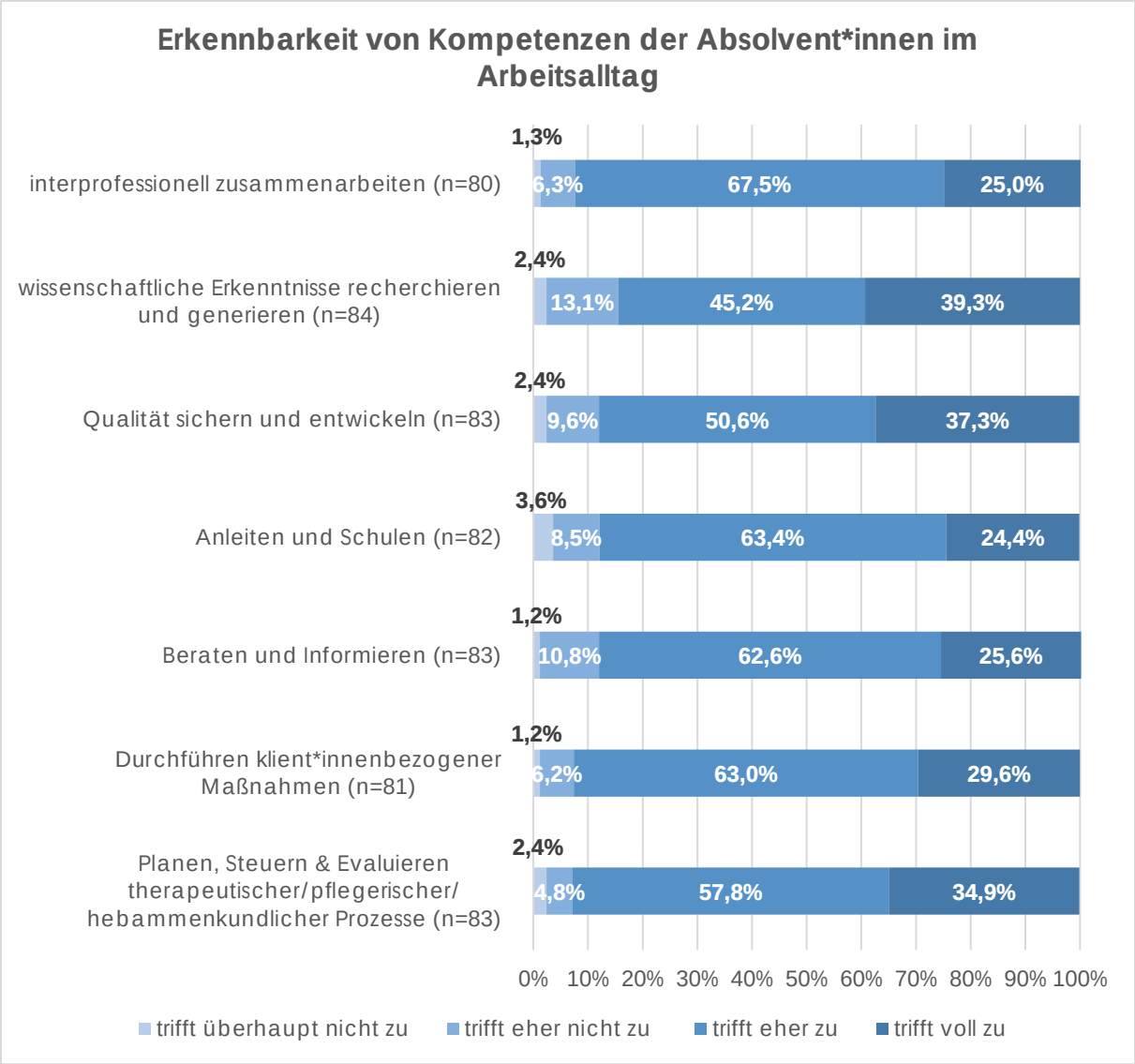
4.2.2 ERGEBNISFELD 2: QUALIFIKATIONSADÄQUANZ

Thema des folgenden Abschnitts sind die Kompetenzen und verwandte Merkmale der Absolvent*innen aus Sicht der Arbeitgeber*innen. Referiert werden die Erkennbarkeit der Kompetenzen der Absolvent*innen sowie die Einschätzungen zum Vergleich zwischen diesen und fachschulisch qualifizierten Beschäftigten. Erste Überlegungen zu möglichen Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung schließen sich an.

4.2.2.1 AUSPRÄGUNG UND EINSATZ DER IM STUDIUM ERWORBENEN QUALIFIKATIONEN

Wie in Abschnitt 4.2.1 deutlich geworden ist, haben die Arbeitgeber*innen sehr differenzierte Gründe für die Einstellung der Absolvent*innen. Auch bemühen sich viele darum, diese neue Gruppe von Beschäftigten angemessen zu vergüten. Umso wichtiger ist es, dass die Absolvent*innen erkennbar andere oder ggfs. höhere Kompetenzen einbringen und dass diese für die Arbeitgeber*innen in der Berufspraxis konkret erkennbar sind. Dabei sollten sich deren Kompetenzen, Fähigkeiten und Eigenschaften von denen fachschulisch qualifizierter Berufsangehöriger unterscheiden.

Die Ergebnisse zeigen, dass für die Befragten die Kompetenzen der Absolvent*innen in der beruflichen Praxis deutlich werden. In allen sieben abgefragten Kompetenzdimensionen trifft dies jeweils für die große Mehrheit (jeweils rund 84 bis 93%) der Arbeitgeber*innen „voll“ oder „eher“ zu (Abbildung 50).



* Abweichungen von 100% sind rundungsbedingt.

Abbildung 50: Erkennbarkeit von Kompetenzen der Absolvent*innen im Arbeitsalltag

Die qualitativen Befunde stützen diese Befragungsergebnisse. Das interprofessionelle Zusammenarbeiten, das Recherchieren und Generieren wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie die Qualitätssicherung und -entwicklung sind Kompetenzbereiche, die von den interviewten Arbeitgebervertreter*innen deutlich wahrgenommen werden.

4.2.2.2 UNTERSCHIEDE ZWISCHEN ABSOLVENT*INNEN UND FACHSCHULISCH QUALIFIZIERTEN

Im Vergleich zwischen Absolvent*innen und fachschulisch Qualifizierten hinsichtlich unterschiedlicher Ausprägungen der genannten Kompetenzdimensionen wird deutlich, dass die befragten Arbeitgeber*innen tendenziell eine Überlegenheit aufseiten der Absolvent*innen erkennen. In den verschiedenen Dimensionen finden sich aber deutliche Unterschiede. Sehr

deutliche Vorteile bei den Absolvent*innen bestehen bei Wissenschaftlichkeit, Prozesssteuerung und Qualitätssicherung, in denen die Kompetenzen der Absolvent*innen von zwischen 69,5% bis 91,4% der Arbeitgeber*innen als stärker ausgeprägt eingeschätzt werden. Rund die Hälfte der Befragten erkennt eine Überlegenheit der Kompetenzen der Absolvent*innen in den Bereichen Beratung, interprofessionelle Kooperation und Anleitung, während die andere Hälfte beide Gruppen gleich einschätzt. Lediglich bei der Durchführung klient*innenbezogener Maßnahmen schätzt eine Mehrheit der Arbeitgeber*innen beide Gruppen gleich ein, und in dieser Kompetenzdimension findet sich auch der einzig nennenswerte Anteil an Befragten, die die Kompetenzen der fachschulisch ausgebildeten Beschäftigten als stärker ausgeprägt einschätzen (Abbildung 51).

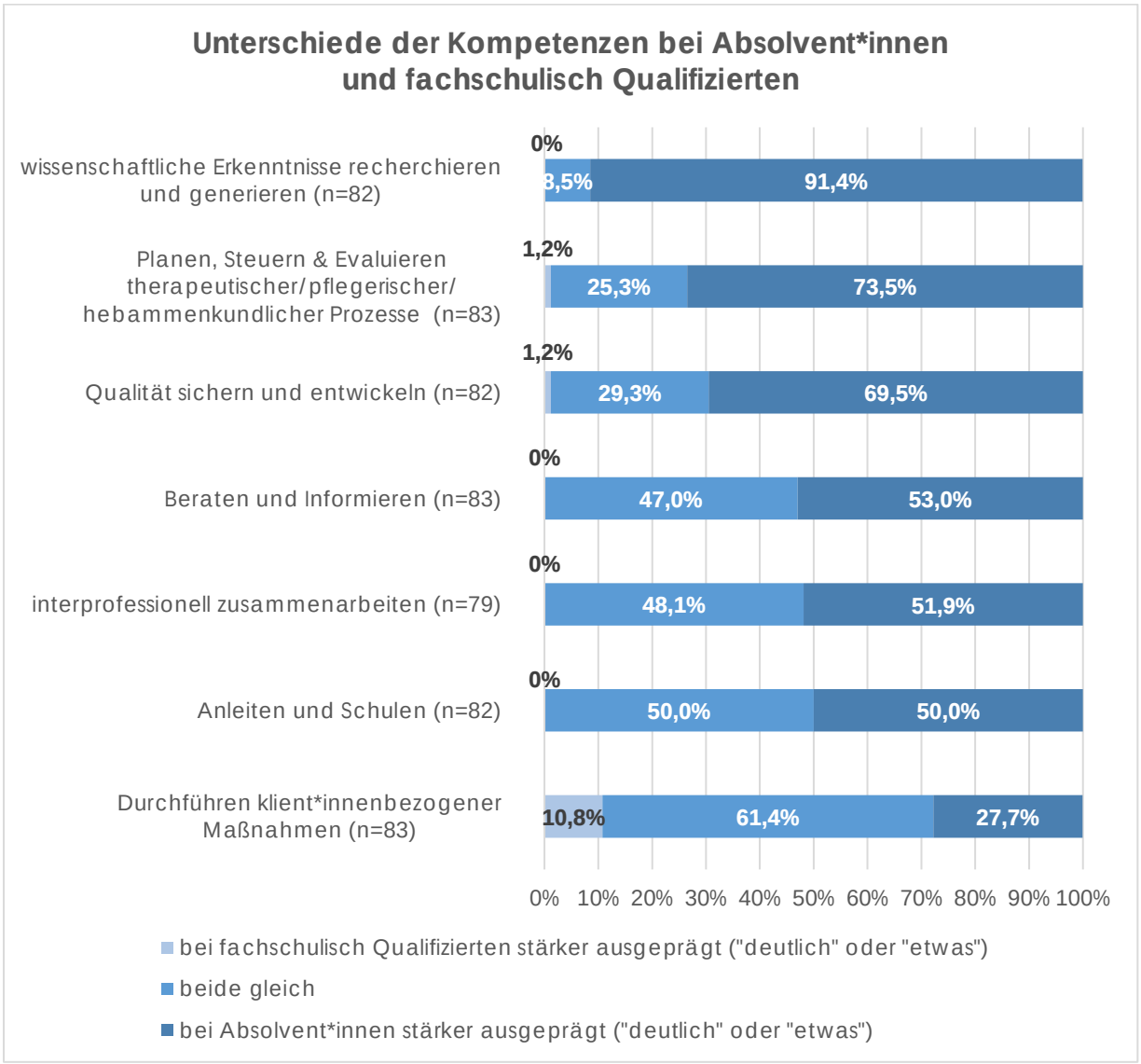
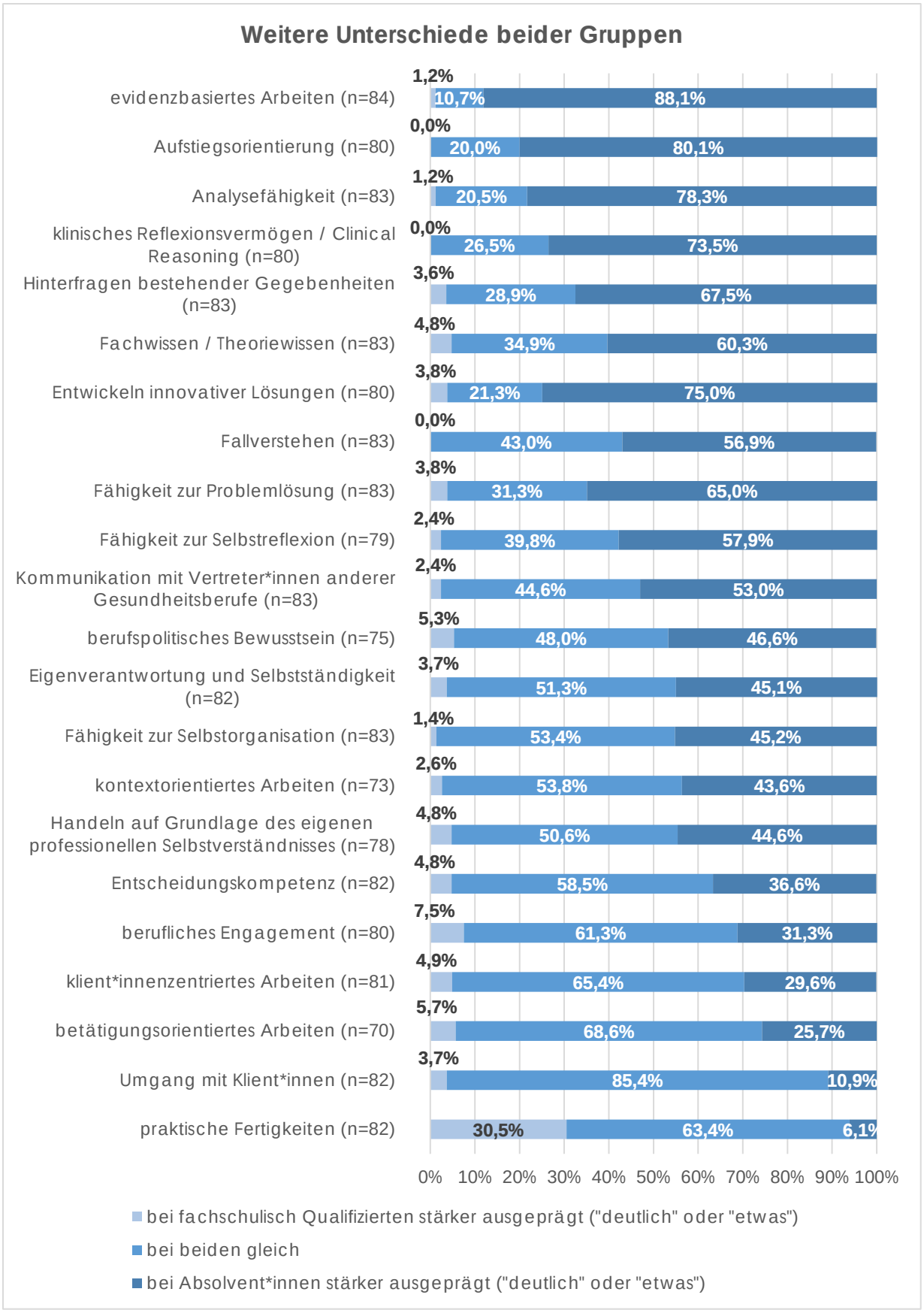


Abbildung 51: Unterschiede der Kompetenzen bei Absolvent*innen und fachschulisch Qualifizierten

Neben dem Vergleich der Gruppen bei den gebildeten Kompetenzdimensionen wurde eine größere Anzahl weiterer Merkmale abgefragt, die von den Befragten in der beruflichen Praxis wahrgenommene Unterschiede zwischen akademisch und fachschulisch ausgebildeten Personen deutlich machen. Dabei zeigt sich (Abbildung 52), dass auch in diesem Vergleich die Fähigkeiten der Absolvent*innen insgesamt positiv eingeschätzt werden. In elf von 22 Merkmalen werden ihnen seitens der befragten Arbeitgeber*innen Vorteile gegenüber ihren fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen zugebilligt. Insbesondere bei Evidenzbasierung, Analyse- und Reflexionsvermögen, Aufstiegsorientierung und kritischem Hinterfragen werden die Absolvent*innen als deutlich stärker wahrgenommen. Bei den anderen elf Merkmalen werden beide Gruppen mehrheitlich als gleich eingeschätzt, wobei jeweils die Absolvent*innen im Vergleich bessere Werte erreichen als die fachschulisch Qualifizierten. Lediglich bei den „praktischen Fertigkeiten“ ist dies nicht der Fall; hier werden die schulisch Ausgebildeten als deutlich stärker bewertet. Die Kritik an den praktischen Fähigkeiten der Absolvent*innen wird im Workshop allerdings differenziert gesehen. Das Fehlen praktischer Kenntnisse ist definitiv ein Problem, hier sind teilweise Überforderungen der Absolvent*innen – aber z. T. auch der Fachschulabsolvent*innen – zu erkennen. Das, was an praktischen Kenntnissen fehlt, lässt sich aber nach Einschätzung der Arbeitgebervertreter*innen im Laufe der Zeit nach dem Berufseinstieg gut nachholen.



* Abweichungen von 100% sind rundungsbedingt.

Abbildung 52: Weitere Unterschiede zwischen Absolvent*innen und fachschulisch Qualifizierten

Auch in der Frage nach Kompetenzunterschieden zwischen den hochschulisch und fachschulisch Ausgebildeten stützen die qualitativen Daten die Befunde der Online-Befragung. Nur vereinzelt erkennen Interviewte keine Unterschiede zwischen den beiden Qualifikationsgruppen, sondern interpretieren Kompetenzen eher als personenbezogene Merkmale und nicht als qualifizierungsbezogene Ergebnisse.

> *„Wenn man das aufteilt in, das sind die akademisch Vorgebildeten und das sind die berufsschulisch Vorgebildeten oder fachschulisch Vorgebildeten, würde ich erst mal grundsätzlich sagen, nein. […] also es gibt ja so die mit den chaotischen Arbeitsweisen, dann gibt es die super Strukturierten und die sehr Zielorientierten, dann würde ich sagen, schwer, schwer, das einfach auf den Ausbildungsweg zu begrenzen. Ich würde sagen, das hängt immer auch von der Person ab.“ (Ergo_Zentrum_1)*

> *„Nein. Wenn Sie mit im Alltag integriert sind, im Frühdienst beispielsweise, dann betreuen die, genauso wie jeder andere auch, eine Patientengruppe und da stellt man den Unterschied nicht fest.“ (Pflege_Klinik_18)*

> *„Und auf der ganz konkreten Behandlungsebene, da haben wir auch ganz viel drüber diskutiert, als wir den Fragebogen ausgefüllt haben, das ist schwierig, das so zu benennen, weil das natürlich auch immer was mit Persönlichkeitsmerkmalen zu tun hat, wie jemand mit seinen Patienten arbeitet. […] Also ich würde sagen, es gibt da Unterschiede, aber die zu benennen und zu sagen, es liegt jetzt an bestimmten Kompetenzen, das finde ich tatsächlich auf der Ebene schwierig.“ (Physio_Klinik_18)*

Ein Interview zeigt auf, dass es auch am allgemeinen Personalauswahlverfahren der Betriebe liegen kann, dass Unterschiede nicht wahrgenommen werden.

> *„Bei uns [unterscheiden sich die fachschulisch und hochschulisch Ausgebildeten, Anm. d. Interviewer*in] nicht so sehr, weil wir die Therapeuten tatsächlich genau mit Blick auf diese Fähigkeit im akademischen Arbeiten auch ausgewählt haben. Auch die nicht akademischen Therapeuten sind in der Lage, evidenzkritisch zu beurteilen, ihr eigenes Arbeiten kritisch zu beurteilen. Und alle sind offen gegenüber neuen Ideen oder sind aktiv daran beteiligt, neue Scores zu implementieren, das eigene Arbeiten zu verbessern. Da sehe ich bei uns keinen Unterschied.“ (Logo_Klinik_8)*

Ein Großteil der Interviewten jedoch erkennt und benennt Kompetenzunterschiede zwischen fachschulisch und hochschulisch qualifizierten Fachkräften. Besonders durch die evidenzbasierte Arbeitsweise heben sich die Studienabsolvent*innen von den Fachschulabsolvent*innen ab. Bei der Recherche und dem Lesen von Fachliteratur sowie bei der Interpretation von Studien und vor allem der Übertragung von Forschungsergebnissen in den Arbeitsalltag sind Studienabsolvent*innen deutlich stärker.

> *„Und meine Empfehlung geht dann schon zum Teil in die Richtung, dass gewisse, vielleicht auch Messverfahren[…], dass die denn auch von jemand durchgeführt werden, der Interesse daran*

hat, auch wirklich basierend auf solchen Messverfahren zu therapieren. Und da sehe ich die Bereitschaft auch eher bei denjenigen, die wirklich einen Studiengang besucht haben, weil einfach diese Art auf, ja, ich sag mal, validen und reliablen Messverfahren basierend zu therapieren, das ist eben etwas, was einen, ja, ein akademisierter Physiotherapeut eher mitbringt." (Physio_Zentrum_7-10)

Einige Interviewte, die selbst kein Studium absolviert haben, berichten auch, dass die Absolvent*innen der Modellstudiengänge Kompetenzen oder Fähigkeiten mitbringen, die sie selbst nicht haben.

„Oder ich brauche jetzt mal, wir machen heute eine Fallbesprechung mit den Ärzten zusammen, da sind eben meine Hebammen, es geht um DR3 und DR4, also hochgradige Geburtsverletzungen, die auch Konsequenzen haben für die Frauen, für das weitere Leben […] und dann habe ich jetzt die Studentinnen gebeten […] oder die ehemals, die Hebammen, die studiert haben […] ‚könntet ihr mir mal ein bisschen was vorbereiten dafür und was ausarbeiten' […] und dann ziehen die sich halt Studien und so weiter und so fort, das macht eine Hebamme aus der Ausbildung nicht. Die guckt nur in ihr altes geburtshilfliches Buch, und das war es." (Heb_Klinik_4)

„Sie sind nicht ständig besser als die anderen, aber im Notfall können die eben doch besser recherchieren und Evidenz beurteilen und sagen, der Artikel ist wirklich gut, das kann ich annehmen und der nicht. Also wir Schulischen, wir würden im Netz gucken und würden sagen, toller Artikel, oder wir lesen was in der Fachzeitung und sagen, toller Artikel, aber vom Studentischen erwarte ich, dass der auch ein bisschen beurteilen kann, ist das jetzt wirklich eine gut angelegte Studie, ist das eine gute Evidenz, kann ich das für mich nutzen, dafür brauche ich die. Und dafür brauche ich die auch in den Praxen." (Physio_Praxis_0)

Insbesondere in komplizierteren Behandlungskontexten kommt der evidenzbasierten Arbeitsweise aus Sicht der Befragten eine besondere Rolle zu. Mehrfach berichten Interviewte, die Physiotherapeut*innen der Modellstudiengänge beschäftigen, von speziellen Krankheitsbildern, für die die Studienabsolvent*innen nach neuen Lösungen gesucht und innovative Ansätze umgesetzt haben.

„Der Unterschied kam dann im Fall der Fälle. Also Otto Normalverbraucher, sagen wir mal, beide gleich. Aber wenn es dann zu einem schwierigen Fall kommt, der nicht so das Normale ist, dann, würde ich sagen, ist der Bachelor im Vorteil, weil er dann geübter ist, jetzt Recherche zu machen, also zu sagen, da ist irgendwas unschlüssig, da ist eine Gefahr in der Behandlung, da kenne ich mich nicht aus, dann sind die Schulischen eher so – ich hatte jetzt nur die eine Absolventin, das ist jetzt vielleicht nur ein Einzelfall – aber die Schulischen kommen dann zu mir oder zu einem Kollegen und fragen, Sag mal, was machst du da, wie machst du das'. Und die Studentische hat dann schon eher Recherche angefangen, also mal zu gucken, was gibt es da für eine Evidenz, was suche ich da raus. Also insofern für die Entwicklung dann besser oder für den Fall der Fälle dann bessere Absicherung für mich." (Physio_Praxis_0)

„Und tatsächlich, also das Beispiel, was mir jetzt gerade einfällt, eine Kollegin, die eben auch diesen Modellstudiengang belegt hat, hatte in ihrer Bachelor-Arbeit etwas über TRAININGSANSATZ geschrieben, das ist so ein Training unter TRAININGSINSTRUMENT und hat im Grunde die Erkenntnisse, die sie aus ihrer eigenen Bachelor-Arbeit bekommen hat, hier dann bei Patienten direkt umgesetzt. Und daran kann ich mich halt noch erinnern, dass es bei einigen Patienten tatsächlich dann auch ganz gut funktioniert hat […].“ (Physio_Zentrum_7-10)

„Ich meine, habe ich da jetzt ein konkretes Beispiel im Kopf? Ja, bei einer Patientin oder einem Patienten, nee, es war eine Patientin, die Problem mit einem, also chronisch regionalem Schmerzsyndrom, also ehemals Sudeck, in der Hand hatte, da ist die oder der Kollege, um den es ging, recht schnell in die Richtung Spiegeltherapie und/ na, es gibt im Grunde so ein dreistufiges Modell, was eben auch auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert, wie man eben mit diesen Patienten umgeht. Ich denke, der Umgang mit diesem Krankheitsbild in der Allgemeinheit ist mit Sicherheit anders als er jetzt konkret von diesem Kollegen durchgeführt wurde.“ (Physio_Zentrum_7-10)

Insgesamt arbeiten Absolvent*innen der Modellstudiengänge wissensbasierter als ihre fachschulischen Kolleg*innen und weisen eine hohe Problemlösekompetenz auf. Zusätzlich können die akademisch ausgebildeten Therapeut*innen/Pflegenden besser „gestalten“. Die Herangehensweise wird als deutlich kritischer beschrieben, etwa indem Tests und Verfahren hinterfragt und ggf. ersetzt bzw. neue Verfahren entwickelt werden.

„Also was wir da sehen, sind ja erst mal Kolleginnen und Kollegen, die wirklich kritisch an ihre Arbeit herangehen und Sachen hinterfragen. Also das ist schon mal eine hohe Fähigkeit, da neue Sachen und Innovationen hereinzubringen. Die sind ja auch neugierig. Also es sind Kollegen, die auf Kongresse gehen, die Fachliteratur lesen, die plötzlich wissen, da habe ich mal was in Amerika gelesen.“ (Pflege_Klinik_1%)

*„Ja, wenn ich eine Sprechstörung behandeln will, also eine Dysarthrie behandeln will, und ich lasse den Patienten Bilder benennen, dann ist das zwar vordergründig vielleicht für den Patienten eine nette Therapie, aber […] das eine ist Benennen, das ist die Aphasie, und das andere ist die Sprechstörung, die die Patienten haben, also Artikulationsprobleme beispielsweise, das ist einfach sinnfrei, das so zu machen. Aber trotzdem wird es getan, weil man muss ja irgendwas tun. Also da wird [von fachschulisch Ausgebildeten, Anm. d. Interviewer*in] oft unkritisch drauf geguckt.“ (Logo_Praxis_2b)*

Auch bei der Kompetenzdimension „Qualität sichern und entwickeln“ werden in den qualitativen Daten die Fähigkeiten der Absolvent*innen der Modellstudiengänge von den Befragten erkannt und begrüßt. Hierbei geht es zum einen um das Arbeiten gemäß bestehender Leitlinien, zum anderen aber auch um die Entwicklung von Standards.

„Also es gibt ja zwar die Leitlinien, ne, die und die Erkrankung, okay, danach sollte so und so behandelt werden. Ich weiß, das nutzen aber ganz wenige bisher noch und das wissen auch viele Patienten […] überhaupt nicht. Und ich finde es einfach auch schwierig, also ich wünsche mir mehr, ja, dass es offener gemacht wird, was in den Praxen läuft. Dass eben auch kein

Therapeut in sein Kämmerchen verschwinden kann und macht irgendetwas mit dem Patienten. […] Und ich glaube, dass im Zuge von der Hochschule oder von einer Akademisierung so etwas irgendwie noch mehr verfolgt wird, da auch wirklich, ja, so eine Norm zu finden, ne?" (Ergo_Praxis_1)

„Also was man vielleicht noch sagen kann ist, dass die Studienabsolventinnen vertrauter sind mit der Arbeit mit Leitlinien, sich zu informieren, wo kriege ich jetzt die aktuellsten Evidenzen her und auch eine Studie zu lesen und dann beurteilen zu können, ist die überhaupt aussagekräftig oder nicht. Das ist, glaube ich, was, was zurzeit in der Ausbildung noch deutlich zu kurz kommt." (Heb_Geburtshaus_2)

„Ja, also womit das im Grunde angefangen hat, [..] das war eine Vertiefung oder einen Standard zu erarbeiten zu Patienten mit Sehnen-Problematiken in der unteren Extremität, also sprich Achillessehnen-Problematiken, Patellasehnen-Problematiken vor allem, das kommt zumindest hier jetzt am häufigsten vor. Und im Grunde war es so, dass man versucht zu gucken, wie ist der aktuelle wissenschaftliche Stand in der Behandlung dieser Problematiken und dazu eine interne Fortbildung zu organisieren und das Ganze im Grunde dann auch nach außen zu tragen, zu verordnenden Ärzten oder auch Physiotherapeuten, die daran interessiert sind, mehr davon kennenzulernen." (Physio_Zentrum_7-10)

Ein Teil der Interviewten betont auch besonders ausgeprägte dokumentarische oder kommunikative Fähigkeiten sowie Beratungskompetenzen der hochschulisch Ausgebildeten.

*„Und da muss ich schon gucken, dass ich ihn [Patient*in; Anm. Interviewer*in] entsprechend berate, dass es sein kann, dass der Arzt irgendwann sagt, so das reicht. Und er sagt nein, das reicht aber nicht. Und dann muss er wissen, dass er mehr Möglichkeiten hat und nicht dann plötzlich allein im Regen steht. Und das ist ein Punkt, den wir von den Kollegen erwarten, die auch ganz gezielt im Einstellungsgespräch, auch die Studenten hier, entsprechend trimmen darauf, dass ich Patienten informiere. Und sage, hör mal, das und das geht. Das muss möglich sein. Ob das dann über die Rezepte funktioniert, ob du das selber machst, inwieweit du da eventuell Widerspruch einlegst, den Arzt wechselst, keine Ahnung. Dass man sowas dann auch aktiv mit steuert und da auch entsprechend selbstbewusst auftritt als Therapeut." (Physio_Zentrum_1)*

Die*der Interviewte stellt fest, dass die Studienabsolvent*innen im Vergleich zu fachschulisch Ausgebildeten „besser von der Gesprächsführung [sind], von der Argumentation auch dann. Weil auch die Ausbildung in dem Rahmen einfach breiter aufgestellt ist" (Physio_Zentrum_1). Offenbar handelt es sich hier um einen Ausbildungsunterschied, der sich in der beruflichen Praxis deutlich bemerkbar macht.

Die Praxiskompetenz der Studienabsolvent*innen wird teilweise geringer wahrgenommen als die der fachschulisch Qualifizierten, so dass sich ein Teil der Beteiligten mehr oder inhaltlich veränderte Praxisanteile für die Studiengänge wünscht (vgl. Abschnitt 4.2.3.2). Die Kritik an den praktischen Fähigkeiten der Absolvent*innen wird jedoch auch differenziert gesehen. Das Fehlen praktischer Kenntnisse kann ein Problem sein, welches sich als Überforderung der

Absolvent*innen zu erkennen gibt. Das, was an praktischen Kenntnissen fehlt, lässt sich durch die Praktika und in der Zeit nach dem Berufseinstieg gut nachholen.

Auffällig ist, dass insgesamt auch einige nicht-fachliche Unterschiede im Vergleich zu fachschulisch Qualifizierten wahrgenommen werden. Ein Teil der hochschulisch Qualifizierten zeigt sich demnach äußerst engagiert und eigeninitiativer als ihre fachschulischen Kolleg*innen. Sie sind nach Wahrnehmung der Arbeitgebervertreter*innen häufig stärker intrinsisch an Fort-/Weiterbildungen interessiert und nehmen solche entsprechend mehr wahr. Die Fähigkeiten zum selbstständigen Lernen sind ebenfalls besser ausgeprägt.

> *„Ich habe jetzt einer Logopädin eine Weiterbildung angeboten zur (FACH)therapeutin (…) Und das wird als anstrengend empfunden. Also die Arbeitshaltungen sind auch unterschiedlich. Ich habe den Eindruck, dass Arbeitsbelastung sehr unterschiedlich empfunden wird.“ (Praxisinhaber; Logo_Praxis_2a)*

Ein*e interviewte*r Vertreter*in eines Krankenhauses merkt an, dass hochschulisch ausgebildete Logopäd*innen bei der Auswahl von Fortbildungen stärker differenzieren als fachschulisch Ausgebildete.

> *„Es fällt schon auf, dass teils die skurrilsten und esoterischsten Fortbildungen in den Lebensläufen dann drinstehen, in den externen Bewerbungen. […] Also in den therapeutischen Disziplinen ist, sagen wir mal, da gibt's ja viele so Schulen, dann gibt's da irgendwie Proprio-Neuro-Fazilitation und Arbeiten nach Bobath und Facio-Orale-Therapie nach, hast du nicht gesehen, lauter so traditionelle Konzepte mit einem Eigennamen dran, die man halt schon irgendwie, teils schon seit über 100 Jahren macht und die mit religiösen Eifer gelehrt werden, für die es aber im Grunde keine studienbasierte Effektivitätsnachweise gibt. Man macht es haben, weil man es schon immer macht. Und man macht es, weil es eben Schulen gibt, die mit diesen Weiterbildungen viel Geld verdienen und weil es halt einflussreiche Protagonisten gibt, die das sagen, dass man das macht, weil sie es schon immer gemacht haben. So. Wenn man das mal auf einen Prüfstand stellt und Studien dafür durchführt, dann kommt da teils nichts bei raus. […] Den Ansatz bringen akademische Absolventen eher mit, zu akzeptieren, dass nur, weil da ein berühmter Name drauf steht, dass da durchaus Quatsch dahinter sein kann. Also dieses methodenkritische und, ja, selbstreflektierte Arbeiten, das ist ein Ansatz, den ich eher bei akademischen Absolventen sehe als bei anderen.“ (Logo_Klinik_8)*

Absolvent*innen der Modellstudiengänge werden von den Interviewten und den Workshop-Teilnehmenden weiterhin tendenziell als aufgeschlossener gegenüber Neuem sowie strategischer bei dessen Aneignung im Vergleich zu ihren fachschulisch ausgebildeten Kolleg*innen beschrieben. Auch werden problematische Aspekte eher als Herausforderungen, die es zu lösen gilt, oder als Chancen verstanden. Das wird nach Einschätzung der Arbeitgebervertreter*innen im fortschreitenden Wandel des Gesundheitswesens immer mehr von Bedeutung sein.

Ein Teil der Interviewten stellt ein verstärktes interdisziplinäres Arbeiten und Denken („Schnittstellenarbeit“) fest, das sich beispielweise in der Kommunikation, im aktiven Zugehen auf andere Berufsgruppen oder in der kritischen Auseinandersetzung mit ärztlichen Verordnungen zeigen kann. Die Absolvent*innen können nicht zuletzt durch ihre Ausdrucksfähigkeit und kommunikativen Kompetenzen ein gutes Standing erlangen.

> *„Also die interprofessionelle Kommunikation mit dem Arzt, da traut sich ein Bachelor-Absolvent, glaube ich, im Durchschnitt mehr als ein schulischer. Ich selber habe meine Ausbildung allerdings am Klinikum STADT gemacht, da sind wir schon so gedrillt worden, auch mit Ärzten zu streiten im Team, dass ich eben nicht glaube, dass jede Schule da gleich ist. Also es gibt auch Schulen, die gut auf interprofessionelle Kommunikation vorbereiten, aber (unv.) fühlen sich, glaube ich, Schulabsolventen manchmal auch den Ärzten unterlegen und sind dann in der Kommunikation nicht wirklich auf Augenhöhe. Also insofern glaube ich, dass Bachelor-Absolventen sich eher trauen, auf Augenhöhe zu sprechen, hinterher die Master noch mehr.“ (Physio_Praxis_0)*

Ein Teil der hochschulischen Absolvent*innen heben sich darüber hinaus durch ihr Selbstbewusstsein und eine ausgeprägte Selbstreflexionsfähigkeit von ihren fachschulischen Kolleg*innen ab. Dies schließt ein, dass sie sich bewusst über die eigenen, möglicherweise auch besonderen, Kompetenzen sind. Hiermit korrespondiert die Feststellung eines Teiles der Befragten, dass viele Studienabsolvent*innen andere Ansprüche an und Visionen über ihre berufliche Zukunft mitbringen. Konkretere Ideen und Vorstellungen sind hierbei durchaus stärker aufstiegsorientiert (vgl. Abschnitt 4.2.4).

4.2.2.3 AUSWIRKUNGEN DER HOCHSCHULISCH QUALIFIZIERTEN AUF DIE VERSORGUNG

In der öffentlichen Diskussion steht der Fachkräftemangel als rein quantitativer Mangel im Fokus. Es gibt jedoch darüber hinaus auch eine qualitative Komponente: Die Kompetenzen und die persönlichen Voraussetzungen der Beschäftigten und Interessierten entsprechen nicht (mehr) unbedingt den Anforderungen der sich wandelnden Versorgungssituation und verändernden Versorgungsstrukturen. In den Interviews wurden mögliche Auswirkungen auf die Versorgung durch die Akademisierung der Berufe explizit thematisiert.

Als problematisch stellte sich für eine klare Stellungnahme der Interviewten heraus, dass die Notwendigkeit, hierfür den Outcome zu messen oder konkret beziffern zu können, bislang eher rudimentär erfüllt wird. Infolge dessen muss beachtet werden, dass die qualitativen Daten teilweise eher subjektive Einschätzungen anstelle datenbasierter Ergebnisse abbilden.

> *„Also wir sehen deutliche Verbesserungen in der Qualität, wirklich. Ich könnte sie nicht in Zahlen packen, das haben wir auch mal versucht, das kriegen wir auch irgendwie nicht hin, aber gefühlt ist da was.“ (Pflege_Klinik_1%)*

> *„Das würde ich punktuell auf alle Fälle bejahen. Das kann man natürlich nicht generalisieren, das bewegt sich auch zwischen Kreisklasse und Weltklasse manchmal, aber durchaus sehen wir an*

vielen Stellen, wo wir sie dort eingebunden haben, deutliche Praxis-Entwicklung. Nehmen wir unseren Pflegeexperten, der wie gesagt einerseits im städtischen Klinikum arbeitet, dort als Demenz-Koordinator unterwegs ist. […] Das Projekt ist von der Modell-Versorgung in die Regel-Versorgung gegangen, also wir konnten zeigen, dass Menschen mit Demenz in dem Allgemein-Krankenhaus früher identifiziert werden. Die Liegedauer von Menschen […] zurückgegangen ist, alles solche Dinge. Also das heißt, das kann man schon zeigen, man braucht aber natürlich immer auch ein gutes Evaluationskonzept dahinter. […] Der Einsatz von Menschen mit diesen Qualifikationen zwar mittlerweile hier und da Einzug hält, aber keiner genau sagen kann, was passiert denn am Ende, wie verändert sich denn die Praxis." (Pflege_Klinik_9)

Eine Steigerung der Versorgungsqualität kann sich jedoch auch durch nicht-quantifizierbare Aspekte oder eben durch rein objektiv betrachtet sogar verlangsamte Prozesse ausdrücken.

„Zahlenmäßig gesehen, also rein theoretisch gesehen würden Kritiker jetzt erst mal sagen, das Team ist langsamer geworden. Ich aber auf der einen Seite sage, ja, das ist schon zeitlich gesehen, langsamer geworden, aber dafür auch qualitativ sinniger. Also da wirklich zu sagen, nein, die achten jetzt da drauf, weil das und das und das wichtig ist, und da halten sie inne und rufen vielleicht auch mal eher nochmal den Rufdienst hinzu. […] Ich glaube aber, wenn man von oben draufguckt, Externe sehen das nicht, noch nicht." (Heb_Klinik_2)

Die meisten Befragten gehen allerdings von einer Steigerung der Versorgungsqualität durch die hochschulische Ausbildung aus und berufen sich auf internationale Studien und ihren persönlichen Eindruck von der Beschäftigung der Absolvent*innen. Insbesondere die ausgeprägte evidenzbasierte Arbeitsweise trägt hierzu bei.

*„Also aus meiner Sicht ist es hier schon so, dass aufgrund dessen, dass einfach Erkenntnisse aus der Literatur, die betrachtet worden sind und die einen Effekt aufgezeigt haben, hier in die Pflegepraxis getragen werden, ist bereits eine Steigerung der Patientenversorgung, wobei nicht immer wir das direkt an dem Patienten-Outcomes auch nachweisen können." (Pflege_Klinik_18, Interviewte*r B)*

Die*der zweite Interviewpartner*in[10] kann diese Aussage anhand eines Beispiels konkretisieren.

*„Also ich sage mal, jetzt speziell bei uns hat sich das ausgewirkt einfach aufgrund der Tatsache, dass die beiden Bachelors immer wieder das ins Gedächtnis der Pflegenden geholt haben und gesagt haben, hier bitte, achtet darauf, und wir haben doch dies und das belegt. Daraus resultierend sollte es sich schon verbessert haben. Also ich erinnere mich an die erste Kandidatin, die in der Herzchirurgie ein Projekt hatte, Patienten, die das befolgt haben, das was der pflegerische Weg war, denen ging es besser. Also da könnte man schon von einem Minierfolg sprechen." (Pflege_Klinik_18; Interviewte*r A)*

[10] Einige Interviews sind mit mehreren Gesprächspartner*innen geführt worden.

Auch die stärker ausgeprägte kritische Herangehensweise kann die Versorgungsqualität steigern, etwa indem Tests und Verfahren hinterfragt und ggfs. ersetzt bzw. neue Verfahren entwickelt werden.

> *„Also wir machen jetzt eine viel bessere Versorgung als früher, wo wir die akademischen Logopäden nicht in dieser Breite eingesetzt haben, und auch das, was an Ideen kommt, an neuen Ansätzen, auch mal alte Stiefel oder alten Mist auskehren und durch neue Konzept mal ersetzen und das auch aktiv zu begleiten, zu überprüfen, ob die Ideen dann auch in der Realität funktionieren, das geht nur – in meinen Augen – mit akademisch ausgebildeten Therapeuten." (Logo_Klinik_8)*

Mehrmals wird diesbezüglich auch der Auf- und Ausbau der deutschen Forschungslandschaft als Einflussfaktor genannt. Hierbei geht es darum, auch im Kontext der Professionalisierung der Berufe, eigenständig Evidenzen zu ermitteln sowie Verfahren und Modelle zu entwickeln. Dies ist untrennbar mit dem Ausbau von Master-Studiengängen und insbesondere auch Promotionsmöglichkeiten und Professuren verbunden.

> *„Aber wir brauchen halt insgesamt Master, die Forschungsstrukturen machen und belegen, dass das was wir tun, auch wirklich wirkungsvoll ist, vor allem in unserem System, dass man nicht immer im Ausland nach Studien suchen muss, sondern auf unser System bezogen Studien hat und Messverfahren hat und Erhebungsmodelle. […] Also ich bin ja nun auch in der Berufspolitik tätig, und da wird uns ja immer wieder vorgehalten, man will uns aus dem Leistungsgeschehen rausschmeißen, in regelmäßigen Abständen, weil man sagt, das ist ja gar nicht evidenzbasiert. Und welcher Arzt forscht denn für einen Physiotherapeuten, welcher Arzt legt eine Studie an, dass Physiotherapie wirkungsvoller ist als eine ärztliche Versorgung." (Physio_Praxis_0)*

Einzelne Interviewte schätzen das Verbesserungspotenzial der Versorgung durch eine Akademisierung jedoch auch gering ein. Diese Arbeitgebervertreter*innen gehen z. B. davon aus, dass sich das Gesundheitssystem in Gänze ändern muss, exemplarisch dadurch, dass eine ausreichende Anzahl an Therapieplätzen zur Verfügung stehen muss.

> *„Die Qualität der Versorgung liegt für mich in den Terminierungen der Patienten. Wenn Patienten Termine bekommen, Rezepte bekommen, sind die gut versorgt, weil die derzeitigen Therapeuten, die ich kenne, einfach einen sehr guten Job machen. Ich glaube, die Qualität der Versorgung ist einfach das Problem, dass Patienten keine Verordnung bekommen oder vier Wochen auf Termine warten müssen." (Physio_Praxis_1)*

Manchmal wird den Studienabsolvent*innen zwar eine andere Herangehensweise als ihren fachschulischen Kolleg*innen attestiert, jedoch keine Verbesserung des Outcomes wahrgenommen. Eine reguläre Ausbildung, gegebenenfalls um eine spezifische Weiterbildung ergänzt, wäre demnach nach Einschätzung einiger Arbeitgebervertreter*innen ausreichend.

> *„Also ich sehe das nicht, dass die besser oder schlechter arbeiten. […] also wenn ich das doch richtig verstehe, dann ist der Lehrplan ja relativ gleich zur herkömmlichen Ausbildung, außer dass*

halt das wissenschaftliche Arbeiten, Studien und sowas, das fehlt halt in der Ausbildung, das wird im Studium gelehrt. Das ist ja auch gut, aber das, finde ich, ist jetzt am Patientenbett nicht unbedingt das, was mich nach vorne bringt." (Heb_Klinik_1)

„Also damit ist jetzt gemeint, dass durch diese, ich sage mal sehr wertige Ausbildung die Versorgung der Bewohner besser werden soll. Also das glaube ich jetzt nicht unbedingt, um ehrlich zu sein. Also ich glaube schon, dass unsere, in Anführungsstrichen, normalen Azubis, die Bewohner genauso gut versorgen können." (Pflege_Einrichtung_1)

„Also es ist zu sehen, [...] dass die schon in der Befundung andere Teste anwenden oder wissenschaftlicher Arbeiten und sagen, der Test XY war positiv oder negativ. Die große Frage ist, ob das die Behandlung beeinflusst oder ob das einfach ein guter Referenzwert ist um zu sagen, wenn ich den Test wiederhole, sehe ich, ob es besser geworden ist. Was ein erfahrener Therapeut auch hinbekommt, nur der nennt den Test nicht beim Namen." (Physio_Praxis_1)

Eine interviewte leitende Hebamme benennt den quantitativen Mangel an Personal als ein grundsätzliches Problem, das sich nicht durch die Qualität der Ausbildung lösen lasse - eine Einschätzung, die sicher auch auf andere Settings und Berufsgruppen übertragbar ist:

„Das ist jetzt eine schwierige Frage. Also in der Theorie, wenn ich mir das Konzept angucke, wenn ich mir die Theorie angucke, würde ich Ihnen ad hoc ja sagen. Ich sehe in der Praxis aber im Moment einfach aufgrund des Fachkräftemangels ein Riesenproblem. Und im Moment würde ich Ihnen jetzt sagen, da kann ich keine Versorgung verbessern, weil die Manpower erst mal fehlt. Also die ist erst mal nicht da. Und langfristig gesehen würde ich Ihnen sagen, ja." (Heb_Klinik_2))

4.2.3 ERGEBNISFELD 3: ZUFRIEDENHEIT UND AKZEPTANZ

Im Folgenden wird der wichtige Aspekt der Zufriedenheit der Arbeitgeber*innen mit der Beschäftigung von Absolvent*innen der Modellstudiengänge sowie mit den Studiengängen beleuchtet.

4.2.3.1 ZUFRIEDENHEIT MIT DEN ABSOLVENT*INNEN

Ein entscheidender Aspekt bei der Einschätzung des Erfolgs der Modellstudiengänge ist die Akzeptanz der Absolvent*innen auf dem Arbeitsmarkt. In diesem Zusammenhang ist die Zufriedenheit der Arbeitgeber*innen und deren Prognosen hinsichtlich der künftigen Entwicklung von großer Bedeutung.

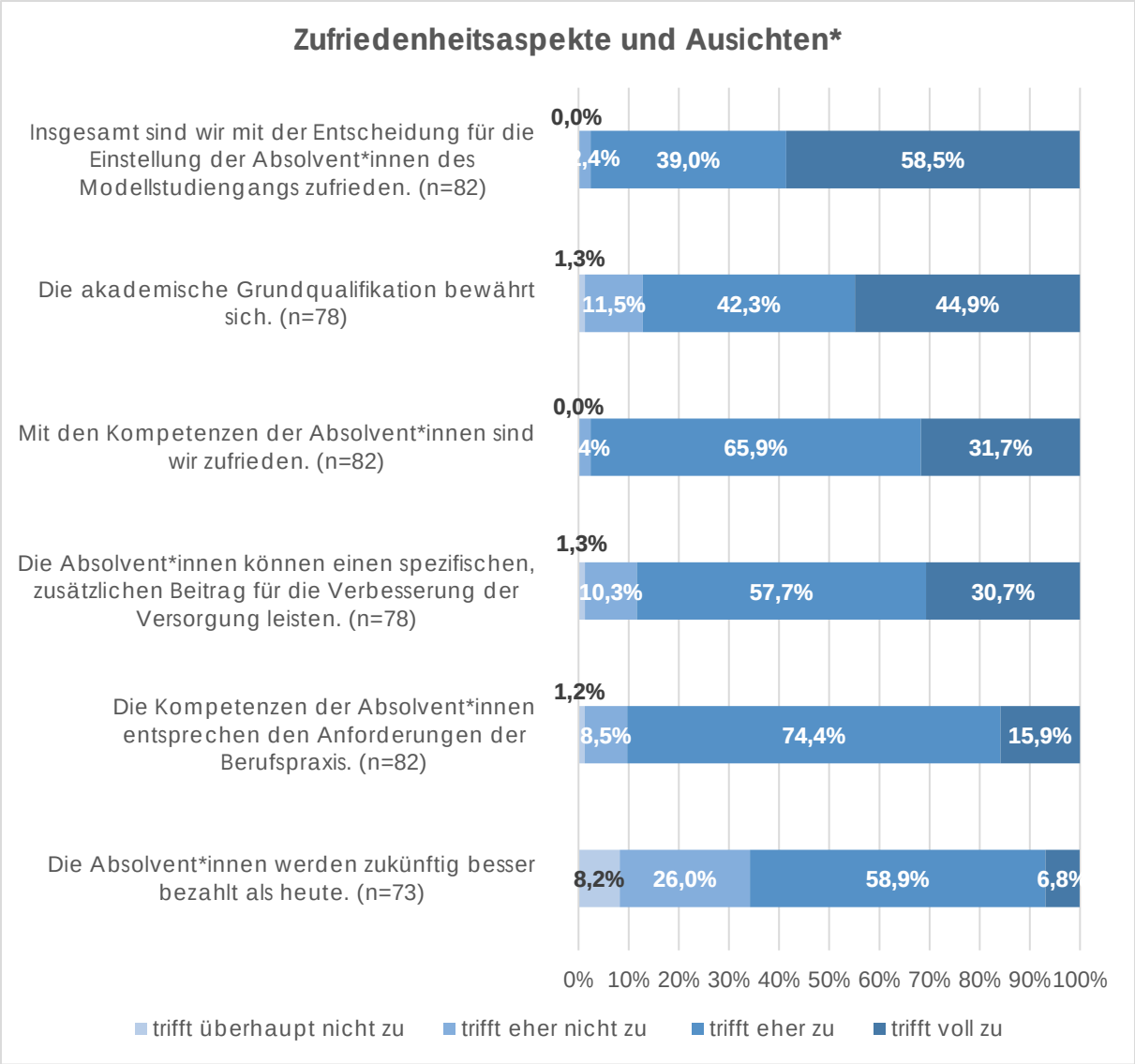
Auffallend positive Werte sind bei der Frage nach der Zufriedenheit mit der Einstellung von Absolvent*innen festzustellen. Lediglich zwei Prozent der Befragten äußern sich hier negativ, während 58,5% „voll‘“ und 39,0% „eher“ mit ihrer Entscheidung zufrieden sind.

Zufriedenheit herrscht weit überwiegend auch mit den Kompetenzen der eingestellten Absolvent*innen: 97,6% äußern sich positiv („voll“ und „eher“). Dass die Kompetenzen den Anforderungen der Berufspraxis entsprechen, finden 90,3%, wobei hier lediglich 15,9% „voll“ zustimmen.

Insgesamt stellt sich die Zufriedenheit der Arbeitgeber*innen somit als deutlich positiv dar. Die Befragten sind zudem zu 87,2% der Ansicht, dass sich die akademische Grundqualifikation bewährt. Dass die hochschulisch Qualifizierten einen zusätzlichen Beitrag zur Versorgung leisten können, meinen 88,4% der Befragten.

Lediglich hinsichtlich der Entwicklung der Bezahlung der Absolvent*innen sind die Befragten etwas skeptischer eingestellt: Nur gut ein Drittel vermutet, dass die Absolvent*innen künftig besser bezahlt werden (Abbildung 53).

Auch im Kontext der Zufriedenheit von Arbeitgeber*innen werden die Befragungsergebnisse durch die qualitativen Daten gestützt. Die Interviewten sind insgesamt mit der Einstellung und Beschäftigung der Studienabsolvent*innen sehr zufrieden. Unterschiedlich werden gegenwärtige und zukünftige Verbleibe in der klientennahen Versorgung erlebt oder eingeschätzt. Es wird durchaus eine gewissen Fluktuation, z. B. durch das Absolvieren von Master-Studiengängen, deutlich. Mit den Kompetenzen der Absolvent*innen der Modellstudiengänge sind die Befragten weitestgehend zufrieden. Nähere Ausführungen hierzu finden sich z. B. in Abschnitt 4.2.3.2.



** Abweichungen von 100% sind rundungsbedingt.*

Abbildung 53: Zufriedenheitsaspekte und Aussichten

4.2.3.2 ZUFRIEDENHEIT DER ARBEITGEBER*INNEN MIT DEN ANGEBOTENEN STUDIENGÄNGEN

Um mögliche Optimierungsbedarfe der Studiengänge zu ermitteln, wurden die Arbeitgebervertreter*innen auch zu ihren Erfahrungen mit der Hochschulkooperation und zu ihrem Eindruck über die inhaltliche Gestaltung befragt. Eine Pauschalisierung dieser Ergebnisse kann hier allerdings auf Grund der Verschiedenartigkeit der Studiengänge sowie der individuellen betrieblichen Bedarfe nicht vorgenommen werden.

Häufig haben die befragten Betriebe eine seit längerem bestehende Kooperationspartnerschaft zu den Hochschulen oder sind sogar seit der

Studiengangsgründung dabei[11]. Inhaltliche und organisatorische Weiterentwicklungen der Studiengänge werden von ihnen registriert und begrüßt.

> *„Die Hochschule hat im vergangenen Jahr den Bereich FACHTERMINUS zum Beispiel eingeführt als Fach. Das war vorher ja nicht so. Da hatten die Mitarbeiter aus den Fachschulen natürlich einen Vorteil, weil die das als Unterrichtsfach mit 30 Stunden schon drin hatten. Das war da sicherlich defizitär, das ist inzwischen aufgeholt." (Logo_Praxis_2b)*

Teilweise besteht der Wunsch nach einer stärkeren inhaltlichen Abstimmung zwischen Partner*innen aus der Praxis und Hochschulen. Es gibt verschiedene, oft studiengangsspezifische, inhaltliche Änderungsvorschläge (Spezialisierungen; Fortbildungsthemen; ...). Viele Interviewte wünschen sich hierbei auch einheitliche Studieninhalte sowie Regeln oder Vorgaben für die Praxisphasen. Im Arbeitgeber-Workshop wurde der bestehende Pluralismus, d. h. die teilweise unterschiedliche Schwerpunktsetzung der einzelnen Hochschulen, hingegen begrüßt. Ein grundlegendes Problem stellt aus Sicht aller das Fehlen einer eindeutigen politischen Regelung dar.

Die Theorie-Praxis-Gewichtung der Studiengänge wird unterschiedlich bewertet; tendenziell besteht eher der Wunsch nach längeren oder veränderten Praxisanteilen; alltägliche Arbeitsbedingungen seien an den Hochschulen wenig vermittelbar. Der Praxisbezug könnte aber verbessert werden. Beispielsweise ermöglicht das Durchlaufen mehrerer Praktikumsstellen das Kennenlernen verschiedener Betriebsstätten. Ein weiterer Vorschlag zur Stärkung der praktischen Anteile ist die Einrichtung von „Forschungsambulanzen" an Hochschulen zur Behandlung „eigener" Patienten im gesamten Studienverlauf.

Eine Grundlage aller Studiengänge stellen die Berufsgesetze dar. Ein Bedarf an Veränderungen der Berufsgesetze, insbesondere hinsichtlich der im Studium für die Berufszulassung zu leistenden Praxisstunden, wird von den Workshopteilnehmenden unterschiedlich wahrgenommen. Die wissenschaftliche Expertise der Absolvent*innen erscheint den Teilnehmenden des Workshops stark unterschiedlich, dabei sollte diese im Vordergrund der akademischen Ausbildung stehen. Die Unterschiede zwischen ausbildungsintegrierendem und ausschließlich theoretischem Hochschulstudium machen sich bemerkbar. Das wissenschaftliche Arbeiten sollte nach Meinung der Teilnehmenden stärker vermittelt werden, insbesondere Datenbankrecherchen und die Berücksichtigung englischsprachiger Fachliteratur. Im Arbeitgeber-Workshop entwickelte sich weiterhin die Fragestellung, inwieweit

[11] Einzelne Betriebe des Interview-Samples wären gerne Kooperationspartner von Hochschulen, können dies aber aufgrund regionaler oder inhaltlicher Diskrepanzen nicht ermöglichen und wünschen sich, dass die Hochschulen ihre Auswahlkriterien überdenken.

das Studienmodell (hier: Anzahl der Lernorte[12]) möglicherweise das akademische Selbstverständnis beeinflusst und ob es Auswirkungen auf die Praxiskompetenz haben könnte.

Es wird eine gewisse Diskrepanz zwischen der Darstellung der Studiengänge nach außen und dem, was faktisch gelehrt und vermittelt wird, wahrgenommen. So scheint es vielen Interessent*innen und Studierenden zu Beginn häufig nicht klar, dass der Großteil der Arbeit in der klientennahen Versorgung stattfindet und nicht zwangsläufig z. B. in leitender Position. Das führt zu einem Problem, welches mehrmals in Interviews angesprochen wurde: Einige Studierende und Absolvent*innen haben „überzogene" Vorstellungen hinsichtlich der Einstiegsgehälter und -positionen.[13]

> *„Also das einzige was eben ist, ich glaube halt, dass die an der HOCHSCHULE sehr gepampert werden, dass sie ganz tolle Star-Therapeuten werden und ihnen dann die Welt offen steht. Und letztendlich gehen sie in die Wald- und Wiesenpraxen zu einem Hungerlohn." (Logo_Praxis_1a)*

> *„Also den meisten ist, glaube ich, nicht bewusst, dass sie noch sehr jung sind nach dem Abschluss oder die meisten zumindest, nachdem sie die Hochschule beendet haben und dann nicht direkt eine Führungsposition übernehmen können. Also können vielleicht, aber das ist ja, meistens stößt das nicht sehr auf die Akzeptanz der anderen Mitarbeiter, die dann meistens schon, ja, auch um einiges älter sind. Also ich glaube, die meisten haben das nicht so im Blick, dass vielleicht doch erst ein bisschen Berufserfahrung dazugehört." (Pflege_ Einrichtung_1)*

Ein Teil der Interviewten berichtet weiterhin, dass sich Studierende und Absolvent*innen mit der Einordnung in die bestehenden Teams teilweise schwertun.

> *„Und ich habe es auch schon einmal gehört, dass eine Mitarbeiterin gesagt hat, ‚Wieso muss ich diese Tätigkeit machen, ich bin studiert, du nicht'. Und dann habe ich natürlich gesagt, ‚Hey, Moment, unterm Strich sind wir alle gleich und wir machen die gleiche Arbeit, und wir sehen zu, dass wir als Team ein besseres Standing bekommen'." (Heb_Klinik_2)*

> *„Das waren Praktikanten der Hochschule, die im Rahmen des Praktikums hier waren und die Mitarbeiter danach taxiert haben, akademisch oder nur gelernt, auch wirklich so benannt. Wo wir dann gesagt haben, nee, Moment, ihr seid nicht mal nur gelernt, ihr habt noch gar keinen Abschluss." (Logo_Praxis_2b)*

Ein Teil der Arbeitgebervertreter*innen wünscht sich daher von den Hochschulen, dass sie den Studierenden mehr und realistischere Informationen über berufliche Perspektiven vermitteln.

---

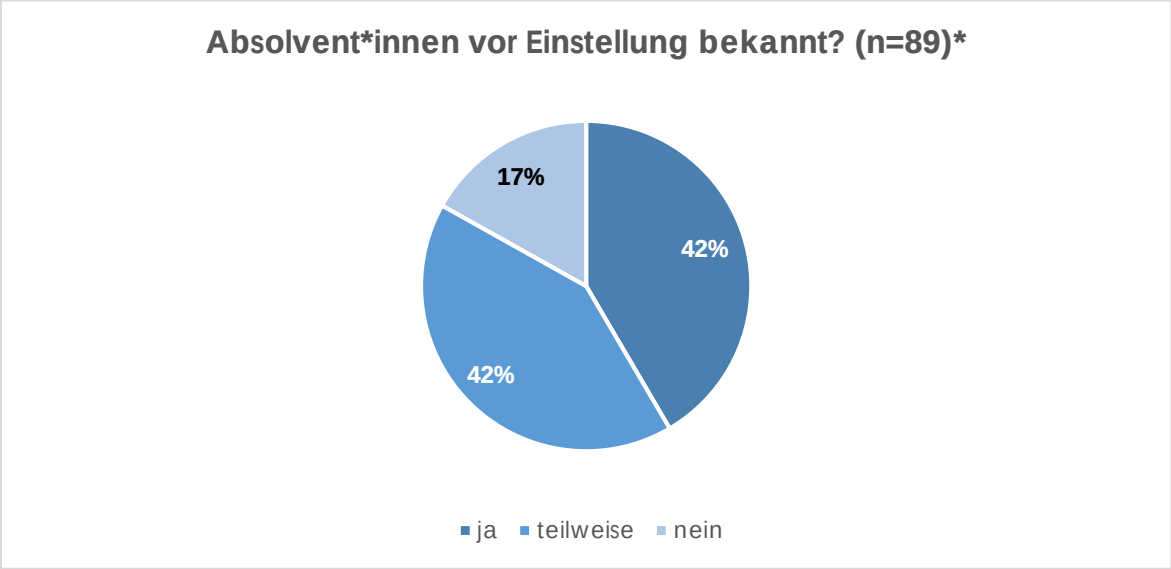
[12] Abweichend von der gängigen Typisierung ausbildungsintegrierender Studienformate wird unter einem Studienmodell nicht die zeitliche Organisationsform (Block, integriert, teilsepariert), sondern die Anzahl der Lernorte bzw. die Einbindung oder der Ausschluss der Fachschule verstanden.

[13] Hierbei handelt es sich nicht um ein spezifisches Merkmal der Modellstudiengänge. Auch in IAQ-Forschungsarbeiten zu dualen Studiengängen zeigt sich, dass es Unternehmen gibt, die kooperierenden Hochschulen eine Vermittlung unrealistischer Einstiegsbedingungen zuschreiben.

Die Studiengänge sollten keine falschen Erwartungen wecken, sondern deutlich machen, dass das Studium als Basisqualifikation insbesondere für die klinische Arbeit dient.

4.2.3.3 NUTZEN EINER KOOPERATIONSPARTNERSCHAFT FÜR DIE DECKUNG DES FACHPERSONENBEDARFES

Der Großteil der befragten Arbeitgeber*innen kennt alle oder einen Teil der von ihnen eingestellten Absolvent*innen bereits vor der Einstellung aus Praxiseinsätzen. Lediglich bei 17% lernen sich die Beteiligten erst im Rahmen des Einstellungsverfahrens kennen (Abbildung 54).



*

Abweichungen von 100% sind rundungsbedingt.

Abbildung 54: Absolvent*innen vor Einstellung bekannt

Fast alle Betriebe im Interview-Sample befinden sich in einer Praxispartnerschaft mit einer der Hochschulen. Eine solche Kooperation beim Studium stellt sich für die Betriebe hinsichtlich der Fachkräftesuche vorteilhaft dar. Studierende, die ein Praktikum absolvieren, können später häufig auch eingestellt werden. In Einzelfällen fallen hierdurch sogar aufwendige Ausschreibungs- und Auswahlverfahren komplett weg, da der gesamte Bedarf gedeckt werden kann. Die Kooperationspartnerschaft wird hier gezielt und erfolgreich als Rekrutierungsweg genutzt[14]. Manchmal, d. h. bei Einrichtungen, die viele Studierende kennen lernen, kann sogar eine „Bestenauslese“ ermöglicht werden.

> *„Wir machen eigentlich den größten Praxisbetrieb da aus, und man kann sagen, dass hier alle Studenten der [...] FH bei uns durch das Praktikum laufen. Also wir sehen jeden Einzelnen.“ (Physio_Klinik_18)*

[14] Interessant ist, dass dies sowohl in Praxen als auch in Kliniken vorkommt.

4.2.4 ERGEBNISFELD 4: FÖRDERFAKTOREN UND BARRIEREN DER BERUFSEINMÜNDUNG/-AUSÜBUNG

Zur Frage der Berufseinmündung der Absolvent*innen wird im folgenden Abschnitt dargestellt, welche Gegebenheiten für einen gelingenden Prozess aus Sicht der Arbeitgeber*innen bedeutsam sind und welche Maßnahmen sie selbst bereits ergriffen haben. Neben anderen Aspekten wird insbesondere die Wirkung der Absolvent*innen auf die intra- bzw. interberufliche Kooperation mit anderen Beschäftigten erörtert.

Auf die Frage nach Maßnahmen, die für eine gelingende Berufseinmündung der Absolvent*innen als wichtig angesehen werden, antworten die Arbeitgeber*innen bei einer Vielzahl von Maßnahmen mit sehr hohen Zustimmungsraten. Als „voll“ oder „eher“ wichtig können aus Sicht der Befragten mit jeweils über 90% betrachtet werden: beiderseitige angemessene Erwartungen, angemessene Arbeitsbedingungen, ein klares Stellenprofil und eine sorgfältige Einarbeitung. Sehr bedeutsam sind nach Ansicht der Arbeitgeber*innen auch die Akzeptanz der Absolvent*innen durch Angehörige des eigenen Berufs und anderer Berufe sowie eine sorgfältige Begleitung und Unterstützung in der Einarbeitungsphase. Den geringsten Zustimmungsgrad erreicht bei den Arbeitgeber*innen die Beteiligung der betrieblichen Interessensvertretung (Abbildung 55).

Bei der Frage nach den von den Arbeitgeber*innen in ihren Einrichtungen tatsächlich umgesetzten Maßnahmen zur Förderung der Berufseinmündung zeigt sich jedoch ein eher bescheidenes Bild. Verbreitet sind vor allem die Begleitung der Absolvent*innen während der Einarbeitungsphase, häufig mit einem festen Ansprechpartner. Weitere Anstrengungen, wie die Einführung eines spezifischen Einarbeitungskonzepts oder eines klaren Stellenprofils, sind offenbar nur gering verbreitet.

Insgesamt entsteht der Eindruck, dass die Bemühungen der Einrichtungen um eine systematische Förderung der Berufseinmündung der Absolvent*innen noch deutlich ausbaufähig sind und erst in Anfängen institutionalisierte Maßnahmen zu verzeichnen sind (Abbildung 56).

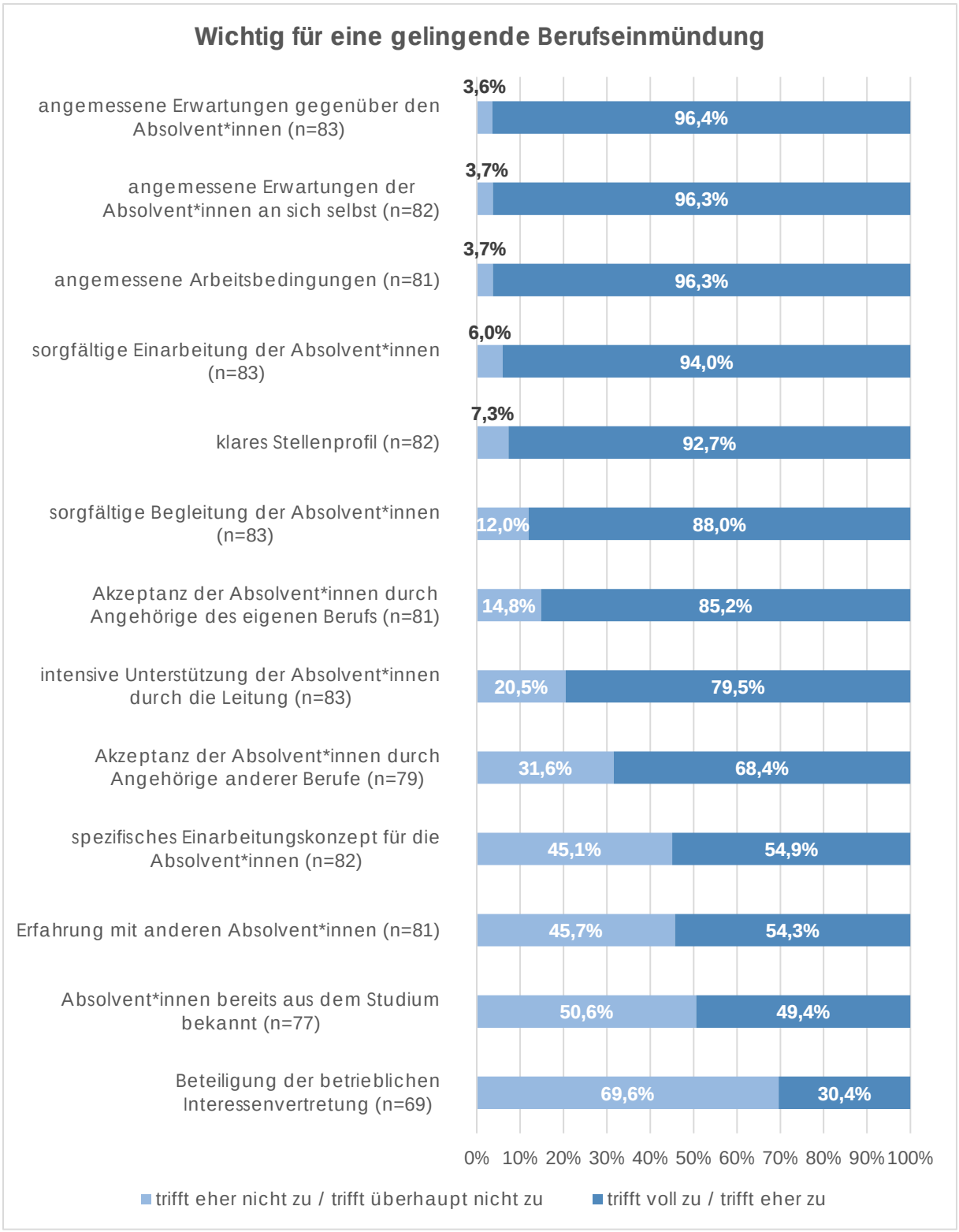
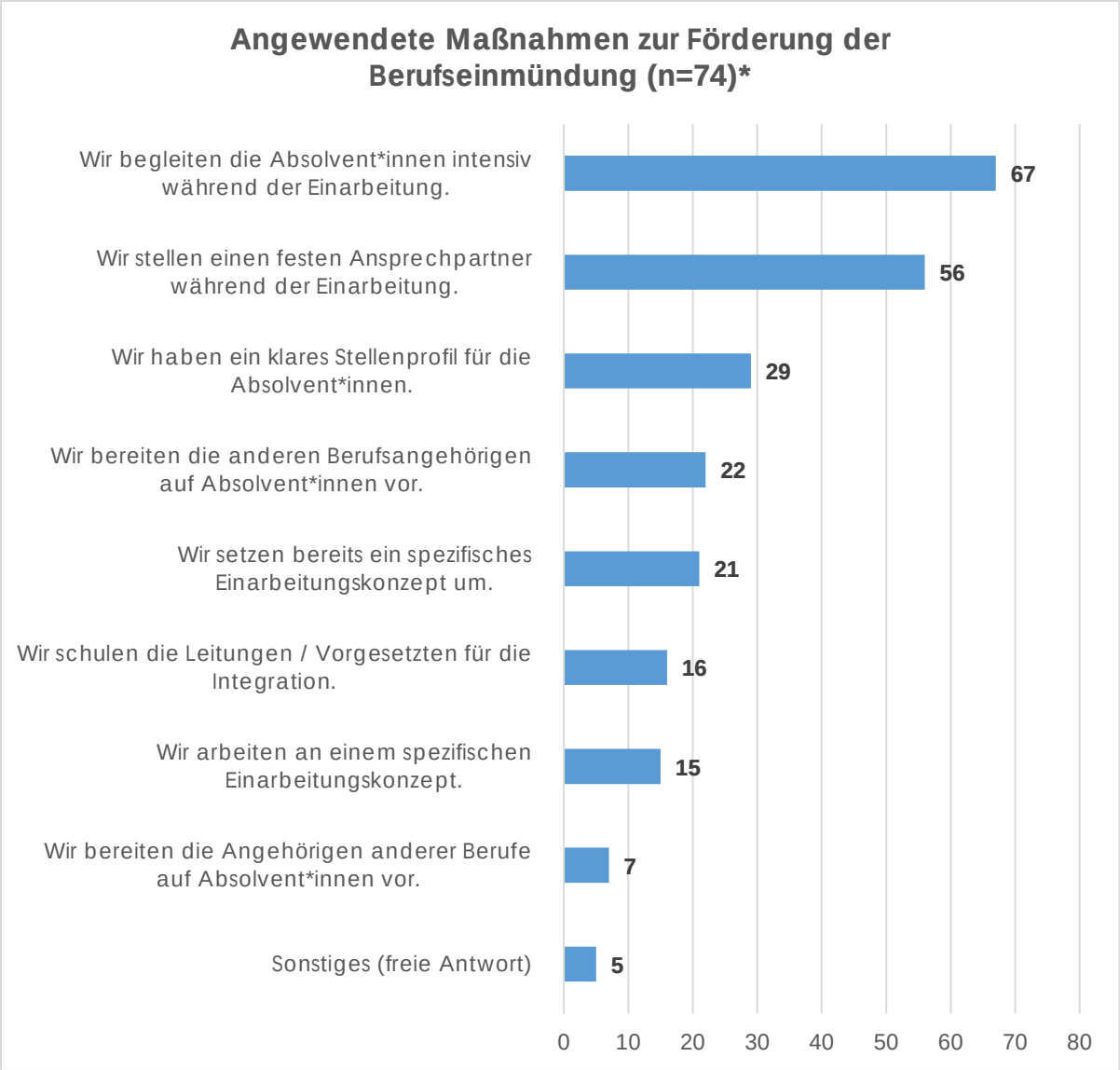


Abbildung 55: Wichtige Einflüsse auf das Gelingen der Berufseinmündung



* Anzahl der Nennungen; Mehrfachnennungen möglich.

Abbildung 56: Angewendete Maßnahmen zur Förderung der Berufseinmündung

Grundsätzlich werden die Befragungsergebnisse auch in den qualitativen Daten sichtbar. Einzelne Aspekte stellen sich aus qualitativer Perspektive jedoch differenzierter dar.

4.2.4.1 EINARBEITUNG DER STUDIENABSOLVENT*INNEN BEI DEN ARBEITGEBER*INNEN DES INTERVIEWSAMPLES

Auf eine sorgfältige Einarbeitung ihrer Beschäftigten legen alle Interviewten sehr großen Wert. Allerdings unterscheidet sich der Einarbeitungsprozess der Studienabsolvent*innen in vielen Punkten (intensive Begleitung, Ansprechpartner*in, klares Stellenprofil) nicht von dem der fachschulischen Berufseinsteiger*innen. Begründet ist das durch dieselben Einstiegspositionen und Tätigkeitsfelder. Nur vereinzelt wird in den Interviews von „spezifischen" Einarbeitungskonzepten für Studienabsolvent*innen (z. B. Trainee-Programm) oder der Planung

und Entwicklung solcher Konzepte berichtet. Dies ist natürlich immer auch eine Frage betrieblicher Bedarfe sowie vorhandener Ressourcen.

Bei einem Teil der Betriebe[15] besteht jedoch ein deutlicher Unterschied zur Integration fachschulischer Kolleg*innen in der Vorbereitung anderer Beschäftigter auf die Studienabsolvent*innen sowie in der Einbindung oder der Schulung von Führungspersonen hinsichtlich der Anforderungen oder Ansprüche der Absolvent*innen. Leitungen und andere Funktionsstellen müssen sich mit Kompetenzen und möglicherweise auch besonderen Bedarfen hochschulisch Ausgebildeter auseinandersetzen. Die Offenheit dieser Personengruppen wird als Dreh- und Angelpunkt für eine gelingende Integration beschrieben.

Eine Begleitung des Einmündungs- und Integrationsprozesses erscheint für ein Gelingen vorteilhaft. Zu berücksichtigen ist, dass sich die Kulturen in Institutionen und Einrichtungen, durchaus aber auch in einzelnen Bereichen oder Abteilungen eines Betriebes, sehr unterschiedlich darstellen können.

4.2.4.2 ERWARTUNGSHALTUNGEN VON ARBEITGEBER*INNEN UND ABSOLVENT*INNEN

Für einen gelingenden Berufseinstieg ist es wichtig, dass Erwartungen sowohl der Arbeitgeber*innen als auch der Absolvent*innen angemessen sind. Die Erwartungshaltungen tragen dazu bei, dass der Einstiegsprozess friktionsarm verläuft und die Positionen adäquat sind. Eine mögliche Herausforderung hierbei (insbesondere in der Pflege) liegt darin, dass die Modellstudiengänge in einer wachsenden und damit zunehmend unübersichtlicheren und qualitativ differenzierten Studienlandschaft verortet sind. Hierdurch sind Studieninhalte und -ziele nicht immer sofort transparent.

Es ist zu berücksichtigen, dass es sich auch bei Studienabsolvent*innen um Berufseinsteiger*innen handelt, wenn sie in die Arbeitswelt eintreten.

> *„Die sind halt auch wirklich neu in der Praxis, und ich glaube, dass das eben, wie jetzt ja schon mehrfach angeklungen ist, dass das eine extreme Herausforderung ist. Es sind noch sehr junge Menschen, die noch keine Praxiserfahrung haben, die in eine Rolle reinrutschen, die vielleicht hier und da, je nach Station, auch das ist wieder abhängig von den Stationen, wer ist da auch in der Leitung, wie steht das ganze Team zu dieser Rolle, dass das natürlich auch Einfluss nimmt, und die müssen sich da behaupten.“ (Pflege_Klinik_18)*

Das bedeutet, dass sie erst mit den betrieblichen Prozessen und – möglicherweise betriebsspezifischen – Gepflogenheiten vertraut werden müssen. Handlungsroutinen sind noch nicht entwickelt worden. Weiterhin muss häufig erst erlernt werden, wie im Arbeitsalltag praktische Fähigkeiten eingesetzt und theoretisches Wissen transferiert werden kann. Einige

[15] Bei anderen Betrieben unterscheidet sich die begleitende Rolle der Führungspersonen bei der Berufseinmündung der Akademisierten nicht von der Einmündung anderer Beschäftigter.

Arbeitgebervertreter*innen sehen insbesondere in den praktischen Fertigkeiten noch Ausbaupotenziale.

Auch bei den Absolvent*innen kommt einer realistischen Erwartungshaltung, insbesondere zu Einstiegspositionen, beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten und der Vergütung, eine hohe Bedeutung für die Berufseinmündung und -zufriedenheit zu. Eine Herausforderung hierbei ist, dass die Absolvent*innen der Modellstudiengänge „Pioniere" in der beruflichen Praxis sind: Sie sind die Ersten oder gehören zu den Ersten, die eingestellt werden. Gegenwärtig fehlen häufig noch beruflich etablierte „Vorbilder", an denen sie sich orientieren könnten.

> *„Was den allen fehlt, sind Rollenmodelle. Also die müssten so ein Bild haben ‚auf der Nachbarstation, da ist die Schwester Ute, die hat auch letztes Jahr ihren Bachelor fertig gemacht, genauso wie die ist, so will ich werden.' Und das fehlt. […] Ja, Mentoring und Vorbilder, also wir brauchen wirklich auch Vorbilder. […] Ich glaube, viele Absolventen, die so zurzeit kommen, die schwimmen auf so/ ja, was soll es denn jetzt mal werden, was mache ich denn jetzt hier mal." (Pflege_Klinik_nn)*

Ein Teil der Interviewten hat den Eindruck, dass an den Hochschulen eine Erwartungshaltung vermittelt wird, die nicht erfüllt werden kann[16].

> *„Der Haken an der Sache ist, glaube ich, dass die oft schönere Erwartungen haben, also dass in der HOCHSCHULE gesagt wird, ‚Ja, ihr seid die Akademischen, und ihr kriegt dann auch mehr Geld und so', aber in der Praxis kriegt man einen Kassensatz, egal ob man der drei Jahre ausgebildete Logopäde oder der promovierte Master-Absolvent ist […]. Aber ich glaube, das wird denen halt eher suggeriert, und dann sind die, glaube ich, ein bisschen unzufrieden." (Logo_Praxis_1a)*

> *„Zum Beispiel wird oft in den Unis gesagt, wenn du jetzt dein Hebammen-Studium hast mit dem Bachelor, dann kannst du auch gleich in die Leitung oder in die höhere Funktion. Das kann nicht funktionieren. Das ist meines Erachtens nicht gleichgestellt zu einem jetzt 7-Semester-Pflegemanagement-Studium. Und da gehen die, glaube ich, mit ein paar falschen Illusionen raus, und dann ist so wieder diese typische Praxis/Theorie-Kollision. Und da werden auch viele, glaube ich, sehr demotiviert." (Heb_Klinik_2)*

In mehreren Interviews wird davon berichtet, dass einzelne Studierende oder Absolvent*innen mit wenig Wertschätzung gegenüber den vorhandenen Strukturen und den Berufserfahrungen ihrer Kolleg*innen aufgetreten sind.

> *„Also wir hatten unsere Leute, die kein Studium hatten, die hatten wir ganz gut darauf vorbereitet. Wo wir ein bisschen nachlässig waren, dass wir die Absolventen auch drauf vorbereitet, dass sie*

[16] Hierbei handelt es sich nicht um ein spezifisches Merkmal der Modellstudiengänge. Auch in IAQ-Forschungsarbeiten zu dualen Studiengängen wurden Unternehmen vorgefunden, die kooperierenden Hochschulen eine Vermittlung unrealistischer Einstiegsbedingungen zuschreiben.

hier eigentlich ein normaler Mitarbeiter sind, der halt nur einen anderen Ausbildungsweg eingeschlagen hat. […] Dadurch hat die Akzeptanz so n bisschen gelitten, weil der Herr relativ arrogant aufgetreten ist. Noch während der Ausbildung, da hatte er noch gar nichts. […] aber wir gehen jetzt auch anders mit den Absolventen um. Bereiten die also auch ein bisschen darauf vor, dass sie auch weiterhin aus Fleisch und Blut sind." (Pflege_Klinik_3)

Auch wenn es sich nur um Einzelfälle handelt, kann dies die betriebliche Integration und die Akzeptanz innerhalb der Betriebe auch für nachfolgende Absolvent*innen erschweren. Insgesamt erscheint die Integration der Studienabsolvent*innen auch als betrieblicher Entwicklungsprozess.

4.2.4.3 „UNTERSTÜTZER*INNEN" UND „KRITIKER*INNEN" IN BETRIEBLICHEN BESCHÄFTIGUNGSSYSTEMEN

Die Absolvent*innen der Modellstudiengänge treten als neue Qualifikationsträger*innen in langjährig gewachsene betriebliche Strukturen ein. Innerhalb dieser betrieblichen Beschäftigungs(sub)systeme können sie erwartet und willkommen geheißen werden oder aber ablehnend und mit Unsicherheiten aufgenommen werden. Betriebliche Akteure (Management, Leitungen, Ärzteschaft, Praxisanleitungen, Teams, die eigene Berufsgruppe oder andere Berufsangehörige, ….) können hierbei als „Unterstützer*innen" oder aber als „Kritiker*innen" auftreten und somit die Berufseinmündung und -ausführung maßgeblich mit beeinflussen.

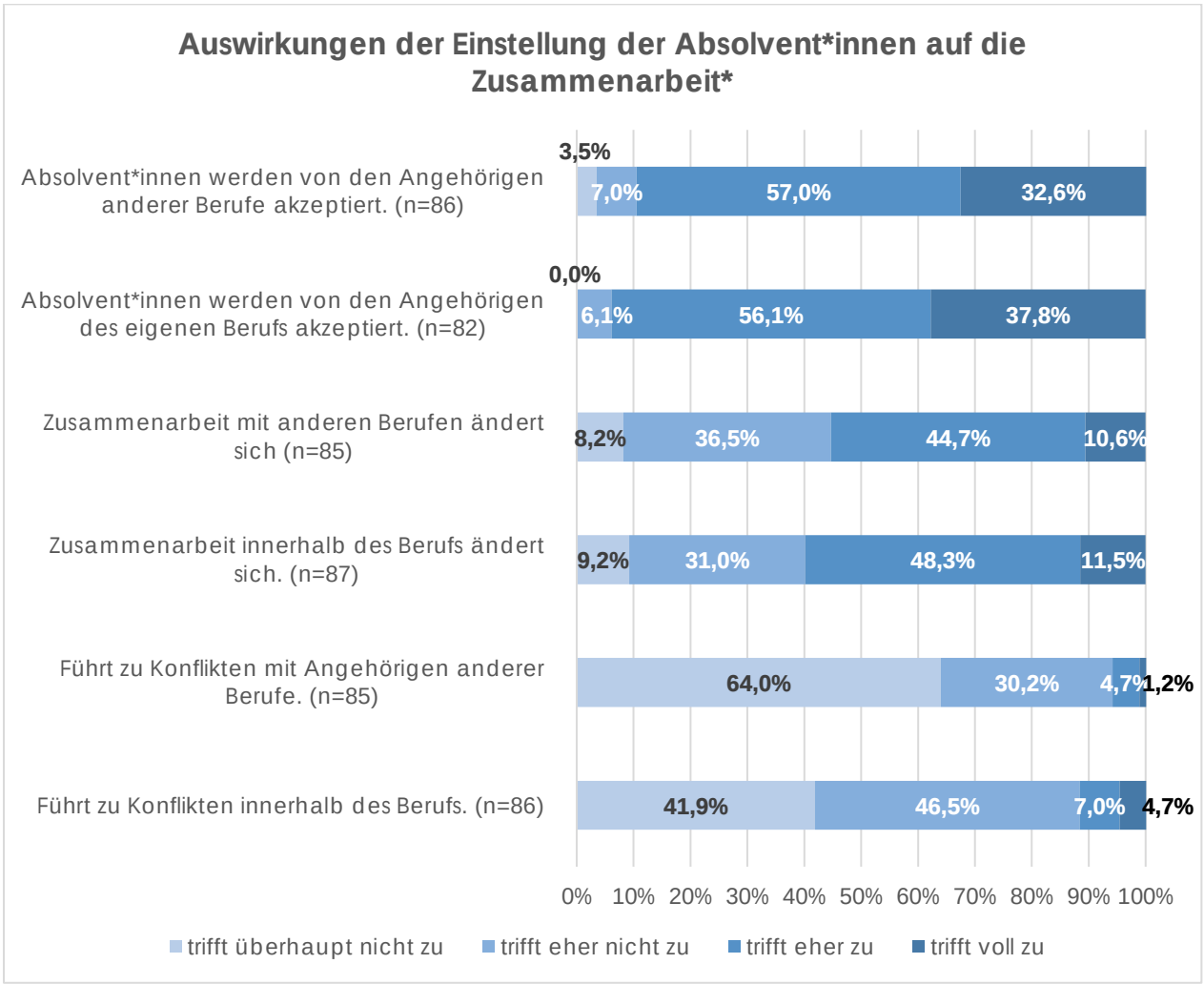
„Naja, die Herausforderung ist, sie ins bestehende System zu integrieren. Sie haben […] eine Klinik mit einem Durchschnittsalter von 46 Jahren im Pflegedienst. Das heißt, und ich glaube, wir sind jetzt bei einer Akademisierungsquote von um die 5 %. Und Sie müssen halt irgendwie schauen, dass Sie das System mitnehmen auf diese Reise und dass Sie jetzt anfangen, diese Unterschiedlichkeiten wahrzunehmen, dass Sie den Teams vermitteln, dass jeder wichtig ist in so einem Team, egal mit welcher Qualifikation, aber es halt auch unterschiedliche Aufgaben und Aufträge gibt. Also dass Pflege nicht mehr gleich Pflege ist. Und das ist, ich glaube, der große Integrationsaspekt, in dem Kliniken einfach stehen, sie dem ausgesetzt sind und sich auch dem stellen müssen, wenn Sie denn mit akademisierten Pflegenden arbeiten." (Pflege_Klinik_9)

„Vom MAV-Vorsitzenden eher ne skeptische. Ist aus meiner Sicht so ein bisschen Neid geprägt die Einstellung, da will ich ihm aber nichts unterstellen. Der hat eh so ne ich sag mal ne leichte Skepsis gegenüber Leuten die eine Verantwortung übernehmen. […] unsere MAV, also die ist eher skeptisch." (Pflege_Klinik_3)

*„[Wenn ich; Anm. d. Interviewer*in] versuche eine Station zu finden, wo ich neue Organisationsformen aufbaue, habe ich die Bereiche, zum Beispiel die Rückenmarks-Abteilung oder auch in der Neurologie haben wir Schädel/Hirn-traumatisierten Patienten, die sehr, sehr herausfordernd sind, aber auch sehr viel, nicht falsch verstehen, Freude den Pflegenden oft bereiten, weil sie sich da wirklich auch positiv auslassen können. Da habe ich zum Beispiel Chefärzte, wo ich heute schon eine gute Partnerschaft sozusagen erlebe und die auch offen sind*

für solche Pflegethemen, wenn ich denen erklären kann, was sie davon haben, wenn ich die Fachlichkeit da reinbringe, die das eher unterstützen und puschen. Also suche ich mir Bereiche aus, wo es mir erst mal leichter fällt, um dann zu sagen, wenn ich dann auch sage, das hat sich bewährt, dann fällt es auch bei den Kritischen leichter zu sagen, hat sich bewährt, wir setzen das jetzt weiter um." (Pflege_Klinik_8)

Die abgefragten Aspekte der Zusammenarbeit innerhalb der jeweiligen Berufsgruppen und zwischen den Berufsgruppen zeigen ein relativ positives Bild (Abbildung 57). Eine starke Minderheit von jeweils mehr als 40% sieht keine durch den Einsatz der Absolvent*innen verursachte Veränderung der Zusammenarbeit innerhalb des jeweiligen Berufs oder bei der interprofessionellen Zusammenarbeit („trifft überhaupt nicht zu" und „trifft eher nicht zu"). Rund 90% sehen keine Konflikte infolge der Einstellung der Absolvent*innen, weder intra- noch interprofessionell. Als sehr positiv wird die Akzeptanz der hochschulisch qualifizierten Kolleg*innen eingeschätzt, und zwar sowohl die Akzeptanz des eigenen Berufs als auch die der Angehörigen anderer Berufe.



Abweichungen von 100% sind rundungsbedingt.

Abbildung 57: Auswirkungen der Einstellung der Absolvent*innen auf die Zusammenarbeit

4.2.4.3.1 INTRABERUFLICHE KOOPERATION IN DER WAHRNEHMUNG DER INTERVIEWTEN

Die qualitativen Daten stützen im Grunde die Ergebnisse der Online-Befragung und ermöglichen eine vertiefende Beschäftigung mit den quantitativen Befunden. Prinzipiell ist zu beobachten, dass die fachschulisch und akademisch Ausgebildeten sich gegenseitig ergänzen und anregen können. Die Daten zeigen aber auch partielle Unstimmigkeiten innerhalb eines Teiles der Institutionen auf. Teilweise wird auch von in der Vergangenheit liegenden Konflikten berichtet, woraus zu schließen ist, dass organisationale Entwicklungsprozesse vonstattengegangen sein müssen.

Hinsichtlich der Haltung fachschulisch ausgebildeter Fachkräfte gegenüber akademisch ausgebildeten Berufseinsteigenden zeichnen sich in den Interviews unterschiedliche Tendenzen zwischen den Berufsgruppen ab. In den Therapieberufen und bei den Hebammen scheint in den Betrieben des Interviewsamples grundsätzlich ein sehr kollegiales Verhältnis untereinander zu herrschen. Bezüglich der Therapieberufe könnte ein Grund für das geringe Vorkommen von Problemen im Rahmen der Integration und zwischen den Qualifikationsgruppen daran liegen, dass die Therapien separiert voneinander stattfinden, d.h., angesichts einer autonomen Sitzungsgestaltung besteht kein Abstimmungsbedarf zwischen den Beschäftigten. Im Berufsfeld der Logopädie ist die Zusammenarbeit fachschulisch und akademisch Qualifizierter zudem traditionell vorhanden. Ein*e Teilnehmer*in[17] des Workshops berichtet, dass im Arbeitsalltag eine Atmosphäre „aktiver Akzeptanz“ herrsche. Weniger Akzeptanz erfahren diese Studienabsolvent*innen hingegen im prozessualen Bereich, d.h. beim Forcieren oder Herbeiführen von Veränderungen.

Insgesamt entsteht der Eindruck, dass eine kritische Haltung gegenüber akademisch-gebildeten Fachkräften besonders stark in der Pflege anzutreffen ist – und zwar auf Ebene der Pflegepraxis.

> *„Die Ärzteschaft will das, skeptisch ist der eigene Beruf. Die Pflegenden sind skeptisch.“ (Pflege_Klinik_nn)*

Mehrfach berichten Interviewte von Befürchtungen der angestellten Pflegekräfte i. S. einer „Entwertung“ der eigenen Tätigkeit oder Wahrnehmung von Konkurrenz.

> *„Aber in der eigenen Berufsgruppe ist es halt am schwersten, und da würde ich sagen, sind die schwersten Unruhen und auch noch da einige Diskussionen zu führen auch bundesweit. Ein Stück weit zu erkennen, dass Pflege nicht gleich Pflege ist, das ist der Berufsgruppe noch nicht so inne. Alle sind gleich und alle machen alles ist halt ein Paradigma, das gilt schon lange nicht mehr. Und das zu erkennen, für den einen oder anderen, der schon länger im Beruf ist, ist natürlich schwierig.“ (Pflege_Klinik_9)*

[17] Physiotherapie, Klinik

Diese Aussage scheint bislang kennzeichnend für die Haltung vieler Beschäftigter gerade im Pflegebereich zu sein. Insofern birgt die Beschäftigung von Mitarbeiter*innen mit anderer Qualifikation hier ein besonders hohes Konfliktpotenzial. Diese Umbruchphase im Berufsstand spiegelt sich in arbeitsorganisatorischer Hinsicht auch im Klinikum dieses Interviewten wieder:

> *„Naja, das macht sich schon natürlich über spezifische Diskussionen bemerkbar. Auch die Frage, wie ist jetzt quasi, wie sind denn jetzt die Pflegeexperten zur Leitung angedockt, wer entscheidet über Weiterentwicklungs-Prozesse, also alles das. Da drüber, über diese Diskussionen wird es am Ende deutlich." (Pflege_Klinik_9)*

Insbesondere in der Pflege scheint für die Schaffung von Akzeptanz und Transparenz sowie einer fachlich-qualitativen Abgrenzung demnach eine ganzheitliche Organisationsentwicklung notwendig zu sein.

Veränderungen der intraprofessionellen Zusammenarbeit werden eher von Interviewpartner*innen aus Kliniken und nicht von Vertreter*innen aus kleineren Betrieben gesehen.

> *„Komplett an die Hochschule und aber jetzt nicht so, wir schmeißen das alles um und machen nur noch, wir haben nur noch Pflegestudenten. Da muss da drunter auch irgendwie noch so eine geringer qualifizierte Ausbildung angeboten werden. Wobei gering jetzt nicht abschätzig gemeint ist, sondern geringer als ein Studium." (Pflege_Klinik_3)*

> *„Und von daher, denke ich, sollte man das so machen und wie gesagt, sollte das Ganze mehr in Unterberufe zerfallen, was ich glaube, oder in Hilfsberufe, dann ist das so, dann ist das der Weg. Das ist in Amerika auch passiert, in der Pflege, und ich glaube, in der Therapie gibt's das auch da. Von daher ist das Normalität." (Physio_Klinik_18)*

> *„Und generell in der Versorgungslandschaft würde ich mir vorstellen, dass, ähnlich wie die Ärzte ja auch so ein bisschen hierarchisch sortiert sind, mit eben verantwortungstragenden Oberärzten und zuarbeitenden Assistenzärzten, dass es die Akademiker sind, die dann die Teamleitungen übernehmen und die Teams entwickeln und auch neue Methoden eben zügig in die Versorgung implementieren." (Logo_Klinik_8)*

Diese Aussagen machen auch deutlich, dass bislang Veränderungen in der intraberuflichen Kooperation – und damit verbunden in der Zusammensetzung von Teams und in der Kompetenzverteilung – eher erwartet oder vermutet und nicht bereits umgesetzt werden. Die Erwartungen richten sich auf weitergehende Veränderungen, die vor allem das Paradigma „Alle sind gleich" in Zukunft noch stärker in Frage stellen dürften, als dies bisher der Fall ist.

4.2.4.3.2 INTERBERUFLICHE KOOPERATION IN DER WAHRNEHMUNG DER INTERVIEWTEN

Alle untersuchten Berufsgruppen bewegen sich in Arbeitskontexten mit unterschiedlichen interberuflichen Kooperationen. Zentral sind häufig Zusammenarbeiten mit Ärzt*innen, z. B. durch Therapieverordnungen, beim ärztlichem und pflegerischem Zusammenspiel oder der Kompetenzverteilung im Kreißsaal. Nicht immer funktionieren Kooperationen reibungslos, wie die Interviewten berichten. Ein akademischer Abschluss kann – insbesondere gegenüber Ärzt*innen – als „Türöffner" für Studienabsolvent*innen fungieren oder auch das Image der gesamten Berufsgruppe bei anderen Berufsangehörigen verbessern.

> *„Das hat vielleicht was damit zu tun, dass sie merken, da ist ein Kollege, der hat auch einen Uni-Abschluss. Das ist für die ja manchmal schon so ein Türöffner, überhaupt mit jemandem zu reden. Die sind halt reflektiert, fragen Sachen nach, sind interessiert, lesen mal was. Also wir haben das in einigen Bereichen erlebt, wo die Ärzte sehr gerne mit solchen Kolleginnen oder Kollegen dann Visite machen oder andere Projekte mit den machen bis hin zu, dass Pflegende von uns dann in die Lehre reingegangen sind bei denen. Also ich sehe da eine große Offenheit." (Pflege_Klinik_nn)*

Einige Befragte verdeutlichen, dass hierbei weniger eine Abschluss- als eine Kompetenzabhängigkeit bestehe. Solche interdisziplinären Kompetenzen werden insbesondere an Hochschulen vermittelt bzw. dort stärker betont als an Fachschulen.

> *„Die Ärzte unterscheiden nicht danach, was für einen Abschluss hat derjenige. Das wissen die ja auch gar nicht, sehen die auch gar nicht, da steht ja nicht ‚Dieser Befund wird geschrieben von einem Akademiker'. Aber wir sehen natürlich, also wir sehen in erster Linie, dass die Co-Therapeuten oder die Ärzte auf die Kompetenz des Mitarbeiters reagieren. Wenn ich einen Mitarbeiter habe, der kompetent auftritt, dann reagieren die da drauf entsprechend auch. Wir haben, glaube ich, ein sehr gutes Standing auch im ambulanten Umfeld mit den Ärzten, aber einfach dadurch, dass wir uns in gewissen Bereichen Kompetenzen erworben haben, die auch vermitteln können, dass wir sie haben, und das ist unabhängig davon, ob jemand Akademiker ist oder nicht." (Logo_Praxis_2b)*

> *„Mit der Zusammenarbeit, was man merkt in der Praxis ist, dadurch dass sie jetzt, wir haben ja überwiegend Studierte aus der HOCHSCHULE. Die werden in Therapieberufen mit anderen auch ausgebildet. Was wir schon merken, dass die Studierenden häufig dahingehend positiv selbstbewusster sind, weil sie auch interdisziplinär lernen auch an der Hochschule. Die gehen in der Praxis, wenn irgendwas Besonderes, gehen die ganz anders aufeinander zu. Wo in den klassischen Hierarchien manchmal ist, das ist Arzt, das ist Pflege, das ist Therapie, da gehen die oft normal ran." (Pflege_Klinik_8)*

> *„Ein weiteres wäre ja, es gibt hier eben durchaus schon auch Forschungs-Projekte mit den Medizinern oder durch die Mediziner initiiert, wo dann durchaus auch zu beobachten ist, dass da die Bachelor-Absolventen primäre Ansprechpartner sind, wenn es um Patientenrekrutierung oder die Durchführung von Assessments im Rahmen dieser Studie geht, ist das sicherlich auch nochmal eine Zusatzaufgabe." (Physio_Klinik_18)*

Ein*e Interviewpartner*in macht deutlich, dass es sich bei der Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit immer auch um einen – möglicherweise langsamen – Entwicklungsprozess handelt.

> *„Und ich glaube, es entsteht dann so eine Dynamik. Also um ein Beispiel zu nennen, jetzt ist letztens ein Arzt auf eine akademisierte Therapeutin zugekommen und hat nach konkreten Assessments gefragt, die in der Palliativmedizin eingesetzt werden können. Und das haben wir dann halt gemeinsam diskutiert, und ich glaube, das sind halt wahrscheinlich so kleine Schritte, mit denen es passiert. Wenn man da die richtigen Antworten liefert, darüber diskutiert, gemeinsam Entscheidungen trifft für solche Assessments oder Behandlungsstrategien, ich glaube, das ist einfach auch was, was jetzt so im Umbruch gerade ist." (Physio_Klinik_18)*

Veränderungen in der interberuflichen Zusammenarbeit werden zwar überwiegend gewünscht, insbesondere i. S. einer stärkeren beruflichen Autonomie. Nicht immer wird jedoch davon ausgegangen, dass das auch eintrifft. Abhängig ist dies auch von Studienfach und akademischen Betriebskulturen, sicher aber auch von einzelnen Personen.

> *„Also meine Erfahrung ist, dass das wirklich sehr stark vom Arzt abhängig ist. Also ich glaube sogar, dass dem Arzt das fast egal ist, was man als Ergotherapeut für einen Abschluss hat. Mich hat, zum Beispiel, auch noch nie jemand danach gefragt: ‚Wie haben Sie abgeschlossen?' Also es gibt tatsächlich die Ärzte, die einen als vollwertigen Therapeuten und Kooperationspartner ansehen und es gibt eben die Ärzte, die tatsächlich: ‚Ich bin der Gott in Weiß und du bist von mir abhängig'." (Ergo_Praxis_1)*

> *„Ist das, was der Arzt vielleicht immer macht, vielleicht Dinge, wo man auch sagt, die Pflegefachkraft mit ihrem häufig sehr hohen Fachwissen, was sie mittlerweile hat, auch in der Ausbildung, die sollen keine Miniärzte werden, aber die können vielleicht gewisse Aufgaben von Ärzten übernehmen im Patientenverlauf, und der ärztliche Dienst hat dafür mehr Zeit für andere Dinge. Ich glaube, das wären Herausforderungen, die zukünftig in der Krankenhausleitung auch ganz intensiv besprochen werden müssen. […] Also was ist die Pflegefachkraft der Zukunft […] wir haben eine hohe fachliche Expertise unserer Mitarbeiter, wir werden super ausgebildet, wir akademisieren uns immer mehr, und das ist für mich etwas, wo wir sagen, wir müssen diese Partnerschaft mit der Medizin viel mehr leben, das muss die andere Berufsgruppe aber auch als Partnerschaft ansehen, es gibt halt immer noch die Situation, je nachdem, mit wem Sie reden, im Sinne von, wer ist mehr wert, Arzt oder Pflege, wer hat eigentlich den Hut auf." (Pflege_Klinik_8)*

4.2.4.3.3 SCHLUSSFOLGERUNGEN ZUR INTER- UND INTRABERUFLICHEN ZUSAMMENARBEIT

Eine gelingende Integration der Absolvent*innen in die Systeme kann also von der Haltung zur Akademisierung in Teams oder von Einzelpersonen in zentralen Positionen zur Akademisierung abhängen. Um eine möglichst friktionsfreie Einmündung zu gewährleisten, haben einige interviewte Arbeitgeber*innen von Pflegeabsolvent*innen ihre weiteren Beschäftigten auf die Einstellung von Studienabsolvent*innen vorbereitet. Beispielweise wurden Gespräche geführt, um Befürchtungen und falsche Annahmen zu widerlegen, bzw. gar nicht erst aufkommen zu lassen – teilweise aus einer besonderen Skepsis heraus, die nicht bestätigt wurde, teilweise aufgrund von entsprechenden Startschwierigkeiten.

> *„Ja die wussten erstmal nichts damit anzufangen. Dann hatten sie gedacht da kommen Leute, die nehmen uns unsere Arbeit ab, also unsere Arbeitsplätze weg. Oder sind wir plötzlich nichts mehr wert. […] Das waren so die Hauptpunkte, denen beizubringen, dass sie natürlich genauso viel wert sind, wie vorher auch, dass da nur Menschen ins Haus kommen, die sich anders qualifizieren." (Pflege_Klinik_3)*

Vereinzelt gab es hierbei auch Kooperationen mit Hochschulen, deren Einbringen in den Prozess als durchaus zielführend von den Interviewten wahrgenommen wird.

> *„Die auszubilden, das hat sich mittlerweile recht gut eingespielt, wir haben damals, als wir begonnen haben, mussten wir sehr gut vorbereiten, dass sie nicht abgelehnt wurden, weil viele Pflegende seinerzeit gesagt haben, jetzt machen wir hier eine Zwei-Klassen-Pflege, jetzt kommen die Besseren und die wollen alle unsere Leitungspositionen. Also da gab es viele Negativbilder. Das haben wir recht gut vorbereitet durch sehr starke Einbeziehung der Hochschule, und diese Studiengänge erst mal transparent zu machen, weil die, die die HOCHSCHULE zum Beispiel ausbildet, sind ja die, die auch ans Bett sollen. Die sollen nicht in irgendwelche Managementstellen, sondern die sollen ans Bett, also auf die Station. Das haben wir gut vorbereitet, und mittlerweile sind sie auf allen Stationen. […] Aber dieses Konkurrierende wird immer weniger, und das finde ich gut." (Pflege_Klinik_8)*

Grundsätzlich sollte der zusätzliche Beitrag hochschulisch Ausgebildeter für die Arbeit aller Beschäftigten transparent sein. Transparenz ist ebenfalls hinsichtlich möglicher Freistellungen für besondere Aufgaben wichtig, um Unsicherheiten unter den Beschäftigten zu vermeiden. Ein*e Workshopteilnehmer*in berichtete, dass es je nach betriebsspezifischer Situation (Kultur, mögliche Vorbehalte gegenüber einer Akademisierung, Altersstruktur, etc.) im Einzelfall für eine gelingende Integration jedoch auch förderlicher sein kann, wenn Absolvent*innen ihren Bildungshintergrund und ihre (zusätzlichen) Aufgaben erst einmal nicht zu erkennen geben.

Ein Problem kann die Beschäftigung eines*einer einzelnen hochschulisch Ausgebildeten im Team sein, da hierdurch keine Möglichkeiten des Erfahrungsaustausches bestehen. Für eine gelingende Integration ist aber auch entscheidend, wie der*die Studienabsolvent*in mit Vorbehalten oder gar ablehnendem Verhalten umgeht (offensiv vs. zurückziehend). Diese persönliche Komponente ist daher ebenso von Bedeutung wie die fachliche Performance.

Zwischenmenschliche Faktoren spielen demnach eine große Rolle und die Begegnung beider Gruppen auf Augenhöhe ist unerlässlich für eine gelingende Integration. Eine besonders zentrale Rolle bei der Integration nehmen Vorgesetzte oder andere Führungspersonen ein.

4.2.4.4 MÖGLICHKEITEN DER KOMPETENZANWENDUNG

Die regulären Aufgabenfelder der Studienabsolvent*innen unterscheiden sich – zumindest beim Berufseinstieg – in aller Regel nicht von denen der fachschulisch Ausgebildeten. Hier liegt die Frage danach nahe, inwiefern im Arbeitsalltag dieser Einstiegspositionen hochschulisch erworbene Kompetenzen anwendbar sind.

Die Einschätzungen und Wahrnehmungen der Interviewten hierzu sind sehr unterschiedlich. Von einem Teil wird (gegenwärtig) kein Handlungsbedarf ausgemacht. Unter den Betrieben dieser Gruppe finden sich insbesondere Praxen und Reha-Zentren sowie die Interviewten zur Hebammenkunde. Die Interviewten konstatieren, dass sowohl sie selbst als auch die beschäftigten Absolvent*innen zufrieden mit ihren dortigen Positionen und Möglichkeiten der Anwendung sind. Veränderungen der Arbeitsorganisation werden somit nicht oder nur rudimentär als Option in Betracht gezogen. Die Anwendung akademischer Kompetenzen – vor allem wissenschaftliche Evidenzen in den Behandlungsprozessen zu berücksichtigen – findet mehr oder weniger innerhalb der gegebenen Stellenstrukturen statt und wird als angemessen wahrgenommen. Besonders adäquat empfinden die interviewten Hebammen die Passung von Arbeitsfeldern und -anforderungen und hochschulischen Kompetenzen.

Ein anderer Teil der Arbeitgebervertreter*innen sieht hingegen gegenwärtig oder zukünftig deutliche Handlungsbedarfe, insbesondere wenn es um die mittel- und längerfristige Berufsausübung, d. h. den Verbleib im Unternehmen, geht. In dieser Gruppe sind insbesondere Kliniken vertreten.

> *„Die Hochschulen fangen jetzt an auszubilden, und wir müssen jetzt die Felder einfach mehr schaffen, […] dass diese jungen Menschen einfach dann auch die Möglichkeit haben, sich da zu etablieren und weiterzuentwickeln.“ (Pflege_Klinik_8)*

> *„Vielleicht ist der richtige Begriff eher so eine Unklarheit darüber, was die Absolventen so zusätzlich können, und ich glaube, im normalen Arbeitsalltag stößt es ja auch tatsächlich an seine Grenzen, genau das auszupacken und zu zeigen, wenn es jetzt um wissenschaftliches Arbeiten geht und ganz systematisch Literatur zu recherchieren, dann ist jetzt grundsätzlich ja im normalen Arbeitsalltag nicht angelegt. Das wird sicherlich ja auch passieren, aber nicht so systematisch und in dem Umfang, wie wir das jetzt mit dem Trainee-Programm anbieten können. Und dadurch wird es natürlich vielleicht einfach nochmal sichtbarer.“ (Physio_Klinik_18)*

> *„Weil, was natürlich schwierig ist, und da sind wir noch nicht ganz gut drin, ist, sie bringen ja eine zusätzliche Qualifikation mit, die sie von den anderen Pflegenden unterscheidet, nämlich die Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen Themen. Und das muss man irgendwie einbringen*

und auch erhalten. Also wenn wir die jetzt normal im Pflegedienst einarbeiten und sagen, mach mal alles schön mit, dann geht das verloren." (Pflege_Klinik_nn)

Um eine solche Dequalifizierung zu vermeiden und die Zufriedenheit der Absolvent*innen zu steigern und/oder zu erhalten (und somit auch die Unternehmensbindung zu stärken) nehmen die Befragten dieser zweiten Gruppe einen Bedarf zur Veränderung bestehender Stellenprofile bzw. zur Generierung neuer Einsatzfelder wahr. Bei einem Teil dieser Betriebe werden neue Beschäftigungskonzepte diskutiert, entwickelt oder auch bereits erprobt. Berufliche Entwicklungspfade werden dennoch zum jetzigen Zeitpunkt noch überwiegend äußerst individuell „konstruiert".

In der Gesamtbetrachtung treten sowohl berufsspezifische Unterschiede bei der Kompetenzanwendung und deren Bewertung als auch arbeitgebertypenspezifische Unterschiede hervor. Sehr deutlich wird ein Unterschied zwischen den Therapieberufen und der Pflege. Die Befunde deuten darauf hin, dass Pflegeabsolvent*innen durch die regulären Klinik- und Teamstrukturen in der Kompetenzanwendung begrenzt werden, wohingegen die Absolvent*innen therapeutischer Modellstudiengänge durch autonomere Sitzungsgestaltungen eher Möglichkeiten der Kompetenzanwendung haben. Vor diesem Hintergrund werden auch (potenzielle) Konflikte in der intraprofessionellen Zusammenarbeit im Team vor allem in der Pflege wahrgenommen; hier werden auch die meisten Veränderungen in der Organisation erwartet bzw. für erforderlich gehalten. Die Optionen zur Änderung von Organisationsstrukturen und Positionen sind in größeren Betrieben wesentlich ausgeprägter vorhanden als in kleineren.

4.2.4.4.1 ENTLOHNUNG INNERHALB BESTEHENDER VERGÜTUNGSSYSTEME

Ein Teil der interviewten Arbeitgebervertreter*innen äußert, dass das Gesundheitssystem grundsätzlich unterfinanziert sei, zumindest aber die Verdienstmöglichkeiten in den Pflege- und Heilberufen (aller Qualifikationsgruppen) gering seien. Einige Interviewte vermuten oder haben bereits erfahren, dass akademisch qualifizierte Beschäftigte höhere Einkommenserwartungen haben als andere. Eine höhere Entlohnung der akademisch Ausgebildeten (und insbesondere in den Therapieberufen auch der fachschulisch Ausgebildeten) wird von einem Großteil – gegenwärtig oder auch zukünftig – für erforderlich gehalten. Einzelne Interviewte äußern gar Bedenken, dass die akademische Ausbildung nicht langfristig attraktiv bleiben könne, wenn die Verdienstmöglichkeiten der Berufsgruppen auf aktuellem Niveau bleiben.

„Ich bin ein Freund der Voll-Akademisierung, mit allen Konsequenzen, die das nach sich zieht. Ich glaube, dass das den Praxen genauso viel bringen würde wie den Kliniken, wenn sie irgendwann mal das sehen würden, ich sehe einfach die Finanzierungsprobleme, weil die Therapieberufe einfach so unterfinanziert sind." (Physio_Klinik_18)

In den Interviews wird auf die Rahmenbedingungen der Finanzierung aufmerksam gemacht, innerhalb derer die akademisierten Gesundheitsfachberufe schlicht nicht vorkommen.

Vertreter*innen tarifgebundener Betriebe berichten, dass die tarifliche Eingruppierung der Studienabsolvent*innen nicht eindeutig ist.

> *„Das wäre mir wirklich wichtig, dass dieses Eingruppierungsmerkmal wirklich auch mal erscheint und dann auch bitte eingruppierungswirksam wird. Also die Absolventen, die zu uns kommen, erwarten das natürlich, das muss man schon sagen. Sie haben ja studiert, und in ihre Ausbildung Geld und Zeit gesteckt, und die erwarten natürlich dann auch eine entsprechende Eingruppierung." (Pflege_Klinik_nn)*

Selbst wenn eine Zuweisung von besonderen Aufgaben oder die Schaffung von neuen Stellenprofilen praktiziert wird, bedeutet das also nicht, dass dieser Entwicklung automatisch im Rahmen der geltenden Tarifverträge durch eine höhere Eingruppierung Rechnung getragen wird.

> *„Ist im Augenblick nicht, ich müsste über gewisse Leistungsparameter etwas begründen, wenn ich mehr honorieren könnte. Da verändert sich unser Tarifvertrag, wir sind ja, haben jetzt auch einen BG-Tarifvertrag, aber es kann durchaus sein, dass im nächsten Jahr auch dieses Thema akademisch und sowas auch im Tarifvertrag Berücksichtigung finden sollte. Dann hätte ich andere Möglichkeiten. Oder bessere." (Pflege_Klinik_8)*

Bei der betrieblichen Zuordnung zu tariflichen Vergütungsgruppen ist eine angemessene Relation zu anderen Qualifikationsgruppen zu berücksichtigen. Innerbetriebliche Konfliktlinien können andernfalls entlang der Eingruppierung der fachschulisch Ausgebildeten, der Bachelorabsolvent*innen anderer Berufsgruppen oder aber auch der Hierarchieebenen verlaufen.

Nicht-tarifgebundene Betriebe verweisen auf die Erstattungssätze der Krankenkassen, bei denen nicht zwischen Qualifikationsgruppen differenziert wird. Allerdings ist für die Erstattungsfähigkeit bestimmter Therapien eine fachliche Fortbildung notwendig. Das Erlangen eines solchen Zertifikates wirkt sich somit in der Regel auch auf die Einkommenshöhe aus. Für akademische Abschlüsse gilt dies hingegen nicht.

> *„Also es gibt Lohnaufschläge, wenn jemand Krankengymnastik am Gerät hat, wenn jemand manuelle Therapie hat oder Lymphdrainage. Letztendlich, aus Arbeitgebersicht ist es natürlich leider so, dass ein Bachelor oder Master-Absolvent nicht mehr Geld in die Kasse spülen kann, wenn er diese bestimmten Zertifikate nicht hat. Also mehr Entlohnung von den Krankenkassen gibt es halt nur mit diesen Zertifikaten, deswegen ist der Lohnaufschlag an diese Zertifikate gekoppelt und nicht an den akademischen Abschluss. […] Also das System, so wie es aktuell existiert, lässt, glaube ich, eine Sonderstellung dieser Therapeuten überhaupt nicht zu." (Physio_Zentrum_7.10)*

> *„Das ist jetzt relativ schwierig, weil die Krankenkassen ja selbst sagen, sie wollen eine bessere Ausbildung haben, dass die Leute evidenzbasiert arbeiten. Aber sind nicht bereit, entsprechend mehr Geld in die Hand zu nehmen. Und da beißt sich die Katze in den Schwanz. Das funktioniert nicht. Sie sagen ja selbst auch, uns reichen an sich die Fachschüler. Weil die die gleiche Arbeit*

machen im Prinzip, für die Krankenkassen, wie ein Fachschüler. […] Nur, wenn sie es fordern, dass wir da entsprechend uns verbessern, dann muss ich das auch entsprechend honorieren." (Physio_Zentrum_1)

4.2.4.4.2 VERBLEIB IN ODER MOBILITÄT AUS KLIENTENNAHEN TÄTIGKEITEN

In den Modellstudiengängen wird in Mangelberufen ausgebildet, während gleichzeitig die Studierenden und Absolvent*innen als ambitionierte, zielstrebige und teilweise auch aufstiegsorientierte Beschäftigtengruppe wahrgenommen werden. Aus Sicht einiger Arbeitgeber*innen kann deswegen eine mittel- bis langfristige Bindung eine Herausforderung sein. Der geringe Spielraum bei der Vergütung und dem Einräumen zusätzlicher Freiräume zur Anwendung von Kompetenzen erschwert diese jedoch, insbesondere für kleinere Betriebe mit begrenzten Ressourcen. Einige der Interviewten haben bereits die Erfahrung gemacht, dass die Absolvent*innen sich von der klientennahen Versorgung entfernen, andere äußern sich in langfristiger Perspektive diesbezüglich besorgt. Ein Abwanderungsrisiko besteht zwar auch bei den fachschulisch ausgebildeten Beschäftigten, jedoch stehen den hochschulisch Ausgebildeten weitaus mehr Optionen offen (z. B. in der Lehre).

Ein zentrales Thema bei der Frage nach einem langfristigen Verbleib der Studienabsolvent*innen in der klientennahen Versorgung sind Master-Studiengänge.

„Vielleicht ergänzend, wir haben da auch ein kleines Problem. Wir haben zwar seit 2015 das Trainee-Programm […] mit wenig Menschen gestartet, und diese Fokussierung auf die Wissenschaftlichkeit hatte ich ja schon erzählt, ist seit letztem Jahr vor allem. Und wir verlieren die. Also die werden hier von uns auch nochmal mit Inhalten versorgt und ja vor allem im Bereich des wissenschaftlichen Arbeitens neben den ganzen Kompetenzen, die eben ja schon genannt worden sind, die Herausforderungen in der Praxis, wo sie ja extremfachliche Kompetenzen aufbauen, bauen sie gleichzeitig durch unser Programm mit schön viel Input und sehr viel Begleitung auch sehr gute Kompetenzen im Bereich des wissenschaftlichen Arbeitens auf. Wir haben bisher spätestens nach zwei Jahren eigentlich fast alle verloren - ins Masterstudium." (Pflege_Klinik_18)

Ein Teil der Interviewten stellt fest, dass einige der hochschulisch ausgebildeten Personen in Master-Studiengänge wechselt, weil diese attraktivere berufliche Zukunftsaussichten vermitteln als die Kliniken und Praxen bisher bieten können. Angeführt wird hierzu weiterhin, dass diese Master-Studien – sofern nicht klinisch – vordergründig für andere Aufgaben und Bereiche qualifizieren.

„Ja, die Herausforderung ist, dass ich die Absolventen halte. Also wenn ein Therapeut seinen Bachelor macht, dann ist es meistens, ich glaube, immer mehr der Abschluss, den ein Therapeut gehen wird. Wenn er weitergeht mit dem Master, dann hat er Hintergrundwissen, was man nicht nur an der Bank braucht, sondern im Bereich von Praxis-Management, Klinik-Management, in dem Bereich. Also ich glaube, dass ein Master-Therapeut nicht 40 Stunden an der Bank stehen wird, um als Therapeut zu arbeiten." (Physio_Praxis_1)

Ein*e Teilnehmende*r des Workshops betont hingegen, dass Therapeut*innen mit einem Masterabschluss ein hohes Fachwissen in einem bestimmten Gebiet erworben hätten. Das ließe sich häufig als Behandlungsschwerpunkt herausbilden und es würden vermehrt Patient*innen mit entsprechender Symptomatik zugeteilt. In einer niedergelassenen Praxis könne sich hieraus zwar kaum eine höhere Bezahlung oder eine höhere Position als Angestellte*r ergeben, aber es kann zu mehr Zufriedenheit bei den Beschäftigten führen. Für Betriebe hat es den Vorteil, dass sich das eigene Leistungsspektrum durch dieses Spezialgebiet erweitern lässt.

Spezifische Beschäftigungsmöglichkeiten für Master-Absolvent*innen zu schaffen, wird aus betrieblicher Perspektive dennoch insgesamt als große Herausforderung betrachtet, allerdings bislang auch noch nicht wirklich verfolgt. In der Pflege könnte die Einführung einer ANP (Advanced Nursing Practice) und die Entwicklung entsprechender Rollen eine Möglichkeit sein.

Die Betriebe müssen also nicht nur hinsichtlich der Integration der Absolvent*innen in die Berufsfelder echte Pionierarbeit leisten, sondern auch bei der Mitarbeiterbindung. Eine Grundlage hierfür scheinen Aufgabenfelder (in der alltäglichen Arbeit oder auch z. B. projektförmig) zu sein, die die Anwendung von Fähigkeiten, die im Studium erlernt wurden, ermöglichen. Von Bedeutung scheint weiterhin die Vermittlung beruflicher Entwicklungsperspektiven – sowohl Aufstiegsmöglichkeiten als auch fachliche Weiterentwicklungen – zu sein. Notwendige Bedingung hierfür ist natürlich eine längerfristige Personalentwicklungsplanung.

Insgesamt unterscheiden sich hierbei die Anforderungen zwischen den Therapieberufen (Schwerpunkt Praxis, relativ autonome Sitzungsgestaltung) und der Pflege (Schwerpunkt Krankenhaus, Teamarbeit) deutlich und müssen differenziert betrachtet werden. Beispielsweise sind wichtige Faktoren in der Pflege neben der Vergütung die Klinikstrukturen und das Sozialgefüge. Spielräume der betrieblichen Personaleinsatzplanung sind wiederum eine Frage der Ressourcen, also nicht zuletzt auch der Unternehmensgröße.

Auch die Workshop-Teilnehmenden signalisieren, dass eine Notwendigkeit darin bestehe, horizontale und vertikale Entwicklungsperspektiven zu schaffen und somit Anreize zum Verbleib in der Praxis zu entwickeln. Problematisch gestaltet sich – nicht nur – hierbei der Modellstatus der Studiengänge, da mittel- und längerfristige Planungssicherheiten fehlen. Auch für Studieninteressierte und Studierende ist Planbarkeit wichtig. Weiterhin werden Best-Practice Beispiele bzw. bestmögliche Lösungen für das Schaffen solcher Anreize, gewünscht. Die Politik wird in der Verantwortung gesehen, diesen Prozess zu unterstützen sowie förderliche Rahmenbedingungen (Arbeitsbedingungen, Vergütung, Regelstudiengänge, „Klarheit schaffen“ usw.) zu schaffen.

4.2.5 ERGEBNISFELD 5: PLANUNGS- UND ENTWICKLUNGSASPEKTE

Der abschließende Abschnitt zu den Ergebnissen aus der Perspektive der Arbeitgeber*innen referiert die Planungen und die Entwicklungsperspektiven der Befragten. Thematisiert werden die Bereitschaft, weitere Absolvent*innen einzustellen sowie die Verbesserungspotenziale und Erwartungen.

4.2.5.1 PLANUNGEN ZUKÜNFTIGER AUFGABEN UND VERANTWORTUNGSBEREICHE

Neben den aktuellen Einsatzfeldern der Absolvent*innen benennen einige der interviewten Arbeitgeber*innen (hauptsächlich Kliniken) weitere Einsatzmöglichkeiten. Diese sind gegenwärtig entweder noch fiktiv oder befinden sich bereits in der konkreteren Planungsphase. Diese Entwicklung neuer beruflicher Entwicklungspfade zielt auf die Generierung eines Mehrwertes durch eine stärkere Anwendbarkeit der akademischen Kompetenzen und/oder auf die Bindung der Studienabsolvent*innen ab. In der Physiotherapie und Logopädie handelt es sich beispielsweise um Leitungspositionen für Gruppen zu speziellen Krankheitsbildern, um Verantwortliche für Hochschulkooperationen und den Ausbau der Forschung oder um die Leitung einer logopädischen Forschungsgruppe (und entsprechender Projekt-, Team- und Drittmittelverantwortung). In der Hebammenkunde wird als ein mögliches erweitertes Aufgabenprofil der Aufbau eines hebammengeleiteten Kreißsaals und die spätere Mitarbeit dort genannt. In der Pflege wird die Rolle akademisch Primärqualifizierter stärker ausgelotet als in den anderen Berufsfeldern. Überlegungen und Planungen beziehen sich beispielsweise auf Veränderungen der Arbeitsorganisation in ausgewählten Spezialbereichen (im Sinne eines Qualifikationsmixes), stationsübergreifende „Experten-Rollen“ mit Expertise zu besonderen Krankheitsbilder und/oder Pflege-Herausforderungen einzuführen oder aber auch grundlegender darauf, Einsatzfelder mit mehr Autonomie zu schaffen, in denen sich Absolvent*innen etablieren und entwickeln können.

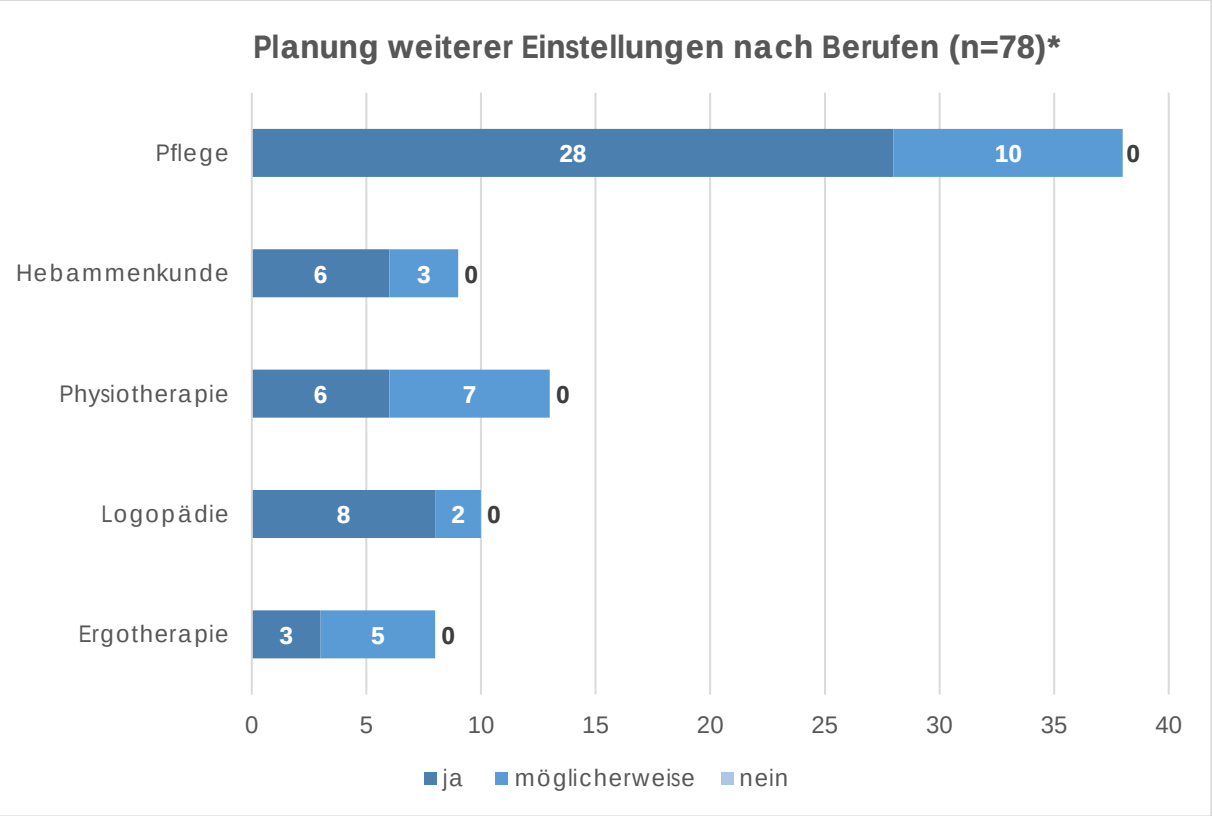
> *„Wir müssen die Felder denen erst noch stecken noch mehr, also auch eben Möglichkeiten aufbauen, wo sie auch anders autonom arbeiten können.“ (Pflege_K8)*

Hinter dem Schlagwort „Autonomie“ verbergen sich Dimensionen wie beispielweise Arbeitsprozessgestaltung, Auswahl von Behandlungskonzepten oder auch die Freistellung für wissenschaftliche Aufgaben.

Die Politik wird in der Verantwortung gesehen, Änderungen herbeizuführen. Für Absolvent*innen müssen Attraktivität und vor allem Planbarkeit der Karriere gegeben sein, um eine wirkliche Aufwertung erreichen zu können. Planbarkeit ist ebenfalls für die Seite der Arbeitgeber*innen relevant: Unsicherheiten im Bildungssystem führen aus Perspektive der Arbeitgeber*innen zu Unwägbarkeiten betrieblicher Planungen.

4.2.5.2 EINSTELLUNGSPLANUNGEN WEITERER ABSOLVENT*INNEN DURCH DIE ARBEITGEBER*INNEN

Sämtliche Teilnehmer*innen der Online-Befragung planen, weitere Absolvent*innen einzustellen oder halten dies zumindest für möglich, wobei rund zwei Drittel der Arbeitgeber*innen Einstellungen planen und ein Drittel möglicherweise einstellen wollen (Abbildung 58).



* Anzahl der Nennungen; Mehrfachnennungen möglich.

Abbildung 58: Planung weiterer Einstellungen

Bis auf eine Ausnahme können sich alle Interviewten vorstellen, weitere Studienabsolvent*innen einzustellen. Aus den qualitativen Daten geht weiterhin jedoch hervor, dass sich Rekrutierungsbemühungen nur in Ausnahmefällen explizit auf Studienabsolvent*innen beziehen[18]. Nur vereinzelt, etwa für die Trainee-Programme, gibt es spezifische Stellenausschreibungen. Mehr als die Hälfte aller Interviewten (13) (5 Pflege, 2 Physiotherapie,

[18] Sechs interviewte Personen (2 Pflege, 1 Physiotherapie, 2 Hebammenkunde, 1 Logopädie) machten keine eindeutige Angabe zur Einstellungspräferenz nach Abschlussart. Entweder wurde die Frage im Interview nicht eindeutig beantwortet oder aber (noch) nicht gestellt. Im Sinne der Grounded Theory handelte es sich um eine Fragestellung, die erst im Verlaufe des Erhebungszeitraumes entwickelt wurde.

3 Ergotherapie, 2 Hebammenkunde, 1 Logopädie)[19] erklärt, dass sie keinen Wert darauf legen, dass Bewerber*innen zusätzlich auch einen akademischen Abschluss mitbringen; die knappe Fachkräftesituation lasse eine Selektion nach Abschlussart überhaupt nicht zu.

> *„Das kann man sich einfach heute nicht leisten. Wenn die Stelle frei ist, dann muss man einfach ausschreiben, und ehrlich gesagt schauen, was auf dem Markt ist." (Physio_Praxis_0)*

> *„Ich schreibe es allgemein aus, und ich muss ehrlich sagen, ich bin froh, wenn ich drei Bewerbungen bekomme und mir eine davon zusagt. Das ist leider gerade der Stand der Dinge." (Physio_Praxis_1)*

Auch die Aufgabenfelder, für die eingestellt wird, beeinflussen natürlich die Fachkräftesuche. In zwei Betrieben werden bereits parallele Strategien zur Rekrutierung von Pflegekräften angewendet. Zum einen wird gezielt nach fachschulisch ausgebildeten Pflegekräften gesucht, zum anderen besteht eine gezielte Suche nach bzw. eine bevorzugte Einstellung von Studienabsolvent*innen für Trainee-Programme, Managementfelder sowie Stabs- und Funktionsstellen. Entsprechend richten sich die Rekrutierungsbemühungen nicht nur auf die Studienabsolvent*innen der Modellstudiengänge, sondern auch auf Pflegemanagement- und Pflegewissenschaftsabsolvent*innen.

Von Bedeutung sind weiterhin weichere Auswahlkriterien als der formale Abschluss, wie etwa die Passung ins Team oder der persönliche Eindruck.

> *„Also ich würde es jetzt nicht speziell von der Ausbildung abhängig machen. Also ich würde es dann tatsächlich von der Person abhängig machen, […] wer mir von beiden als geeigneter erscheint. Also ich würde jetzt nicht sagen: ‚Ich stelle den ABSOLVENTEN ein, weil er eine bessere – in Anführungsstrichen – eine bessere oder andere Ausbildung hat', sondern ich würde es tatsächlich personenabhängig machen." (Pflege_Einrichtung_1)*

> *„Also Grund war tatsächlich der persönliche Kontakt. Das hat sich auch im Laufe vieler Jahre gezeigt, dass das für uns natürlich schön ist, wenn man eine Person über mehrere Wochen erlebt, dass das natürlich aussagekräftiger ist, als wenn jemand Papiere schickt und dann eine halbe Stunde zum Vorstellungsgespräch kommt." (Heb_Geburtshaus_2)*

> *„Aber es spielen auch immer andere Faktoren mit. Also wenn das jemand sehr Erfahrenes, sehr Lernwilliges ist, jemand sehr interessiert ist, der sich auch einsetzt. Der einfach sehr deutlich macht, dass er sehr interessiert ist, sich entwickeln zu wollen. Auch interessiert ist, in einem großen Team sich zu bewegen, das ist ja auch nicht für jeden Menschen erstrebenswert. Das sind so Grundvoraussetzungen in so einer Praxis arbeiten zu können und sich auch wohlzufühlen. […] Und dann kann jemand noch so toll fortgebildet und ausgebildet sein. Wenn er von seiner Persönlichkeit nicht hier hineinpasst. Das ist natürlich genauso zu werten." (Logo_Praxis_2a)*

[19] Hierunter fünf Kliniken, vier Praxen, jeweils ein Reha-Zentrum, sozial-psychiatrischer Dienst, Geburtshaus sowie die stationäre Pflegeeinrichtung.

Eine bevorzugte Einstellung von Studienabsolvent*innen erfolgt nur bei fünf Einrichtungen des Samples (2 Physiotherapie, 3 Logopädie)[20] und dort ausschließlich in Therapieberufen. Die jeweiligen Motive für die Präferenz von Hochschulabsolvent*innen sind unterschiedlich (eigene Karrierepfade vorhanden; Begründung aus eigenem Qualifikationshintergrund heraus; akademische Kompetenzen erwünscht; traditionelle Rekrutierung aus Studium), so dass die Interviews jeweils einen Einzelfallcharakter haben.

Fachschulabsolvent*innen werden nur von dem ambulanten Pflegedienst im Sample bei der Einstellung explizit bevorzugt. Aus Sicht des Interviewten gibt es für Hochschulabsolvent*innen keine qualifikationsadäquaten Beschäftigungs- und Vergütungsmöglichkeiten. Dort ist ein*e Absolvent*in als Leitung des Qualitätsmanagements beschäftigt; eine weitere Einstellung von hochschulisch Ausgebildeten ist nicht geplant.

4.2.5.3 VERBESSERUNGSPOTENZIALE UND LANGFRISTIGE ERWARTUNGEN

Die Interviewten verbinden mit einer Akademisierung der Gesundheitsfachberufe mehrere Erwartungen. Für die Verbesserung der Fachkräftesituation wird eine Akademisierung als vorteilhaft eingeschätzt. Denn hiermit wird eine Aufwertung der Berufe verbunden und es erscheint aus dieser Perspektive wahrscheinlich, dass zukünftig mehr Schulabgänger*innen einen solchen Beruf erlernen wollen. Eine Aufwertung der Berufe basiert unter anderem auf deren Professionalisierung. Die bedeutet aus Sicht einiger Arbeitgebervertreter*innen auch, dass Aufgaben, die gegenwärtig noch Ärzten obliegen, übernommen werden (können). In den therapeutischen Berufen schließt das die Substitution ärztlicher Aufgaben, Diagnostik und Verfahrensentwicklung sowie den Direktzugang ein[21]. Eng mit einer Aufwertung der Berufe verbunden ist das „Standing" gegenüber anderen medizinischen Berufen.

> *„Weil ein klassischer Fachschüler [...] nicht lernt, entsprechend zu differenzieren und zu hinterfragen, sich selbst zu reflektieren. Das ist dann ein bisschen schwieriger einfach auch gegenüber Ärzten, das zu vertreten. Also, da haben wir eh ein Manko. Wir haben nicht unbedingt eine große Lobby im Bereich Medizin, was unser Tun mit angeht. [...] Insofern ist es wichtig, dass wir uns da weiter engagieren und auch professionalisieren. Auch unser Standing haben gegenüber den anderen Bereichen in der Medizin." (Physio_Zentrum_1)*

> *„Also allein, was die Sprache betrifft und wie gesagt, den Umgang mit wissenschaftlichen Methoden, weil das war bisher immer so ein K.-o.-Kriterium. Dass dann zum Beispiel ein Arzt sagt: ‚Ja, Sie machen hier soundso. Gucken Sie sich mal die aktuelle Studie an.' Und dann, genau, wussten die Hebammen oder eben auch das Pflegepersonal unter Umständen nichts mehr zu sagen. Wenn man aber sagen kann: ‚Ja, habe ich. Die aktuellen Evidenzen sind soundso.' Dann*

[20] Hierunter zwei Kliniken, zwei Praxen und ein Reha-Zentrum.

[21] Hieran zeigen sich Schnittstellen mit anderen berufs- und/oder ausbildungspolitischen Themen in den Interviews. Beispiele für weitere teilweise Durchmischungen sind etwa die generalistische Pflegeausbildung oder Schulgeldfreiheit.

ist das natürlich ein anderes Standing und dann kann man dem auch was entgegensetzen." (Heb_Geburtshaus_2)

„Ganz konkret spreche ich mich dafür aus, weil ich dadurch eine Verbesserung der Akzeptanz der Profession erwarte. Das ist so ein bisschen, das was vor Kurzem noch mit der Augenhöhe diskutiert haben. Ich erwarte das sich nicht nur im Bezug auf Arzt, sondern grundsätzlich auf alle Akteure und auf die Gesellschaft. Ich glaube, dass wir dadurch auch in irgendeiner Zukunft in der Lage sein werden, mehr Verantwortung zu übernehmen, weil meiner Meinung nach muss Pflege mehr Verantwortung übernehmen, um dieses Gesundheitswesen überhaupt noch zu retten." (Pflege_Klinik_3)

Ein*e Inhaber*in einer sprachtherapeutischen Praxis stellt anhand einer eigenen Erfahrung dar, welchen Einfluss ein akademischer Abschluss auf das berufliche Image haben kann.

„Zum Beispiel im Gespräch mit dem Chefarzt, [...] dass er, als er hörte, dass ich einen Diplom-Abschluss habe an der Uni, dass er da plötzlich sagte, dann sind Sie ja Akademiker. Und seitdem werden meine Mitarbeiter und ich ganz anders behandelt und sind nicht in diesem, ich sag jetzt mal, Krankenhaus-Pool der Therapeuten. Das heißt, wir sind in der Hierarchie auf der Ebene der Psychologen. Das ist völlig verändert. Also in dem reinen Hierarchiedenken, und ich denke, das ist ganz besonders in den Krankenhäusern, da kann durch die Akademisierung wirklich was stattfinden." (Logo_Praxis_1b)

Weiterhin wird mit einer Akademisierung verbunden, dass das bestehende System zunehmend hinterfragt wird und durch berufspolitisches Engagement verändert werden kann.

„Dass wenn wir aber ernst genommen werden wollen, also was so die Zahlung von Gehältern angeht und, wie gesagt, da auch mitdiskutieren und mitreden wollen in medizinischen Bereichen und unsere eigenen Leitlinien für Geburten erstellen wollen, dann kommen wir gar nicht umhin da auch eine akademische Ausbildung zu machen, weil man sonst diese Dinge gar nicht lernt." (Heb_Geburtshaus_2)

„Also ich glaube [...], dass sich a) das Berufsbild natürlich ändert, aber auch, sag ich mal, das Bewusstsein, [...] was man zum Beispiel für dieses Berufsbild beziehungsweise für den Beruf oder für die Leute, die in diesem Beruf arbeiten, was man da tun kann. Ich glaube, dass eben Leute, die studiert haben, schon eher über solche Sachen wie zum Beispiel Verkammerung in der Physiotherapie diskutieren als Leute, die eben nicht akademisiert sind. Ich glaube, dass da ein anderes Bewusstsein da ist." (Physio_Klinik_18)

Weiterhin gehen einige Interviewte von einem Auf- und Ausbau der Forschung in Deutschland aus. Anders als im internationalen Raum sind die Berufe in der hiesigen Forschungslandschaft noch nicht wirklich verankert. Hiermit geht z. B. einher, dass es an Evidenzen mangelt, die sich auf die gegebenen Strukturen beziehen. Aus Sicht dieser Befragten stellt dieser Aspekt auch einen zentralen Aspekt der Professionalisierungsbestrebungen dar (vgl. Abschnitt 4.2.2.3).

Von einer Akademisierung verspricht sich ein Teil der Interviewten zudem transparentere und einheitlichere Ausbildungsstrukturen. Diese wiederum dienen nicht nur einem vereinfachten Ausbildungs- und Einstellungsgeschehen, sondern auch der Qualitätssicherung von Behandlungen und Therapien.

> *„Von Hebammenschule zu Hebammenschule gibt es ganz andere Vorgaben, andere Dokumente. […] Und das wäre halt langfristig, wenn zum Beispiel der Beruf komplett akademisiert wäre und dass dann mit den außerklinischen Einrichtungen abgestimmt wäre, viel einfacher auch für die dann vor Ort arbeitenden Hebammen, wenn man ein Dokument hat, was man kennt, was bei jeder Externatsstudentin gleich wäre." (Heb_Geburtshaus_2)*

Die Teilnehmenden des Workshops begrüßten die Vielfalt der bestehenden Angebote hingegen.

Eine der interviewten leitenden Hebammen äußert sich auch etwas besorgt über die sehr zeitnahe Umsetzung der Vollakademisierung ihres Berufes:

> *„Also ich habe jetzt erst mal so ein bisschen Angst, dass das alles sehr, sehr holperig wird. Weil wir ja einen riesen Hebammenmangel haben in Deutschland, und wenn uns jetzt von jetzt auf gleich die ganzen […] Ausbildungsstätten, wenn die wegbrechen. Aber es sind ja noch gar nicht parallel dazu genügend Unis da. Soweit ich weiß, ist das ja noch sehr, sehr vereinzelt, wenn man es deutschlandweit sieht. Und das ist jetzt so meine erste Befürchtung, dass wir dann noch mehr Probleme kriegen mit Nachwuchs als wir jetzt schon haben […]." (Heb_Klinik_4)*

5 DISKUSSION DER VERBLEIBSTUDIE

Ziel der Studie VAMOS war es, den beruflichen Verbleib der Absolvent*innen nach dem Abschluss eines Modellstudiums in den Gesundheitsfachberufen in NRW zu beschreiben und dabei die Merkmale und Rahmenbedingungen der beruflichen Situation umfassend darzustellen und zu erklären. Um hierzu möglichst valide Aussagen treffen zu können, wurden sowohl die Erfahrungen der Absolvent*innen selbst, als auch die ihrer derzeitigen Arbeitgeber*innen erfasst. Die methodischen Spezifika sowie die qualitativen und quantitativen Ergebnisse der beiden Untersuchungsstränge wurden in den vorangegangenen Kapiteln 3 und 4 ausführlich dargelegt und werden im Folgenden komplementär zusammengeführt.

Den erforderlichen übergeordneten Rahmen für die Ergebniszusammenführung liefern die fünf zentralen Ergebnisfelder (vgl. Kapitel 2.4) und die darin integrierten übergeordneten Forschungsfragen der Studie (vgl. Kapitel 2.1). An dieser Struktur orientieren sich die folgenden Kapitel 5.1 bis 5.5.

Die Ergebniszusammenführung wird jeweils ergänzt um differenziertere Erläuterungen, die hierzu in den Zusammenhang zu weiteren empirischen Untersuchungen zum Verbleib der Absolvent*innen der Modellstudiengänge gestellt werden. Bezogen auf die Perspektive der Arbeitgeber*innen liegen allerdings noch keine empirischen Ergebnisse vor, die explizit die Absolvent*innen der Modellstudiengänge in Deutschland betreffen.

Insgesamt wird bei der Zusammenführung deutlich, dass die Daten aus den Befragungen der Absolvent*innen und die aus den Befragungen der Arbeitgeber*innen weitgehend zu kongruenten Einschätzungen führen. Die Ergebnisse erlauben folglich zusammenfassende Kernaussagen, die für jedes Ergebnisfeld am Ende der Kapitel 5.1 bis 5.5 in komprimierter Form beschreiben, wie die Absolvent*innen der Modellstudiengänge auf dem Arbeitsmarkt angekommen sind und wie sich ihre aktuelle berufliche Tätigkeit darstellt.

Die Ergebnisdiskussion ausgewählter Aspekte wird im Kapitel 5.6 dann getrennt nach den in der Studie untersuchten Berufsgruppen Pflege, Therapieberufe und Hebammenkunde geführt, da sich sowohl die Studienlage zum Verbleib der Absolvent*innen, als auch der Akademisierungsprozess insgesamt, in der Berufsfeldern unterscheiden.

Abschließend werden im Rahmen der Diskussion in Kapitel 5.7 die wesentlichen potenziellen Limitationen der Studie erörtert und Ihre Auswirkungen auf die Aussagekraft der Ergebnisse diskutiert.

5.1 DISKUSSION ERGEBNISFELD 1: BESCHÄFTIGUNGSMERKMALE

Die Modellstudiengänge werden in erster Linie als Antwort auf die Herausforderungen in der Versorgungspraxis gesehen. Wesentliches Ziel ist es aus diesem Grund, die Absolvent*innen für klientennahe Tätigkeiten in der Versorgung zu qualifizieren. Um zu untersuchen, inwieweit die eingeleitete hochschulische Erstausbildung den Bedarf und die Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung aufgreift, war es ein wesentliches Ziel von VAMOS, festzustellen, *in welchen Tätigkeitsfeldern die Absolvent*innen nach Ihrem Studium tätig sind* und *welche Beschäftigungsmerkmale hierbei charakteristisch sind* (vgl. übergeordnete Fragestellungen, Kapitel 2.1).

5.1.1 ARBEITSSETTINGS UND TÄTIGKEITSFELDER

Die Absolvent*innen wurden in der Online-Befragung gebeten jede von ihnen angegebene Haupt- und Nebenerwerbstätigkeit einem bestimmten Arbeitsfeld bzw. Setting zuzuordnen. Insgesamt zeigen die Ergebnisse ein breites Spektrum an Arbeitsfeldern, in denen die Absolvent*innen ihre aktuellen Erwerbstätigkeiten verorten. Was die Breite des Spektrums angeht, zeigen sich Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Während die Bandbreite an festgestellten Arbeitssettings in der Hebammenkunde relativ gering ist, ist sie in der Pflege mit Abstand am größten (vgl. Abschnitt 3.2.1.2).

Betrachtet man vor allem die Haupterwerbstätigkeiten, ist aber ein prägendes Muster erkennbar, bei dem für jede Berufsgruppe ein klar dominierendes Arbeitssetting deutlich wird. Die angegebenen Haupterwerbstätigkeiten in den Berufsgruppen Pflege (56%) und Hebammenkunde (53%) werden in über der Hälfte der Fälle dem Arbeitsfeld „Krankenhaus“ zugeordnet. Mit großem Abstand folgen anschließend im Pflegeberuf Haupterwerbstätigkeiten, die den Arbeitsfeldern der ambulanten und stationären „Langzeitpflege“ (11%) sowie der „Psychiatrie“ (10%) zugeordnet werden. In der Hebammenkunde werden die Haupterwerbstätigkeiten am zweithäufigsten (23%) dem Arbeitsfeld „ohne Bindung an eine konkrete Einrichtung (z.B. freiberuflich ohne Praxis)“ zugeordnet (vgl. Abschnitt 3.2.1.2).

Für die Therapieberufe stellt sich die Situation komplett anders dar. Das klar dominierende Arbeitsfeld, in dem insgesamt über die Hälfte der angegebenen Haupterwerbstätigkeiten (im Mittel 53%) verortet werden, ist hier die ambulante „Therapiepraxis (als Beschäftigte*r)“. In der Logopädie werden sogar 61% der angegebenen Haupterwerbstätigkeiten diesem Arbeitsfeld zugeordnet. In der Ergo- bzw. Physiotherapie sind es 50% bzw. 47%. Das Krankenhaus ist bei den Therapieberufen lediglich das zweithäufigste Arbeitsfeld. Ungefähr jede zehnte Haupterwerbstätigkeit in der Ergotherapie (10%) und Logopädie (11%) wird diesem Feld zugeordnet. In der Physiotherapie ist knapp jede*r fünfte Absolvent*in (18%) im Krankenhaus haupterwerbstätig (vgl. Abschnitt 3.2.1.2).

Die aktuelle Studie zeigt für alle Berufsgruppen sehr deutlich, dass die Absolvent*innen in der Regel in der direkten Versorgung mit Klient*innen tätig sind. Annahmen, dass die Absolvent*innen nach dem Studium vorwiegend in klientenfernen Arbeitsfeldern in Wissenschaft, Lehre oder Management tätig sein könnten, werden mit der Studie VAMOS eindeutig nicht bestätigt (vgl. Abschnitt 3.2.1.3).

Die aktuell festgestellten Ergebnisse decken sich hier im Großen und Ganzen mit den Erkenntnissen aus den empirischen Untersuchungen, die bisher bundesweit zum Verbleib von Absolvent*innen der Modellstudiengänge durchgeführt wurden. Sowohl eine Untersuchung für die therapeutischen Berufsgruppen (Blümke et al., 2019), als auch eine Verbleibstudie für die Pflege (Baumann & Kugler, 2019), kommen zu nahezu identischen Ergebnissen, bezogen auf die jeweiligen Anteile der klientennahen Beschäftigung in den Berufsgruppen. Auch das im Rahmen der aktuellen Studie festgestellte Ergebnis, dass der Anteil klientennaher Erwerbstätigkeiten in den Therapieberufen im Vergleich zur Pflege etwas höher zu sein scheint, wird durch die beiden Studien bestätigt (Blümke et al., 2019; Baumann & Kugler, 2019). Für das Hebammenwesen liegen in Deutschland bislang keine vergleichbaren quantitativen Referenzdaten vor. Die verfügbaren qualitativen Ergebnisse, die im Rahmen einer Verbleibstudie der Hochschule Fulda erhoben wurden, deuten aber darauf hin, dass der im Rahmen von VAMOS festgestellte Verbleib der Hebammen in der direkten Versorgung zutreffend ist (Sterz & Blättner, 2017).

Im Hinblick auf das gesteckte Ziel der Modellstudiengänge, den Absolvent*innen vor allem eine Berufsausübung in der klientennahen Versorgung zu ermöglichen, lassen die aktuellen Ergebnisse berufsgruppenübergreifend den eindeutigen Schluss zu, dass die Studiengänge dieser Anforderung in sehr hohem Maße gerecht werden.

Neben der gelungenen Einmündung in die klientennahe Versorgung stellt sich in der gegenwärtigen Diskussion vor allem die Frage nach einem langfristigen Verbleib in diesem Bereich. Die aktuellen Ergebnisse können so interpretiert werden, dass die Befürchtung, dass ein großer Teil der Absolvent*innen den klientennahen Versorgungbereich bereits kurze Zeit nach dem Berufseintritt wieder verlassen könnte, nicht zutreffen. Eine übermäßige Abwanderung in „akademische“ Tätigkeitsbereiche (Wissenschaft, Lehre, Management etc.) bestätigen die Studienergebnisse, auch bei Absolvent*innen die mehr als 2 Jahre vor dem Befragungszeitraum (April-Juni 2017) ihr Studium abgeschlossen hatten, nicht. Auch diese Befragten arbeiten in den meisten Fällen weiterhin in der klientennahen Erwerbstätigkeit. Nichtsdestotrotz zeigen die pseudolängsschnittlichen Analysen aber in allen Berufsgruppen, dass der Anteil der klientennah Tätigen, in den weiter zurückliegenden Prüfungsjahrgängen signifikant abnimmt. Für die Pflege wird dieser Befund durch die Untersuchung von Baumann und Kugler (2019) gestützt. Aufgrund der komplexen Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt (z.B. Fachkräftemangel, Bedarf nach höher qualifizierten Fachkräften, mangelnde Attraktivität der Arbeitsbedingungen, Vergütung) ist es schwer einzuschätzen, welche Faktoren hierfür

letztlich ausschlaggebend sind. Vergleichbare Ergebnisse zur Hebammenkunde und zu den therapeutischen Berufen liegen zu diesem Untersuchungsaspekt nicht vor.

Insgesamt können die Ergebnisse so interpretiert werden, dass ein gewisser Teil der Absolvent*innen den klientennahen Versorgungsbereich innerhalb der ersten 24 Monate nach Berufseintritt bereits wieder verlässt. Die vertiefenden Analysen weisen in der aktuellen Studie hierbei auf den entscheidenden Einfluss eines zusätzlich abgeschlossenen Masterstudiums hin. Absolvent*innen mit einem zusätzlichen Masterabschluss sind signifikant ($p<0.001$; Fisher's exakter Test) seltener klientennah tätig als die Vergleichsgruppe ohne einen solchen Masterabschluss (vgl. Abschnitt 3.2.5.2).

Der Befund ist vermutlich dahingehend zu interpretieren, dass in den Einrichtungen des Gesundheitswesens bisher weitgehend noch keine Stellenprofile in der klinischen Versorgung existieren, die auf Absolvent*innen mit Masterabschluss zugeschnitten sind. Insofern erfordert dies von den Absolvent*innen vermutlich selbst nach einem klinisch ausgerichteten Masterabschluss vielfach einen Wechsel in klientenferne(re) Bereiche, wenn die im Masterstudium erweiterten Kompetenzen in der Berufspraxis adäquat angewendet werden sollen.

Bei absolvierten Masterstudiengängen mit pädagogischer oder wissenschaftlicher Ausrichtung ist es ohnehin naheliegend, dass die langfristigen Karriereoptionen dieser Absolvent*innen vornehmlich außerhalb der direkten Versorgung liegen. Hier handelt es sich um ein Phänomen, welches bereits aus der Anfangszeit der Akademisierung in der Pflege gut dokumentiert ist, wo Absolvent*innen additiver Studienangebote meist Karrieren außerhalb der klientennahen Versorgung eingeschlagen haben (Moses, 2015; Winter, 2005). Insofern ist kritisch anzumerken, dass in der aktuellen Studienlandschaft in Deutschland nur sehr wenige klinische Masterstudiengänge in den betroffenen Berufsfeldern angeboten werden, da dies vor dem Hintergrund des hohen Weiterbildungsinteresses der Absolvent*innen, die Abwanderung von Absolvent*innen aus dem klientennahen Versorgungsbereich zukünftig begünstigen wird.

Zusammenfassend kann für die Fragen der Arbeitssettings und Tätigkeitsfelder folgende Kernaussage formuliert werden.

Kernaussage 1

Den Absolvent*innen gelingt i.d.R. eine einschlägige Berufseinmündung. Diese deckt eine Vielzahl von Arbeitsfeldern ab, wobei in jeder Berufsgruppe ein Setting klar dominiert. In der Pflege und in der Hebammenkunde sind über die Hälfte der Haupterwerbstätigkeiten der Absolvent*innen im Krankenhaus verortet, während dies in den Therapieberufen für das Setting der ambulanten Therapiepraxis gilt.

5.1.2 SPEZIFISCHE BESCHÄFTIGUNGSMERKMALE

Aus der Kombination verschiedener Angaben[22] der Absolvent*innen in der Online-Befragung wurden induktiv mittels „Clusterung" neun trennscharf unterscheidbare Erwerbstätigkeitsprofile der Absolvent*innen abstrahiert (vgl. Abschnitt 3.2.1.3). Mit Hilfe dieser Profile wurden die angegebenen Erwerbstätigkeiten der Absolvent*innen auf einem allgemeingültigen Niveau näher spezifiziert und kategorisiert.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass der überragende Teil der Haupterwerbstätigkeiten (84%) der Absolvent*innen ein Profil aufweist, das durch klientennahe Aufgaben geprägt ist. Diese klientennahen Erwerbstätigkeitsprofile sind bei rund einem Viertel der Befragten (24%) so ausgerichtet, dass ausschließlich klientennahe Aufgaben ausgeübt werden, die sich nicht wesentlich von jenen der fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen unterscheiden und die dem klassischen Profil des jeweiligen Berufs entsprechen. Bei weiteren 15% ist die Haupterwerbstätigkeit vorwiegend im oben beschriebenen Sinne klientennah ausgerichtet, wird aber im Vergleich zu beruflich qualifizierten Kolleg*innen mit besonderen klientennahen Aufgabenbereichen (z.B. Beratung, klinische Expertise oder Prozesssteuerung) erweitert. Der mit Abstand größte Teil der Absolvent*innen weist ein Erwerbstätigkeitsprofil auf, bei dem die vorwiegend klientennahen Aufgaben mit besonderen klientenfernen Aufgabenbereichen (z.B. wissenschaftliche Recherche, Praxisprojekte, Qualitätsmanagement, Konzeptentwicklung oder Leitungsaufgaben) erweitert werden. Fast jede zweite angegebene Haupterwerbstätigkeit (45%) der Absolvent*innen ist auf dieses klientenfern erweiterte Profil ausgerichtet (vgl. Abschnitt 3.2.1.3).

Im Vergleich zwischen den einzelnen Berufsgruppen zeigen sich Unterschiede bezüglich der klientennahen Profile. Der Anteil der hauptberuflich klientennah Erwerbstätigen ist in der Pflege (78%) insgesamt niedriger als in den therapeutischen Berufsgruppen (86-93%) und der Hebammenkunde (93%). Zudem ist bei den Pflegeden der Anteil der klientennahen Erwerbstätigkeitsprofile, die sich nicht bzw. nur unwesentlich von jenen der fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen unterscheiden, mit 29% so hoch wie in keiner der anderen Berufsgruppen (14-24%). Erwerbstätigkeiten, die dem Profil einer wissenschaftlichen Tätigkeit, einer Lehrtätigkeit oder einer manageriellen bzw. administrativen Tätigkeit entsprechen, spielen dagegen in der gesamten Stichprobe, bei den aktuellen Haupterwerbstätigkeiten lediglich eine untergeordnete Rolle. In der Ergotherapie kommen Sie gar nicht vor. In den restlichen therapeutischen Berufsgruppen und der Hebammenkunde machen Sie einen Anteil

[22] Klientennähe der Tätigkeit, Arbeitsfeld bzw. Setting der Tätigkeit, Angaben zu besonderen – über die Aufgaben der Berufskolleg*innen hinaus gehenden – Aufgaben, angestellte/selbstständige Tätigkeit, Vorgesetztenfunktion, erforderliches Qualifikationsniveau der Tätigkeit, Freitext der Tätigkeitsbeschreibung.

von 7-11% aus. Am höchsten ist der Anteil dieser klientenfernen Erwerbstätigkeiten mit 16% in der Pflege (vgl. Abschnitt 3.2.1.3).

Neben den berufsgruppenspezifischen Besonderheiten ist zudem zu konstatieren, dass der Anteil der Personen, die zum Befragungszeitpunkt klientennah tätig sind, auch davon abhängt, wann der Studienabschluss erfolgte bzw. wie lange der Berufseintritt zurückliegt. In der Gruppe der Absolvent*innen, die ihren Bachelorabschluss bereits im Sommersemester 2015 oder davor gemacht haben, ist der Anteil klientennah tätiger Absolvent*innen signifikant ($p<0.001$; Fisher's exakter Test) geringer (72%) als in der Gruppe der Absolvent*innen die ihren Bachelorabschluss später, d.h. ab dem Wintersemester 2015/2016 gemacht haben (90%). Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass eine relevante Anzahl der Absolvent*innen, die klientennahe Versorgung innerhalb der ersten 24 Monate nach ihrem Berufseintritt wieder verlässt. Dennoch ist auch bei den bereits mehr als zwei Jahre im Beruf befindlichen Absolvent*innen die klientennahe Erwerbstätigkeit klar dominierend (vgl. 3.2.1.3).

Die Befunde der Perspektive der Absolvent*innen werden durch die Befragung der Arbeitgeber*innen gestützt. Hier zeigt sich, dass die Absolvent*innen von den Arbeitgeber*innen in großen Teilen für die reguläre Arbeit im Team (80%) eingesetzt werden. Geht man davon aus, dass dies weitgehend mit klientennahen Aufgaben einhergeht, bestätigt dies den Befund, dass der überragende Teil der Absolvent*innen aktuell in Haupterwerbstätigkeiten mit einem klientennahen Erwerbstätigkeitsprofil arbeitet (vgl. Abschnitt 4.2.1.1).

Im Folgenden sollen die besonderen Aufgaben differenzierter betrachtet werden, die von Absolvent*innen in vielen Erwerbstätigkeiten übernommen werden und die über das hinausgehen, was auch alle anderen Fachpersonen der Berufsgruppe im jeweiligen Betrieb übernehmen. Diesbezüglich werden von den Befragten berufsgruppenübergreifend vor allem besondere Aufgaben in den Bereichen „interprofessionelle Zusammenarbeit" (43%), „Beratung" (42%), „wissenschaftliche Recherche" (23%), „Projektarbeit" (22%) und „Konzeptentwicklung" (20%) genannt. Allerdings kommen die genannten Aufgabenbereiche nicht in allen untersuchten Berufsgruppen zu gleichen Anteilen vor. Die Übernahme besonderer Aufgaben im Bereich der „Projektarbeit" kommt beispielsweise in der Hebammenkunde deutlich seltener vor (7%) als in den restlichen Berufsgruppen (vgl. Abschnitt 3.2.1.4).

Es werden auch andere Bereiche erkennbar, in denen vor allem in bestimmten Berufsgruppen häufiger besondere Aufgaben von den Absolvent*innen übernommen werden. Beispiele hierfür sind die Arbeit als „klinische*r Expert*in für besonders komplexe/schwierige Versorgungssituationen" in den Berufen Logopädie (24%) und Physiotherapie (23%), die „Qualitätssicherung" in der Hebammenkunde (41%), sowie die „Aus-, Fort-, und Weiterbildung" im Pflegebereich (21%).

Auch die befragten Arbeitgeber*innen berichten von besonderen Aufgaben, für die sie die Absolvent*innen der Modellstudiengänge einsetzen. Über die Hälfte (51%) ermöglicht den Absolvent*innen zur Bearbeitung besonderer Aufgaben eine entsprechende Teilfreistellung von regulären Aufgaben. Im Vordergrund stehen aus Sicht der Arbeitgeber*innen besondere Aufgaben als „Expertin bzw. Experte für bestimmte fachliche Themen" (39%), Aufgaben bei der „Konzeptentwicklung, -implementierung und -evaluierung" (37%), sowie Aufgaben im Rahmen von „Projektarbeit" (36%). Für „wissenschaftliche Recherche" werden die Absolvent*innen ebenfalls von gut einem Drittel der Arbeitgeber*innen eingesetzt (34%) (vgl. Abschnitt 4.2.1.1).

Die Aufgaben- und Tätigkeitsprofile der Absolvent*innen in der beruflichen Praxis sind demnach durchaus mit besonderen Aufgaben versehen. Erfahrungen aus europäischen Vergleichsländern zeigen hierzu, dass dort mit den im Studium erworbenen erweiterten Handlungskompetenzen häufig die Übernahme erweiterter Aufgaben und Rollen in der Berufspraxis verbunden sind (z.B. Lehmann et al., 2015; SVR, 2009; Stemmer & Böhme, 2008). Solche erweiterten Erwerbstätigkeitsprofile werden auch in der vorliegenden Studie deutlich. Die Ergebnisse zeigen, dass die befragten Absolvent*innen in der klientennahen Versorgung überwiegend Erwerbstätigkeitsprofile aufweisen, bei denen die vornehmliche reguläre klientennahe Arbeit im Vergleich zu fachschulischen Kolleg*innen mit besonderen Aufgaben erweitert wird. Diese besonderen Aufgaben weisen meistens keinen direkten, sondern einen indirekten Bezug zur Versorgung der Klient*innen auf. Solche in der vorliegenden Studie als klientenfern eingestuften Aufgaben sind zum Beispiel in den Bereichen wissenschaftliche Recherche, Praxisprojekte, Qualitätsmanagement, Konzeptentwicklung oder Leitung verortet. Es handelt sich um Aufgaben, die in der Regel ohne direkten Kontakt mit Klient*innen erbracht werden, die aber dennoch der Qualität der klientennahen Versorgung zugutekommen. Ferner zeigen die Ergebnisse, dass in der Berufspraxis teilweise auch eine Erweiterung durch besondere Aufgaben stattfindet, die einen direkten Bezug zur klientennahen Versorgung aufweisen. Im Wesentlichen sind diese inhaltlich den Bereichen Beratung, klinische Expertise oder Prozesssteuerung zuzuordnen. Ziel dabei ist es, die Versorgungsqualität direkt in der klientennahen Tätigkeit zu verbessern.

Die weiterführenden Analysen zu den festgestellten Erwerbstätigkeitsprofilen zeigen, dass es Absolvent*innen in der klientennahen Versorgung besonders gut gelingt, ihre im Studium erworbenen Qualifikationen anzuwenden, wenn die Erwerbstätigkeitsprofile in der oben beschriebenen Weise erweitert werden (vgl. Abschnitt 3.2.2.3). Bei einer klientennahen Erwerbstätigkeit, die analog zu der von fachschulisch ausgebildeten Kolleg*innen ausgerichtet ist, gelingt die Anwendung der hochschulischen Qualifikationen signifikant schlechter ($p=0,02$, Kruskal-Wallis-Test bzw. $p=0,001$, Mann- Whitney U- Test). Ebenso ist die Zufriedenheit mit der jeweiligen Erwerbstätigkeit dann signifikant geringer als bei (klientennah bzw. -fern) erweiterten Tätigkeitsprofilen ($p=0.014$; Mann- Whitney U- Test).

Die generierten Ergebnisse zu den Beschäftigungsmerkmalen der Absolvent*innen können insgesamt so gedeutet werden, dass in der Versorgungspraxis erste Möglichkeiten, Handlungsräume und Tätigkeitsprofile sichtbar werden, die es den Absolvent*innen eher ermöglichen, ihre im Studium erworbenen Kompetenzen einzusetzen. Diese scheinen aktuell aber überwiegend noch außerhalb der direkten Versorgung der Klient*innen zu liegen. Dies könnte darauf hindeuten, dass in der direkten Versorgung unter den gegebenen Rahmenbedingungen und ohne erweiterte Aufgabenprofile eine konsequente Anwendung der im Studium erworbenen Qualifikationen kaum möglich ist. Hier sind allerdings berufsgruppenspezifische Besonderheiten bei den Beschäftigungsmerkmalen zu beachten (z.B. höhere Anteile freiberuflich Erwerbstätiger in den Berufsgruppen Hebammenkunde und Therapie), die im folgenden Kapitel zur Qualifikationsadäquanz nochmal vertiefend diskutiert werden.

Unter Beachtung der Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung lassen sich die Ergebnisse zu folgenden Kernaussagen zusammenfassen.

Kernaussage 2

Acht von zehn Absolvent*innen arbeiten aktuell in Haupterwerbstätigkeiten, die ein Profil aufweisen, welches durch klientennahe Aufgaben geprägt ist. Bei knapp zwei Drittel der Befragten sind die regulären klientennahen Aufgaben durch besondere Aufgabenbereiche erweitert.

Kernaussage 3

Die Absolvent*innen übernehmen besondere Aufgaben vor allem in den Bereichen Beratung, interprofessionelle Zusammenarbeit, Projektarbeit, wissenschaftliche Recherche, Konzeptentwicklung sowie als Expert*innen die Verantwortung für spezifische fachliche Themen.

5.2 DISKUSSION ERGEBNISFELD 2: QUALIFIKATIONSADÄQUANZ

Der Erfolg von Studiengängen lässt sich in Verbleibstudien neben einigen anderen Indikatoren u.a. auch am Ausmaß der Anwendung der im Studium erworbenen Kompetenzen in einer späteren beruflichen Tätigkeit ablesen (Kühne, 2009). Unter Qualifikationsadäquanz wird in diesem Zusammenhang in Studien häufig die „Passung der in der hochschulischen Ausbildung erworbenen Qualifikationen mit der später ausgeübten Tätigkeit zusammengefasst" (Krempkow & Pastohr, 2006).

Grundlage für die Beurteilung der Qualifikationsadäquanz waren in der hier beschriebenen Studie vor allem die acht Kompetenzdimensionen, die über Berufsfelder und Hochschulstandorte hinweg aus den Studienzielen der Modellstudiengänge abgeleitet wurden. Die in Form einer Kombination aus Selbstbild und Fremdbild generierten Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass die Absolvent*innen ihre im Studium erworbenen Kompetenzen anwenden und in ihrer beruflichen Praxis eine hohe Handlungssicherheit zeigen.

Demnach wird im Folgenden der Frage nachgegangen, *wie die im Studium erworbenen Kompetenzen vor dem Hintergrund der ersten beruflichen Erfahrungen von den Absolvent*innen eingeschätzt und eingesetzt werden*. Insbesondere spielt hier auch die *Einschätzung der Arbeitgeber*innen* eine wichtige Rolle, die in diesem Kapitel aufgegriffen wird (vgl. übergeordnete Fragestellungen Kapitel 2.1).

5.2.1 AUSPRÄGUNG UND EINSATZ DER IM STUDIUM ERWORBENEN KOMPETENZEN

Die berufliche Handlungskompetenz der Absolvent*innen wurde im Rahmen von VAMOS für acht übergeordnete Kompetenzdimensionen erhoben, die auf den Qualifizierungszielen der Modellstudiengänge aufbauen. Mit Hilfe einer eigens nach psychometrischen Kriterien konstruierten standardisierten Kompetenzskala wurde für die einzelnen Dimensionen die Handlungssicherheit in alltäglichen Situationen erfasst (Selbsteinschätzung), welche den Befragten in der berufsspezifischen praktischen Arbeit begegnen (können). In allen acht Dimensionen wurden für alle Berufsgruppen auf einer Skala von 0 (sehr unsicher) bis 100 (sehr sicher) fast ausnahmslos Mittelwerte zwischen 60 und 80 festgestellt (vgl. Abschnitt 3.2.2.1). Dies deutet insgesamt auf eine ausgeprägte berufliche Handlungssicherheit der Absolvent*innen in der Berufspraxis hin.

Die am höchsten ausgeprägte selbsteingeschätzte Handlungssicherheit ergibt sich berufsgruppenübergreifend für die Kompetenzdimension „Interprofessionell zusammenarbeiten", wo der Mittelwert für alle Berufsgruppen bei mindestens 80 liegt. Absolvent*innen, die ihren Bachelorabschluss im Sommersemester 2015 oder davor gemacht haben und somit potenziell bereits über eine längere Berufspraxis verfügen (> 2 Jahre), schreiben sich dabei eine signifikant ($p<0.001$; Fisher's exakter Test) höhere Handlungssicherheit

in der interprofessionellen Zusammenarbeit zu, als Absolvent*innen, die ihren Abschluss ab dem Wintersemester 2015/2016 gemacht haben (vgl. Abschnitt 3.2.2.2).

Nahezu alle befragten Arbeitgeber*innen (93%) nehmen die ausgeprägte Kompetenz der Absolvent*innen in der Dimension „interprofessionelle Zusammenarbeit“ im Berufsalltag wahr. Auch in allen weiteren untersuchten Dimensionen werden die Kompetenzen der Absolvent*innen von den befragten Arbeitgeber*innen erkannt (84-93%) (vgl. Abschnitt 4.2.2.1).

Hinsichtlich der Nutzung der im Studium erworbenen Qualifikationen im Rahmen ihrer beruflichen Haupterwerbstätigkeit gibt es nach Auskunft der Absolvent*innen deutliche Unterschiede zwischen den Berufsgruppen. In der Hebammenkunde nutzen vier von fünf Befragten die Qualifikationen aus dem Studium in hohem oder sehr hohem Maße. In den Therapieberufen ist dies bei jedem zweiten Befragten der Fall (51-56%) und in der Pflege werden die erworbenen Qualifikationen von rund einem Viertel in hohem oder sehr hohem Maße genutzt (vgl. Abschnitt 3.2.2.3).

Neben der Fachrichtung des ausgeübten Gesundheitsfachberufs scheint die Nutzung der hochschulischen Qualifikationen auch vom jeweiligen Erwerbstätigkeitsprofil abzuhängen. Berücksichtigt man alle neun beschriebenen Erwerbstätigkeitsprofile, so zeigt sich, dass der Anteil der Absolvent*innen, die Ihre Qualifikationen in hohem oder sehr hohen Maße nutzen, bei den Erwerbstätigkeiten mit einem wissenschaftlichen Profil am höchsten ist (71-78%). Betrachtet man ausschließlich die in der Gesamtstichprobe dominierenden klientennahen Erwerbstätigkeitsprofile der Absolvent*innen, wird deutlich, dass der Anteil derer, die ihre Qualifikationen in hohem oder sehr hohem Maße nutzen, in der klientennahen Erwerbstätigkeit insgesamt niedriger ist. Der Nutzungsgrad dieser Gruppe unterscheidet sich dabei aber je nach konkretem Erwerbstätigkeitsprofil bedeutend voneinander. Ist dieses analog zu dem Profil von fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen gestaltet, ist der Anteil der Absolvent*innen, die die im Studium erworbenen Qualifikationen in hohem oder sehr hohen Maße nutzen am niedrigsten (30%). Ist die klientennahe Erwerbstätigkeit mit klientennahen oder –fernen Aufgabenbereichen erweitert, gelingt einem deutlich größeren Anteil der Absolvent*innen (39-44%) die Anwendung der hochschulischen Qualifikationen in hohem oder sehr hohen Maße (vgl. Abschnitt 3.2.2.3). Die bivariaten Analysen zeigen hierzu, dass die Absolvent*innen, die eine klientennahe Erwerbstätigkeit mit einem erweiterten Profil mit besonderen Aufgabenbereichen ausüben, ihre im Studium erworbenen Qualifikationen signifikant ($p=0.001$; Mann-Whitney U-Test) häufiger nutzen, als Absolvent*innen, die Erwerbstätigkeiten mit einem klientennahen Profil ohne besondere klientennahe oder klientenferne Aufgabenbereiche ausüben.

Als besonders förderlich für die Nutzung der im Studium erworbenen Qualifikationen beurteilten die Absolvent*innen in den qualitativen Telefoninterviews insbesondere Tätigkeitsprofile, die

ganz oder durch Freistellung für besondere Aufgaben (z.B. Projektarbeit, Qualitätsmanagement, Mitwirkung an Forschung, Zuständigkeit für Fortbildungen) auf die erworbenen hochschulischen Qualifikationen zugeschnitten sind. Dort, wo die Aufgabenbereiche jenen der fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen entsprechen, gelingt die Nutzung der Qualifikationen und Kompetenzen (z.B. wissenschaftliche Recherche und evidenzbasiertes Arbeiten) nur dann, wenn Rahmenbedingungen wie zeitliche Aspekte und Personalbesetzung entsprechenden Raum bieten. Diesen Freiraum erkennen insbesondere freiberuflich Tätige (vgl. Abschnitt 3.2.2.3 und 3.2.4.2).

Die von den Absolvent*innen und Arbeitgeber*innen wahrgenommene Handlungssicherheit der Absolvent*innen in der interprofessionellen Zusammenarbeit scheint in zweierlei Hinsicht besonders interessant.

Zum einen handelt es sich um eine Kompetenz, die in der heutigen Versorgung zu den zentralen Anforderungen der Berufspraxis in den Gesundheitsfachberufen gezählt wird (SVR, 2007; Robert-Bosch-Stiftung, 2011). Der zu erwartende Nutzen der interprofessionellen Zusammenarbeit scheint dabei auf vielen relevanten Ebenen der Gesundheitsversorgung gut belegt. Interprofessionelle Zusammenarbeit hat beispielsweise positive Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten und den langfristigen Verbleib im Beruf, sowie auf die Wirksamkeit der Versorgung und den Patientennutzen (Sottas & Kissmann, 2016). International gilt die interprofessionelle Zusammenarbeit heutzutage als Schlüssel zum Erfolg einer patienten- und ergebnisorientierten Gesundheitsversorgung (Frenk et al., 2010). Insofern lassen die festgestellten Befunde durchaus den Schluss zu, dass an dieser Stelle durch die sehr hoch ausgeprägte Handlungssicherheit bei der interprofessionellen Zusammenarbeit ein entsprechender Mehrwert durch die Absolvent*innen in der Praxis entsteht bzw. zukünftig entstehen wird.

Zum anderen wird vielfach davon ausgegangen, dass der Kompetenzbereich der interprofessionellen Zusammenarbeit im tertiären Bildungssektor besser bzw. umfangreicher entwickelt werden kann als dies im sekundären Bildungssektor der Fall ist (Bauer & Kraienhemke, 2013). Diese Annahme scheint sich nun mit den vorliegenden Ergebnissen insoweit zu bestätigen, dass die Hochschulabsolvent*innen in diesem Bereich von den befragten Arbeitgeber*innen größtenteils besser eingeschätzt werden als die fachschulisch ausgebildeten Kolleg*innen. Dies könnte im Sinne der Outputorientierung als Bestätigung der besonders erfolgreichen curricularen Verankerung der interprofessionellen Kompetenz in den Modellstudiengängen gedeutet werden und ist möglicherweise auch das Ergebnis zahlreicher Impulse und Förderprojekte in diesem Bereich, die auf die Gestaltung von interprofessionellen Lehr- und Lernangeboten abzielen (Sukhdeep et al., 2017).

Auch in allen anderen Kompetenzdimensionen werden ebenfalls hohe Werte in der selbsteingeschätzten Handlungssicherheit bezogen auf die einzuschätzenden

berufsbezogenen Situationen deutlich. Die Ergebnisse weisen hier insgesamt auf eine gute Passung des Studiums und der anschließenden Berufsausübung hin. Hierbei ist neben der skizzierten Eigenwahrnehmung der Absolvent*innen vor allem die ergänzende Perspektive der Arbeitgeber*innen hervorzuheben, die zur Objektivierung als Fremdbild herangezogen wurde. Die Befunde zeigen, dass es den Modellstudiengängen nach Ansicht der Arbeitgeber*innen gelingt, bei den Studierenden die Kompetenzen aufzubauen, die den Anforderungen der Berufspraxis entsprechen. Dies kann als wichtiges Indiz für die Employability der Absolvent*innen interpretiert werden. Hierbei ist besonders hervorzuheben, dass Mehrwerte durch die Kompetenzen der Absolvent*innen nicht nur in den typischerweise mit einem Studium assoziierten Kompetenzdimensionen wahrgenommen werden (z.B. wissenschaftliche Erkenntnisse recherchieren, bewerten und kommunizieren; Planen, Steuern und Evaluieren von Behandlungs- bzw. Pflegeprozessen; Qualitätssicherung und -entwicklung), sondern auch für die „klassischen" Bereiche der Berufspraxis beobachtet werden, wie z.B. bei der „Durchführung klientenbezogener Maßnahmen" deutlich wird. Auch in dieser Dimension nehmen die befragten Arbeitgeber*innen einen leichten Kompetenzvorsprung bei den Hochschulabsolvent*innen, im Vergleich mit fachschulisch ausgebildeten Kolleg*innen, wahr. Insofern erweitern die aktuellen Ergebnisse die zurückliegenden Befunde der ersten Evaluationsphase, die vor allem einen Mehrwert bezogen auf die „Befähigung zur wissenschaftlichen Arbeit" beschrieben hatten (Darmann-Finck & Reuschenbach, 2017), nochmal um Mehrwerte in Kompetenzdimensionen, die direkt in der klientennahen Versorgung wirksam werden. Abseits der Kompetenzdimensionen werden aus Sicht der Arbeitgeber*innen in der aktuellen Studie hier noch weitere auf die Arbeitsweise bezogene Bereiche deutlich, in denen die Absolvent*innen im Vergleich zu fachschulisch ausgebildeten Kolleg*innen erkennbare Stärken aufweisen. Diese Stärken liegen vor allem in der evidenzbasierten Arbeitsweise, einem höheren Analyse- und Reflexionsvermögen im Sinne des Clinical Reasoning und dem kritischen Hinterfragen vorhandener Gegebenheiten.

Einschränkend wirken sich beim Berufseinstieg in der Wahrnehmung der Arbeitgeber*innen Defizite bei den „praktischen Fertigkeiten" der Absolvent*innen aus. Hier werden fachschulisch ausgebildete Mitarbeiter*innen stärker eingeschätzt als die Hochschulabsolvent*innen. Die Kritik an den „praktischen Fertigkeiten" der Absolvent*innen scheint allerdings laut der aktuell generierten Ergebnisse kein nachhaltiges Problem darzustellen, da die befragten Arbeitgeber*innen berichten, dass sich diese Fertigkeiten im Laufe der Zeit nach dem Berufseinstieg gut nachholen lassen. Zudem werden von den befragten Arbeitgeber*innen in diesem Handlungsbereich auch Unsicherheiten bei fachschulischen Berufseinsteiger*innen wahrgenommen. Dies kann als Hinweis darauf gedeutet werden, dass sich entsprechende „praktische Fertigkeiten" erst im Laufe einer regelmäßigen beruflichen Praxis im repetitivem Kontakt mit Klient*innen vollständig ausbilden. Zu berücksichtigen ist hierbei in jedem Fall, dass beim Vergleich der Absolvent*innen mit fachschulisch ausgebildeten Kolleg*innen die

Berufsjahre nicht berücksichtigt wurden. Da die Absolvent*innen im Vergleich mit der Gesamtzahl der fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen eine höhere Quote an Berufseinsteiger*innen aufweisen (bzw. über vergleichsweise weniger Berufserfahrung verfügen) kann dies die Ergebnisse an dieser Stelle verzerren.

Zusammenfassend lassen sich die vorliegenden Ergebnisse demnach in folgender Aussage formulieren.

Kernaussage 4

Die Absolvent*innen sind in allen untersuchten Kompetenzdimensionen in der beruflichen Praxis handlungssicher. Insbesondere im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit ist die Handlungssicherheit besonders hoch ausgeprägt. Förderlich für die Nutzung der im Studium erworbenen Qualifikationen wirken sich in der klientennahen Versorgung erweiterte Erwerbstätigkeitsprofile mit besonderen klientennahen oder -fernen Aufgabenbereichen aus.

5.2.2 NUTZEN DER HOCHSCHULISCHEN QUALIFIKATION IM RAHMEN DER BERUFSTÄTIGKEIT

Im Vergleich zu fachschulisch ausgebildeten Berufskolleg*innen attestieren annähernd alle Arbeitgeber*innen (91%) den Absolvent*innen eine stärker ausgeprägte Kompetenz beim Recherchieren und Generieren wissenschaftlicher Erkenntnisse. Fast drei Viertel der Befragten erkennen einen solchen Kompetenzmehrwert auch in den Dimensionen „Planen, Steuern & Evaluieren therapeutischer, pflegerischer bzw. hebammenkundlicher Prozesse“ (74%) sowie für das „Sichern und Entwickeln der Qualität“ (70%) (vgl. Abschnitt 4.2.2.2).

In drei weiteren Kompetenzdimensionen[23] wird der Mehrwert von gut der Hälfte der befragten Arbeitgeber*innen bestätigt. Bei der Durchführung klient*innenbezogener Maßnahmen werden die Absolvent*innen von den Befragten überwiegend (61%) als ebenso kompetent empfunden wie die fachschulisch ausgebildeten Kolleg*innen. Mehr als ein Viertel der Befragten (28%) nimmt allerdings auch hier einen Kompetenzvorsprung auf Seiten der Absolvent*innen wahr (vgl. Abschnitt 4.2.2.2).

Teils sehr deutliche Unterschiede zwischen den Absolvent*innen und ihren fachschulisch ausgebildeten Kolleg*innen werden durch die befragten Arbeitgeber*innen auch jenseits der untersuchten Kompetenzdimensionen wahrgenommen. In den Bereichen „evidenzbasiertes

[23] Kompetenzdimensionen: „Beraten und Informieren“ (53%), „Interprofessionell zusammenarbeiten“ (52%) sowie „Anleiten und Schulen“ (50%).

Arbeiten“ (88%), „Analysefähigkeit“ (78%) und „Clinical Reasoning“ (75%) erkennen mindestens drei Viertel der Befragten eine deutlich stärkere Ausprägung bei den Absolvent*innen, was als zusätzlicher Mehrwert der akademischen Ausbildung gedeutet werden kann. Ähnlich sieht dies beim „Fachwissen/Theoriewissen“, beim „Entwickeln innovativer Lösungen“ und beim „Fallverstehen" aus, wo annähernd zwei Drittel eine stärkere Ausprägung bei den im Unternehmen beschäftigten Absolvent*innen wahrnehmen. Eine stärkere „Aufstiegsorientierung“ (80%) und das stärkere „Hinterfragen bestehender Gegebenheiten“ (74%) runden das Bild der Absolvent*innen an dieser Stelle ab (vgl. Abschnitt 4.2.2.2).

In 10 von 22 erfragten Bereichen werden von den Arbeitgeber*innen mehrheitlich (51-85%) keine Unterschiede zwischen den Absolvent*innen und den fachschulischen Kolleg*innen wahrgenommen. Diese beziehen sich primär auf Fachlichkeit im engeren Sinne und umfassen unter anderem die Bereiche des „Umgangs mit den Klient*innen“ (85%) und die „praktischen Fertigkeiten“ (63%) (vgl. Abschnitt 4.2.2.2).

Gestützt werden diese Befunde aus der Befragung der Arbeitgeber*innen durch Ergebnisse der Interviews mit den Absolvent*innen. Diese schreiben sich im Vergleich mit fachlich ausgebildeten Kolleg*innen Unterschiede sowohl hinsichtlich ihrer Kompetenzen als auch bezogen auf ihre Arbeitsweise zu und betonen dabei ein höheres Maß an Reflexionsvermögen und kritischem Hinterfragen etablierter Strukturen und Prozesse, eine bessere Problemlösungskompetenz sowie einen stärkeren Fokus auf Evidenzbasierung und die Anwendung standardisierter Instrumente zur Diagnostik. Auch bei der Information und Beratung der Klient*innen sehen die Absolvent*innen bei sich selbst im Vergleich mit den fachschulischen Kolleg*innen einen Kompetenzvorsprung (vgl. Abschnitt 3.2.2.4).

Neben der Messung der beruflichen Handlungssicherheit wurden die Absolvent*innen zusätzlich gebeten, das Ausmaß anzugeben, in dem sie die im Studium erworbenen Qualifikationen in der beruflichen Praxis anwenden. Die Ausprägung wurde in Anlehnung an eine in anderen Verbleibstudien bereits etablierte 5-stufige Likert-Skala erfasst, die somit Vergleiche zu den Ergebnissen anderer Studienrichtungen an Hochschulen und Universitäten zulässt (Alesi & Neumeyer, 2017).

Die Anwendung der im Studium erworbenen Qualifikationen gelingt in der vorliegenden Studie nicht in allen untersuchten Berufen gleichermaßen. In der Hebammenkunde wird hier der mit Abstand höchste Anwendungsgrad bei der Nutzung der Qualifikationen erzielt. Dieser liegt deutlich über der bei dieser Frage im Kooperationsprojekt Absolventenstudien (KOAB) durchschnittlich an Hochschulen und Universitäten festgestellten Ausprägung in anderen Studienrichtungen (z.B. Dudzinska et al., 2017; Kooij et al., 2011)

Bundesweit geben im Rahmen der KOAB-Befragung (Prüfungsjahrgang 2014) durchschnittlich 40% der befragten erwerbstätigen Bachelorabsolvent*innen aus 31 beteiligten Hochschulen und Universitäten an, dass sie ihre im Studium erworbenen Qualifikationen in hohem oder in

sehr hohem Maße in der beruflichen Tätigkeit verwenden (Dudzinska et al., 2017). In der vorliegenden Untersuchung ergibt sich für die Hebammen hier ein deutlich höherer Anteil von 82%. Die befragten therapeutischen Absolvent*innen berichten von einem etwas erhöhten Ausmaß der Nutzung von im Studium erworbenen Qualifikationen (51-56%) im Vergleich zu den Referenzdaten. In der Pflege liegt der Anteil der Absolvent*innen, die ihre im Studium erworbenen Qualifikationen in hohem oder sehr hohen Maße nutzen, dagegen mit einem Anteil von 25% etwas unter dem skizzierten Durchschnitt. Dies lässt den Schluss zu, dass insbesondere im Berufsfeld Pflege die Anwendung der hochschulischen Qualifikationen besonders herausfordernd ist. Diese Interpretation wird auch durch die Untersuchungsergebnisse von Baumann und Kugler (2019) gestützt, die festgestellt haben, dass nur 26% der dort befragten Absolvent*innen mit dem „Einsatz der Qualifikationen“ an ihrem Arbeitsplatz zufrieden sind.

Die Befunde der aktuellen Studie verdeutlichen, dass das Ausmaß an Autonomie und Handlungsspielräumen, das den Absolvent*innen in der Berufspraxis geboten wird, ein wichtiger Faktor bei der Anwendung der im Studium erworbenen Qualifikationen zu sein scheint. Insbesondere in der Hebammenkunde und in den therapeutischen Berufsgruppen scheinen hier aktuell mehr Möglichkeiten zur Nutzung der Kompetenzen zu bestehen als in der Pflege. Berufsgruppenübergreifend machen die Ergebnisse deutlich, dass Absolvent*innen ihre Kompetenzen besonders gut nutzen können, wenn ihre Erwerbstätigkeitsprofile ganz oder durch Freistellung für besondere Aufgaben auf die erworbenen Qualifikationen zugeschnitten sind. Wenn die Aufgabenbereiche der Absolvent*innen ausschließlich analog zu denen fachschulisch qualifizierter Kolleg*innen gestaltet sind, gelingt die umfassende Nutzung der Qualifikationen und Kompetenzen weniger gut.

Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass das Potential der Absolvent*innen in der Berufspraxis bereits zum Tragen kommt, aber noch nicht an allen Stellen vollständig ausgeschöpft wird. Insbesondere in der klientennahen Versorgung scheint es bisher herausfordernd zu sein, die Tätigkeitsprofile so zu erweitern, dass die Kompetenzanwendung in vollem Umfang möglich wird. Die Befunde lassen sich an dieser Stelle so interpretieren, dass mehr Stellenprofile in der klientennahen Berufspraxis geschaffen werden sollten, die zur Kompetenzanwendung beitragen. Besonders gut scheinen hier im klientennahen Bereich laut der aktuellen Studienergebnisse erweiterte Aufgaben im Zusammenhang mit der Auswahl und dem Einsatz von Assessment-Instrumenten, bei der Einführung neuer Therapieverfahren, bei der Beratung und Anleitung von Klient*innen und bei der systematischen Evaluation der Therapie bzw. Pflege zu wirken. Die Rahmenbedingungen der Erwerbstätigkeit sollten dabei so gestaltet werden, dass sie Freiräume für die Selbstreflexion des eigenen Vorgehens nach der Durchführung von Maßnahmen erlauben und ein flexibles Anpassen des eigenen Vorgehens bei der Therapie bzw. Pflege von Klient*innen möglich machen. Insbesondere letzteres kann für das Berufsfeld Pflege vor dem Hintergrund des festgestellten beruflichen Verbleibs in

Krankenhäusern als Herausforderung interpretiert werden, da Pflegende im Krankenhausbetrieb einer zunehmenden Automatisierung, Rationalisierung und Arbeitsverdichtung ausgesetzt sind, die wenig Möglichkeiten zur eigenständigen Ausgestaltung der Handlungsabläufe zulassen (Lehmann et al., 2014; Braun et al., 2010).

Entsprechende Modelle erfolgreich erweiterter Profile von Gesundheitsfachpersonen in der Versorgungspraxis finden sich bereits im europäischen Ausland, wo mittlerweile z.B. in den Niederlanden Tätigkeiten und Aufgaben durch Gesundheitsfachpersonen übernommen werden, die früher dem Arzt vorbehaltenen waren. Beispiele hierfür sind u.a. die physiotherapeutische Leistungserbringung im Direktzugang (d.h. ohne vorherige Arztkonsultation und Verordnung) sowie Möglichkeiten der formalen Erweiterung fachspezifischer Handlungskompetenzen von Pflegenden („advanced practitioners"), bspw. in Bezug auf eine eigenständige Diagnostik und Verschreibungsbefugnisse für Medikamente sowie Heil- und Hilfsmittel (BMBF, 2014).

Die Gesamtergebnisse im Feld Qualifikationsadäqunz lassen sich an dieser Stelle so interpretieren, dass die Modellstudiengänge aus Sicht der Arbeitgeber*innen und der Absolvent*innen im Vergleich zu einer fachschulischen Ausbildung zu deutlich erweiterten Kompetenzen führen (Output) und die Absolvent*innen eine gute Beschäftigungsfähigkeit in der direkten Versorgung von Klient*innen aufweisen. Der Mehrwert durch die im Studium erworbenen Kompetenzen wird in der Praxis bereits erkannt (Performanz) und ein entstehender Nutzen für das Versorgungssystem und die zu versorgenden Klient*innen (Outcome) deuten sich an einigen Stellen an (z.B. interprofessionelle Zusammenarbeit). Wie hoch dieser konkret ist und wie sich dieser konkret auf die Situation des Klienten auswirkt (z.B. im Hinblick auf Patientensicherheit, Selbstpflegekompetenz oder Mortalität), lässt sich vorerst noch nicht genau beziffern. Es scheint aber die Schlussfolgerung angebracht, dass das Versorgungssystem die Potenziale, die durch die hochschulisch qualifizierten Fachpersonen entstehen, flächendeckend noch gezielter nutzen sollte, um eine Steigerung der Versorgungsqualität möglich zu machen.

Die Ergebnisse im Ergebnisfeld der Qualifikationsadäquanz lassen unter Berücksichtigung der vorhergehenden Erläuterungen eine weitere Krenaussage zu.

Kernaussage 5

In den untersuchten Kompetenzdimensionen nehmen die befragten Arbeitgeber*innen bei den Absolvent*innen der Modellstudiengänge im Vergleich zu fachschulisch Ausgebildeten einen Kompetenzmehrwert wahr. Dieser zeigt sich am deutlichsten beim Planen, Steuern und Evaluieren von Behandlungs- bzw. Pflegeprozessen sowie bei der Qualitätssicherung und -entwicklung und beim Recherchieren wissenschaftlicher Erkenntnisse.

5.3 DISKUSSION ERGEBNISFELD 3: ZUFRIEDENHEIT UND AKZEPTANZ

Aiken und Kolleg*innen (2017) haben mit ihrer Studie in sechs europäischen Ländern untersucht, ob ein messbarer Nutzen dadurch entsteht, wenn in Krankenhausabteilungen eine größere Anzahl von Pflegenden tätig ist, die einen akademischen Berufsabschluss besitzt. Hierbei wurden auch die Auswirkungen auf die Zufriedenheit des Pflegepersonals untersucht. Ein wesentliches Resultat der Studie war die Erkenntnis, dass das Pflegepersonal, welches über einen Bachelor-Abschluss verfügte, eine höhere Zufriedenheit mit dem Beruf aufgewiesen hat und signifikant seltener ein Burnout erlitten hat, als die Pflegekräfte, die keinen akademischen Abschluss hatten (Aiken et al., 2017). Dieser positive Einfluss der hochschulischen Qualifikation auf die Zufriedenheit von Gesundheitsfachpersonen konnte in der vorliegenden Verbleibstudie weder bestätigt noch wiederlegt werden, da keine entsprechende Vergleichsgruppe ohne akademischen Abschluss befragt wurde. Allerdings zeigen auch die aktuellen Ergebnisse für die hier befragten Gesundheitsfachberufe eine in hohem Maße ausgeprägte Zufriedenheit mit dem erlernten Beruf und der aktuellen Erwerbstätigkeit.

Die nachfolgenden Ausführungen beschäftigen sich demnach mit den Fragestellungen, *wie hoch die Berufszufriedenheit der Absolvent*innen ausgeprägt ist* und *wie der Erfolg der Studiengänge aus Sicht der Arbeitgeber*innen sowie ihre Zufriedenheit zu beurteilen* sind (vgl. übergeordnete Fragestellungen, Kapitel 2.1).

5.3.1 ZUFRIEDENHEIT MIT DEM ERLERNTEN BERUF UND DER AKTUELLEN ERWERBSTÄTIGKEIT

Die Zufriedenheit mit den derzeitigen beruflichen Tätigkeiten wurde im Rahmen der Befragung der Absolvent*innen mit einer 5-stufigen Likert-Skala für jede angegebene Erwerbstätigkeit einzeln erfragt. Fast zwei Drittel der Absolvent*innen (60%) sind laut der Ergebnisse mit Ihrer Haupterwerbstätigkeit in hohem oder sehr hohem Maße zufrieden Lediglich 13% der Befragten sind dagegen gar nicht, oder nur in geringem Maße zufrieden(vgl. Abschnitt 3.2.3.3).

Der höchste Anteil an Absolvent*innen, die mit der Haupterwerbstätigkeit in hohem oder sehr hohem Maße zufrieden sind, zeigt sich in der Physiotherapie (71%) und in der Logopädie (67%). In den anderen drei Berufsgruppen ist jeweils etwas mehr als die Hälfte der Befragten (52-54%) in hohem oder sehr hohem Maße zufrieden. Betrachtet man die Zufriedenheit mit den Nebenerwerbstätigkeiten, so fällt auf, dass hier der Anteil derer, die in sehr hohem Maße zufrieden sind, mit 26% deutlich größer ist, als bei den Haupterwerbstätigkeiten (16%).

Ein entsprechender Unterschied zeigt sich auch bei der Einschätzung der Angemessenheit des Gehalts. Das Gehalt für die derzeitigen Haupterwerbstätigkeiten empfinden insgesamt zwei Drittel (67%) der Absolvent*innen als nicht angemessen („stimme gar nicht zu/stimme eher nicht zu“). Bezogen auf die Nebenerwerbstätigkeiten ist der Anteil der Absolvent*innen, die das Gehalt als unangemessen empfinden, deutlich geringer (49%).

Die bivariaten Analysen zur Zufriedenheit zeigen, dass Absolvent*innen mit einem klientennhahen Erwerbstätigkeitsprofil, welches erweiterte Aufgabenbereiche enthält, mit dieser Erwerbstätigkeit signifikant (p=0.014; Mann-Whitney U-Test)) zufriedener sind, als Absolvent*innen mit einem klientennhahen Profil ohne Erweiterung durch besondere Aufgabenbereiche. Im Vergleich dieser beiden Gruppen liegt auch das Gehalt der Absolvent*innen mit einem erweiterten klientennahen Erwerbstätigkeitsprofil etwas höher. Signifikant ist dieser Gehaltsunterschied allerdings nicht.

Die Zufriedenheit der Absolvent*innen mit dem gesamten Beruf, für den das Studium qualifiziert hat, ist insgesamt noch etwas höher ausgeprägt als die Zufriedenheit mit den einzelnen ausgeübten Erwerbstätigkeiten. Je nach Berufsgruppe sind 56% (Pflege) bis 72% (Physiotherapie) der Befragten mit ihrem Beruf in hohem oder sehr hohen Maße zufrieden (vgl. Abschnitt 3.2.3.1).

Die Anteile von (in hohem Maße oder in sehr hohem Maße) zufriedenen Absolvent*innen sind bei den hier untersuchten Gesundheitsfachberufen (67%-72%), mit Ausnahme der Pflege (56%), mindestens auf dem gleichen Niveau der Berufszufriedenheit, wie bei Absolvent*innen aller anderen Studiengänge in NRW (67%) im Rahmen der KOAB-Studie (Alesi et al., 2014). Pflegende zeigten in der vorliegenden Gesamtstichprobe im Mittel tendenziell eine niedrigere Ausprägung der Berufszufriedenheit, als die übrigen befragten Berufsgruppen. Die am höchsten ausgeprägte Berufszufriedenheit findet sich im Mittel im Bereich Hebammenkunde.

Auch die Zufriedenheit mit der aktuellen Erwerbstätigkeit ist bei den Befragten in hohem Maße ausgeprägt, liegt allerdings im Mittel etwas niedriger als die allgemeine Berufszufriedenheit. Dieser Befund einer niedrigeren Zufriedenheit mit dem aktuellen Arbeitsplatz, im Vergleich zur allgemeinen Berufszufriedenheit, ist aus anderen Studien im Bereich der Gesundheitsfachberufe bereits bekannt (z.B. Buxel, 2011) und daher vermutlich kein Spezifikum der Absolvent*innen der Modellstudiengänge.

Die Zufriedenheit mit der aktuellen Erwerbstätigkeit ist in der Stichprobe im Mittel bei den Absolvent*innen in der Pflege am niedrigsten. Allerdings sind die Unterschiede zu den Berufen Ergotherapie und Hebammenkunde hier sehr gering. Merklich höher ist die Zufriedenheit mit den aktuellen Erwerbstätigkeiten dagegen bei den befragten Physiotherapeut*innen und Logopäd*innen. Dass Berufseinsteiger*innen in der Physiotherapie und Logopädie im Vergleich zu Pflegenden zufriedener mit Ihrem Arbeitsplatz sind, zeigt sich auch in Studien zum Verbleib von fachschulisch ausgebildeten Berufseinsteiger*innen in den Gesundheitsfachberufen (Ulrich et al., 2017). Insofern könnte auch hier der Schluss daraus gezogen werden, dass die unterschiedliche Zufriedenheit der untersuchten Berufsgruppen eventuell kein Spezifikum der hochschulischen Ausbildungsform, sondern vielmehr eine Eigenheit des aufnehmenden beruflichen Umfelds sein könnte.

Die Befunde zeigen, dass die inhaltliche Ausgestaltung der jeweiligen Erwerbstätigkeit ein wesentlicher Treiber der Zufriedenheit bei allen Absolvent*innen ist. Die Ergebnisse zeigen für alle Berufsgruppen, dass Absolvent*innen, die klientenah arbeiten, signifikant zufriedener mit ihrer Erwerbstätigkeit sind, wenn eine Erweiterung des Tätigkeitsprofils im Vergleich zu fachschulisch ausgebildeten Kolleg*innen stattfindet. Sind die Absolvent*innen analog zu ihren fachschulischen Kolleg*innen in der klientennahen Versorgung tätig, sind sie signifikant unzufriedener. Am zufriedensten sind die Absolvent*innen mit ihrer aktuellen Erwerbstätigkeit, die in einem klientenfernen Bereich in Wissenschaft, Lehre oder Management tätig sind. Diese Verteilung der Zufriedenheit deckt sich grundlegend mit den Ergebnissen von Baumann und Kugler (2019), die festgestellt haben, dass Absolvent*innen die überwiegend in patientenfernen Praxisfeldern arbeiten, zufriedener sind als jene die in der direkten pflegerischen Versorgung tätig sind. Die Ergebnisse lassen insgesamt die Interpretation zu, dass durch eine Anreicherung der Erwerbstätigkeitsprofile mit besonderen (v.a. klientenfernen) Aufgaben die Zufriedenheit der Absolvent*innen mit der beruflichen Tätigkeit am wirkungsvollsten gesteigert werden kann.

Ein zweiter Treiber der Zufriedenheit scheint die Vergütungssituation der Absolvent*innen zu sein. Die aktuellen Ergebnisse zeigen hierzu, dass das Gehalt von den befragten Absolvent*innen überwiegend als unangemessen für die aktuelle Erwerbstätigkeit empfunden wird. Hier bestätigen die aktuellen Ergebnisse alle bisherigen empirischen Untersuchungsergebnisse im Feld, die für alle untersuchten Berufsgruppen ebenfalls auf die Unzufriedenheit der Absolvent*innen mit der Vergütungssituation hinweisen (Blümke et al., 2019; Baumann & Kugler, 2019; Sterz & Blättner, 2017). Dies kann als Hinweis interpretiert werden, dass eine weitere Steigerung der Zufriedenheit und eine langfristige Sicherstellung des Verbleibs im Beruf vermutlich nur mit einer angemesseneren Vergütung der Absolvent*innen erreicht werden kann. Die wesentliche Herausforderung liegt an dieser Stelle vor allem darin, dass hochqualifizierte Absolvent*innen auf Berufsfelder treffen, die im Vergleich zu anderen Branchen traditionell ein relativ prekäres Vergütungsniveau aufweisen und aus denen fachschulisch ausgebildete Kolleg*innen u.a. aus diesem Grund in den vergangenen Jahren zahlreich abwandern (Schwarzmann et al., 2018; Hilbert et al., 2018; Höppner & Beck, 2019).

An dieser Stelle sind die aktuellen Ergebnisse so zu interpretieren, dass es neben einer allgemeinen Verbesserung der Vergütungssituation in den Berufsfeldern vor allem einer differenzierteren Vergütung bedarf, die die hochschulischen Qualifikationen berücksichtigt und die die in der Berufspraxis übernommenen besonderen Aufgaben der Absolvent*innen angemessenen abbildet. In der Pflege gelingt dies laut der aktuellen Befunde bereits besser. Hier werden Absolvent*innen bei Übernahme besonderer Aufgaben häufig höher vergütet als fachschulische Kolleg*innen, da Eingruppierungsmöglichkeiten im Setting Krankenhaus mittlerweile entsprechend differenziertere Vergütungen erlauben (Reuschenbach & Darmann-Fink, 2018). Bei den restlichen vier Berufsgruppen deuten die Ergebnisse wesentlich mehr

Handlungsbedarf an (vgl. Abschnitt 4.2.1.2), der in Kapitel 5.6 nochmal berufsgruppenspezifisch vertieft wird.

Der Aspekt der Zufriedenheit der Absolvent*innen kann demnach in folgender Kernaussage zusammengefasst werden.

Kernaussage 6

Fast zwei Drittel der Absolvent*innen sind mit Ihren derzeitigen Erwerbstätigkeiten in hohem oder sehr hohem Maße zufrieden, wobei ebenfalls zwei Drittel das Gehalt für die ausgeübte Erwerbstätigkeit als nicht angemessen empfinden.

5.3.2 ZUFRIEDENHEIT DER ARBEITGEBER*INNEN UND AKZEPTANZ DER ABSOLVENT*INNEN IM BERUFSFELD

Ebenso wie die Absolvent*innen mit ihren Erwerbstätigkeiten im Großen und Ganzen zufrieden sind, können auf der anderen Seite auch die Ergebnisse der Arbeitgeber*innenperspektive insgesamt als Ausdruck einer ausgeprägten Zufriedenheit interpretiert werden. Die Befragten bereuen die Entscheidung, Absolvent*innen eingestellt zu haben, in keiner Weise. Sie beurteilen die Performanz der Absolvent*innen in der beruflichen Praxis positiv und vermuten versorgungsrelevante Effekte durch die im Studium erworbenen Kompetenzen der Absolvent*innen. Insofern zeichnen die aktuellen Befragungsergebnisse bezogen auf die Praxisrelevanz der hochschulischen Qualifikationen ein positives Bild. Insgesamt lassen die Ergebnisse vermuten, dass sich die im Rahmen dieser Studie festgestellte hohe Zufriedenheit der Arbeitgeber*innen mit den Absolvent*innen und deren hochschulischer Qualifikation in Einrichtungen, die bisher keine Absolvent*innen eingestellt haben, anders darstellt. Insbesondere die Einschätzungen der Arbeitgeber*innen zur Praxisrelevanz wissenschaftlicher Qualifikationen stellen sich beispielsweise in anderen Studien deutlich weniger positiv dar (Richter et al., 2017). Insofern sollten die vorliegenden Ergebnisse an dieser Stelle zurückhaltend interpretiert werden und es scheint nicht angezeigt diese als repräsentativ für alle Arbeitgeber*innen in NRW anzunehmen. Dennoch kann die hohe Zufriedenheit aller befragter Stakeholder als deutliches Indiz für den Erfolg der angebotenen Modellstudiengänge gewertet werden.

Ambivalent stellen sich die Einschätzungen zur Akzeptanz der Absolvent*innen im Berufsfeld dar. In der Differenzierung der Begründungszusammenhänge zeigt sich ein weitgehend zweigeteiltes Bild. Zum einen wird deutlich, dass die Hochschulabsolvent*innen von vielen im Berufsfeld vordergründig positiv gesehen werden, da sie Ausdruck einer von vielen Kolleg*innen als notwendig empfundenen fortschreitenden Akademisierung der Berufsfelder sind. An dieser Stelle fungieren die Absolvent*innen möglicherweise als eine Art

Hoffnungsträger für eine finanzielle Aufwertung und eine veränderte gesellschaftliche Wahrnehmung der gesamten Berufsgruppe. Zum anderen wird aber auch Verunsicherung deutlich, die vor allem damit zusammenzuhängen scheint, dass in einigen Fällen nicht ausreichend transparent ist, wie sich die Rollenverteilung zwischen fachschulisch Qualifizierten und Hochschulabsolvent*innen aktuell und zukünftig konkret in den Unternehmen darstellt. Dies führt insbesondere in der Krankenhauspflege scheinbar zu einer Konkurrenzsituation zwischen den beiden Gruppen und geht auf Seiten der fachschulisch ausgebildeten Kolleg*innen teilweise mit der Besorgnis einher, dass eine „Entwertung" der eigenen Tätigkeit drohen könnte.

Insgesamt sind fast alle befragten Arbeitgeber*innen mit der grundsätzlichen Entscheidung für die Einstellung der Absolvent*innen (98%) sowie mit den Kompetenzen der eingestellten Absolvent*innen (98%) zufrieden[24] (vgl. Abschnitt 4.2.3.1). Für 90% der Befragten entsprechen diese Kompetenzen vollkommen (16%) oder zumindest überwiegend (74%) den Anforderungen der Berufspraxis. Auch der Aussage, dass die „Absolvent*innen einen spezifischen, zusätzlichen Beitrag für die Verbesserung der Versorgung leisten" können, stimmen alles in allem neun von zehn (90%) befragten Arbeitgeber*innen zu.

Der zusätzliche Beitrag zur Verbesserung der Versorgung ergibt sich aus Sicht der befragten Arbeitgeber*innen vor allem aus der evidenzbasierten Arbeitsweise der Absolvent*innen. Diese können Studien deutlich besser interpretieren und die Ergebnisse umsetzen, als ihre fachschulischen Kolleg*innen. Ein weiterer Beitrag kann die kritische Reflexion üblicher Verfahren und Prozesse sein. Beides würde zu einer Verbesserung des Outcomes beitragen. Erwartet wird auch eine Aufwertung der betroffenen Berufe, eine Stärkung der Profession und gesteigerte berufliche Autonomie. Voraussetzung für solche Wirkungen ist allerdings, dass die Absolvent*innen langfristig in der klientennahen Versorgung verbleiben und sich an die Arbeitgeber*innen binden.

Annähernd neun von zehn Arbeitgeber*innen (87%) sind in der Gesamtbewertung der Ansicht, dass sich die akademische Grundqualifikation bewährt, und dass die Absolvent*innen von Berufskolleg*innen (94%) und Angehörigen anderer Berufe (90%) akzeptiert werden (vgl. Abschnitt 4.2.3) Diese von den Arbeitgeber*innen geschilderte Akzeptanz im Berufsfeld deckt sich in weiten Teilen mit der Eigenwahrnehmung der Absolvent*innen. Aus deren Sicht wird ihre akademische Qualifizierung sowohl von den Berufskolleg*innen als auch von den Vorgesetzten und Klient*innen überwiegend positiv wahrgenommen (vgl. Abschnitt 3.2.3.5). Auch wenn diese quantitativen Ergebnisse deutlich machen, dass die Absolvent*innen im Berufsfeld insgesamt akzeptiert werden, finden sich in den Interviews mit Arbeitgeber*innen und den Freitextangaben in der Online-Befragung dennoch an einigen Stellen auch Hinweise auf

[24] Kategorien „trifft voll zu" und „trifft eher zu" wurden zusammengefasst

„kulturelle Vorbehalte“ und „mangelnde Akzeptanz“ gegenüber akademisch qualifizierten Kolleg*innen. Diese einschränkenden qualitativen Befunde zur Akzeptanz der Absolvent*innen finden sich hauptsächlich im Arbeitsfeld der Krankenhauspflege (vgl. Abschnitt 4.2.3).

Die Perspektive der Arbeitgeber*innen kann vor dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse und unter Beachtung einer weiterhin gebotenen Differenzierung zu folgender Kernaussage verdichtet werden.

Kernaussage 7

Praktisch alle befragten Arbeitgeber*innen sind zufrieden mit ihrer Entscheidung, Absolvent*innen eingestellt zu haben. Neun von zehn Arbeitgeber*innen sind der Auffassung, dass die Kompetenzen der Absolvent*innen den Anforderungen der Berufspraxis entsprechen, und dass die Absolvent*innen einen spezifischen zusätzlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten können.

5.4 DISKUSSION ERGEBNISFELD 4: FÖRDERFAKTOREN UND BARRIEREN DER BERUFSEINMÜNDUNG/-AUSÜBUNG

Bislang steht die Forschung zum Verbleib der Absolvent*innen der Modellstudiengänge und zu ihrer Integration in den Arbeitsmarkt noch ganz am Anfang, wie die wenigen Studien zu diesem Thema belegen (Darmann-Finck & Reuschenbach, 2018). Daher war es im Rahmen der vorliegenden Studie ein Ziel wesentliche Förderfaktoren und Barrieren der Berufseinmündung und -ausübung zu explorieren. Die Ergebnisse zeigen hierzu, dass angemessene Erwartungen aller Beteiligten, eine sorgfältige Einarbeitung und ein klares Stellenprofil besonders förderlich wirken. Die folgenden Ausführungen beschäftigen sich daher mit der Fragestellung, *welche Rahmenbedingungen begünstigend bzw. hemmend auf die Berufseinmündung und Beschäftigungsausübung der Absolvent*innen wirken* (vgl. übergeordnete Fragestellungen, Kapitel 2.1).

Fast alle Arbeitgeber*innen (96%) gehen davon aus, dass „angemessene Erwartungen" für eine gelingende Berufseinmündung wichtig sind (vgl. Abschnitt 4.2.4). Dies gilt sowohl für die Erwartungen „gegenüber den Absolvent*innen" als auch für die Erwartungen „der Absolvent*innen an sich selbst". Die Wichtigkeit dieser beiden Förderfaktoren wird durch die qualitativen Daten aus den Interviews und die Freitextangaben in der Online-Befragung gestützt. Hierbei geht es vornehmlich um Erwartungen hinsichtlich der Einstiegspositionen, der beruflichen Entwicklung und der Vergütung (vgl. Abschnitt 4.2.4).

Ebenso halten annähernd alle Arbeitgeber*innen (96%) „angemessene Arbeitsbedingungen" und ein „klares Stellenprofil" (93%) für wichtig. Hierzu zeigen die qualitativen Daten allerdings, dass bislang nur einzelne Arbeitgeber*innen tatsächlich auch spezifische Stellen- und Arbeitsplatzbeschreibungen vorhalten, gleichwohl sie für eine gelingende Berufsausübung Stellenprofile als förderlich empfinden, welche die (besonderen) Kompetenzen der Absolvent*innen anwendbar machen. Eine sorgfältige „Einarbeitung" (94%) und „Begleitung" (88%) halten neun von zehn Arbeitgeber*innen für förderlich bei der Berufseinmündung. Auch dieser Förderfaktor wird durch die qualitativen Daten aus den Interviews mit Arbeitgeber*innen und die Freitextangaben in der Online-Befragung gestützt, wobei deutlich wird, dass sich die Einarbeitung der Absolvent*innen nicht wesentlich von der Einarbeitung anderer Berufskolleg*innen unterscheidet (vgl. Abschnitt 4.2.4).

Erschwerend für die Berufseinmündung empfinden die Arbeitgeber*innen in einigen Fällen offenbar die ungeklärte Vergütungssituation rund um die Absolvent*innen. Hier wird in den Interviews und Freitextangaben sowohl auf die teilweise als übertrieben empfundenen Gehaltsvorstellungen der Absolvent*innen verwiesen, die nicht refinanzierbar erscheinen und sich somit auf die Zufriedenheit der Absolvent*innen auswirken können. Auch ein zu wenig flexibles Tarifsystem, das die akademische Qualifikation nach Ansicht einiger Arbeitgeber*innen nicht ausreichend abzubilden vermag, wird in diesem Zusammenhang als

Erschwernis für eine gelingende Berufseinmündung und -ausübung genannt (vgl. Abschnitt 4.2.4.4.1).

Erwartungen der Beteiligten

Wesentlichen Anteil am Gelingen der Berufseinmündung und -ausübung hat den Ergebnissen der Studie zufolge eine angemessene Erwartungshaltung der Arbeitgeber*innen gegenüber den Absolvent*innen. Es ist hierzu bereits aus anderen Untersuchungen bekannt, dass viele Arbeitgeber*innen bisher nicht auf die hochschulisch qualifizierten Gesundheitsfachpersonen vorbereitet sind und nur vage oder unrealistische Vorstellungen von deren Kompetenzen und Einsatzmöglichkeiten haben (Richter et al., 2017; Heyelmann 2015; Simon & Flaiz, 2015; Bartels, Simon & Plohmann, 2012). Häufig ist unklar, welche Aufgabenprofile Hochschulabsolvent*innen aus Sicht der Arbeitgeber*innen in der Versorgungs- und Unternehmenspraxis einnehmen sollen und es fehlt an Orientierungswissen zu erfolgversprechenden Aufgaben- und Verantwortungsgebieten sowie einer dafür angemessenen Vergütung (Bräutigam et al., 2013). Umso wichtiger scheint es, dass die Arbeitgeber*innen an dieser Stelle die eigene Erwartungshaltung kritisch reflektieren und sich mit der Frage auseinandersetzen, für welche Aufgaben und Tätigkeiten die Absolvent*innen der Modellstudiengänge im Unternehmen eingesetzt werden sollen. Unterschiedlich ausgeprägte Kompetenzen im Vergleich zu fachschulisch ausgebildeten Kolleg*innen sollten in diese Überlegungen unbedingt adäquat miteinbezogen werden. Auch angemessene Erwartungen der Absolvent*innen scheinen für die gelingende Berufseinmündung unabdingbar. Die Ergebnisse deuten hier darauf hin, dass typische Aspekte wie Einstiegspositionen, berufliche Entwicklungsmöglichkeiten und Vergütung eine zentrale Rolle spielen. In diesen Bereichen beklagen die befragten Arbeitgeber*innen teileweise unrealistische Erwartungshaltungen bei den Absolvent*innen, für die sie scheinbar in einigen Fällen auch die Hochschulen mitverantwortlich machen. Da die beschriebenen Herausforderungen bezüglich unrealistischer bzw. unterschiedlicher Erwartungshaltungen auch aus anderen Untersuchungen zum Verbleib von Absolvent*innen dualer Studiengänge bekannt sind (Hähn, 2019), ist davon auszugehen, dass sie nur bedingt etwas mit den hier untersuchten Modellstudiengängen zu tun haben, sondern vermutlich ein übliches Merkmal beim Übergang von Hochschulabsolvent*innen in den Arbeitsmarkt darstellen.

Sorgfältige Einarbeitung und klare Stellenprofile

Als weiteren Förderfaktor nennen die Befragten vielfach eine sorgfältige Einarbeitung, wobei hierbei sehr deutlich wird, dass diese keine Besonderheit der hochschulisch Qualifizierten ist, sondern in der Regel analog zu der von fachschulisch ausgebildeten Kolleg*innen ausgerichtet ist. Dies kann so interpretiert werden, dass beim Berufseinstieg keine wie auch immer geartete Sonderbehandlung der Hochschulabsolvent*innen notwendig ist, sondern dass diese beim Berufseinstieg mit den vorhandenen Einarbeitungskonzepten integriert werden können.

Bezogen auf die klaren Stellenprofile, die einen weiteren wesentlichen Förderfaktor darstellen, wird eine gewisse Diskrepanz deutlich zwischen dem, was die Arbeitgeber*innen für förderlich halten, und dem was sie den Absolvent*innen in der beruflichen Realität anbieten. Denn vielfach fehlen auf Seiten der Arbeitgeber*innen die als förderlich empfundenen klaren Stellenprofile und systematische Konzepte zur Einbindung der Absolvent*innen sind rar. Stellenprofile, die gezielt auf die Absolvent*innen der Modellstudiengänge abgestimmt wurden, oder die gar die hochschulische Qualifikation als Einstellungsvoraussetzung haben, sind laut der vorliegenden Studienergebnisse in der klientennahen Versorgung eher die Ausnahme. An dieser Stelle bestätigen die aktuellen Befunde Untersuchungsergebnisse, die in der Vergangenheit auf das Problem fehlender Tätigkeitsprofile und Stellenausschreibungen hingewiesen haben (Darmann-Finck et al., 2016; Simon & Flaiz, 2015; Bräutigam et al., 2013; Lüftl & Kerres, 2011).

Der aktuelle Befund, dass bereits bei über der Hälfte der Absolvent*innen erweiterte Erwerbstätigkeitsprofile festgestellt wurden, könnte diesbezüglich dahingehend interpretiert werden, dass sich die befragten Arbeitgeber*innen auf dem Weg dahin befinden mehr qualifikationsadäquate Profile zu schaffen, welche die erweiterten Kompetenzen zum Einsatz kommen lassen. Dieser Weg sollte in Zukunft konsequent fortgeführt werden, um die qualifikationsadäquate Berufsausübung der Absolvent*innen weiter zu fördern.

Vergütung

Die vermutlich bedeutendste Barriere beim Berufseinstieg und einer langfristigen Berufsausübung scheint die in Teilen noch ungeklärte Vergütung der Absolvent*innen zu sein. Arbeitgeber*innen zahlen bisher Hochschulabsolvent*innen laut der vorliegenden Ergebnisse vor allem in den Therapieberufen und im Hebammenwesen in der Regel das gleiche Gehalt, dass sie auch den fachschulisch ausgebildeten Kolleg*innen bezahlen. Es ist dabei im therapeutischen Bereich bekannt, dass aus der Perspektive der Arbeitgeber*innen keine monetären Anreize für die Einstellung hochschulisch qualifizierter Therapeut*innen bestehen, da mit dem hochschulischen Abschluss keine höheren Umsätze im Betrieb erzielt werden können (Richter et a., 2017). Insofern berichten einige der aktuell befragten Arbeitgeber*innen, dass die von den Absolvent*innen in einigen Fällen vorgebrachten Gehaltsvorstellungen nicht refinanzierbar sind. In der Pflege stellt sich diese Barriere etwas anders dar, da dort im Krankenhaus in vielen Fällen eine tarifliche Eingruppierung stattfindet. Allerdings wird auch in dieser Berufsgruppe die Vergütungsfrage von einigen als Herausforderung empfunden, da das Tarifsystem die akademische Qualifikation nach Ansicht einiger Arbeitgeber*innen nicht ausreichend und flexibel genug abzubilden vermag. Theoretisch ist es in der klientenahen Versorgung für die Absolvent*innen laut aktuellem Tarifvertrag möglich ca. 70 bis 80 Euro mehr zu verdienen als Fachschulabsolvent*innen, wenn Tätigkeiten erbracht werden, die die hochschulischen Kompetenzen zum Einsatz kommen lassen (Reuschenbach & Darmann-Fink,

2018). Dies macht deutlich, dass der Spielraum der Arbeitgeber*innen in der klientennahen Versorgung auch im Pflegebereich begrenzt ist. Der Vergütungsaspekt ist daher vermutlich in allen Berufsfeldern ein relevanter Treiber für einen Wechsel der Absolvent*innen in eine Tätigkeit in Wissenschaft, Lehre oder Management.

Die Ausführungen zu den Förderfaktoren der Berufseinmündung und -ausübung lassen sich in folgender Kernaussage zusammenfassen.

Kernaussage 8

Nahezu alle befragten Arbeitgeber*innen halten angemessene Erwartungen aller Beteiligten, sowie eine sorgfältige Einarbeitung, angemessene Arbeitsbedingungen und ein klares Stellenprofil für eine gelingende Berufseinmündung für wichtig.

5.5 DISKUSSION ERGEBNISFELD 5: PLANUNGSASPEKTE

Allgemein ist die Aufnahme eines Masterstudiums in der Fachgruppe der sozialwissenschaftlichen, pädagogischen oder gesundheitswissenschaftlichen Studiengänge an Fachhochschulen niedriger als in anderen Fachgruppen oder an Universitäten. Dennoch beabsichtigt 1,5 Jahre nach dem Abschluss die Hälfte aller Bacherlorabsolvent*innen dieser Fachgruppe ein weiterführendes Studium oder hat dies bereits begonnen (Alesi & Neumeyer, 2017). Es ist vor diesem Hintergrund davon auszugehen, dass auch in der Gruppe der Absolvent*innen der Modellstudiengänge ein deutliches Interesse an einer Weiterqualifizierung besteht.

Die nachfolgenden Ausführungen beschäftigen sich demnach mit der zentralen Fragestellung, *welche Weiterqualifikationsmöglichkeiten von den Absolvent*innen wahrgenommen werden* und *welche Sicht Arbeitgeber*innen* hierauf haben. Dabei spielen auch ihre *Einstellungsabsichten in der derzeitigen Arbeitsmarktsituation* eine Rolle (vgl. übergeordnete Fragestellungen, Kapitel 2.1).

Weiterqualifikation

Über die Hälfte der Absolvent*innen zeigt zum Befragungszeitpunkt konkretes Interesse an einem weiteren Studium (vgl. Abschnitt 3.2.5.2). In den Berufsgruppen Pflege (59%), Ergotherapie (59%) und Hebammenkunde (57%) wird dieses konkrete Studieninteresse etwas häufiger angegeben als in der Physiotherapie (51%). Am seltensten wird das Interesse in der Logopädie angegeben (39%), wobei in dieser Berufsgruppe zu berücksichtigen ist, dass bereits deutlich mehr Absolvent*innen (12%) ein weiteres Studium abgeschlossen haben als dies in der Hebammenkunde (0%) und der Ergotherapie (2%) der Fall ist. Betrachtet man die verschiedenen Studienrichtungen der weiterführenden Studiengänge, so zeigt sich, dass sich die Absolvent*innen über alle Berufsgruppen hinweg häufig für ein klinisch ausgerichtetes Masterstudium interessieren (16%). Die in den qualitativen Interviews mit Absolvent*innen erfassten Motive, die das konkrete Interesse an weiterführenden Masterstudiengängen begründen, sind dabei von relativ starker Heterogenität geprägt. Im Vordergrund stehen hier vor allem die Erschließung neuer beruflicher Betätigungsoptionen und die Aneignung und Vertiefung von Kompetenzen. Aber auch die Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der aktuellen beruflichen Tätigkeit (v.a. geringe Vergütungsmöglichkeiten und mangelnde Kompetenzanwendung) wird als Motiv für ein weiterführendes Studium angegeben.

Die qualitativen Interviews mit Arbeitgeber*innen zeigen hierzu, dass klinische Masterprogramme grundsätzlich auch aus Arbeitgeber*innenperspektive befürwortet werden. Die Interviewten stehen dem Interesse an Master-Studien jedoch auch ambivalent gegenüber: Einerseits wird das starke Studieninteresse befürwortet, andererseits besteht die Befürchtung

oder auch bereits die Erfahrung, dass Master-Absolvent*innen der klientennahen Versorgung nicht mehr zur Verfügung stehen könnten.

Die Karriereziele sind innerhalb der Berufsgruppen heterogen. Es besteht insgesamt ein hohes Weiterbildungsinteresse und eine ebensolche Weiterbildungsbeteiligung, wobei sich in bestimmten Berufsgruppen eine besonders hohe Nachfrage zeigt. In der Ergotherapie haben bereits ein Drittel der Absolvent*innen (34%) zum Befragungszeitpunkt eine Weiterbildung abgeschlossen. In der Physiotherapie hat sogar bereits annähernd die Hälfte (45%) der Befragten einen Weiterbildungsabschluss.

Aspekte der beruflichen Weiterentwicklung haben für die befragten Absolvent*innen offensichtlich eine hohe Bedeutung und es ist ein sehr ausgeprägtes Interesse an weiterführenden Studienangeboten erkennbar. Als Gründe für die Aufnahme eines Masterstudiums werden vor allem die Erschließung neuer beruflicher Betätigungsoptionen und die Aneignung und Vertiefung von Kompetenzen genannt. Auch die Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der aktuellen beruflichen Tätigkeit (v.a. geringe Vergütungsmöglichkeiten und mangelnde Kompetenzanwendung) wird als Motiv für ein weiterführendes Studium angegeben. Das starke Interesse an einem Masterstudium und die Motive, ein solches Studium aufzunehmen, gleichen somit stark den bundesweiten Untersuchungsergebnissen von Baumann und Kugler (2019), die bei Pflegeabsolvent*innen ebenfalls einen sehr ausgeprägten Wunsch nach einem weiterführenden Studium festgestellt haben. Auch die Studie des HVG stellt für den therapeutischen Bereich ein hohes Interesse an Masterstudiengängen fest (Blümke et al., 2019). In der qualitativen Untersuchung von Sterz und Blättner (2017) wird ebenso von den interviewten Hebammen ein Interesse an weiteren Studiengängen genannt, allerdings scheinbar in geringerem Ausmaß als dies in den anderen Berufsgruppen der Fall ist. Was die Studienrichtung angeht, ist in der aktuellen Studie berufsgruppenübergreifend ein hohes Interesse an klinischen Studiengängen vorhanden. Das erscheint vordergründig erstmal erfreulich, da dies als Wunsch interpretiert werden kann, in der klinischen Versorgung tätig zu bleiben. Problematisch ist hierbei allerdings, dass es in der deutschen Hochschullandschaft bislang nur sehr wenige klinische Masterstudiengänge gibt. Ein Masterstudium im Bereich „Advanced Practice Nursing“ (APN) bieten deutschlandweit beispielsweise lediglich drei Hochschulen an (Baumann & Kugler, 2019). Dies wird zwangsläufig dazu führen, dass sich einige Absolvent*innen in Richtung anderer Masterangebote orientieren werden, die dann vermutlich einen Schwerpunkt haben, der verstärkt aus der direkten klientennahen Versorgung herausführt (z.B. Pflege- bzw. Gesundheitswissenschaft; Pflege- bzw. Gesundheitspädagogik oder Pflege- bzw. Gesundheitsmanagement). Eine weitere bereits erwähnte Herausforderung besteht außerdem darin, dass die Arbeitgeber*innen in der klientennahen Versorgung Stellenprofile entwickeln müssten, die auf Masterabsolvent*innen zugeschnitten sind. Dies gelingt aktuell allenfalls im Bereich der Universitätskliniken und großer Krankenhäuser (Bensch, 2018). Wie die aktuellen Ergebnisse zeigen, stehen die

Arbeitgeber*innen aus den genannten Gründen dem großen Studieninteresse ambivalent gegenüber. Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass ein Masterstudium aktuell in vielen Fällen einer langfristigen Bindung an die klientennahe Versorgung entgegensteht.

Einstellung weiterer Absolvent*innen

51 von 78 Arbeitgeber*innen (65%), die die entsprechende Frage bezogen auf ihr Berufsfeld beantwortet haben, planen nach eigener Aussage die Einstellung weiterer Absolvent*innen in der eigenen Berufsgruppe. Weitere 35% halten weitere Einstellungen für möglich, ohne dass diese aktuell konkret geplant würden.

Diese quantitativen Befunde aus der Online-Befragung decken sich in weiten Teilen mit den Ergebnissen aus den qualitativen Interviews. 24 von 25 interviewten Arbeitgeber*innen können sich grundsätzlich vorstellen, weitere Absolvent*innen einzustellen. Allerdings stellen nur einzelne Interviewte in den Therapieberufen bevorzugt und gezielt akademisch primärqualifizierte Bewerber*innen ein. Geplante Rekrutierungsbemühungen beziehen sich insgesamt nur sehr selten explizit auf Studienabsolvent*innen und mehr als die Hälfte aller Interviewten legt keinen Wert darauf, dass die Bewerber*innen einen akademischen Abschluss mitbringen. Der vorherrschende Fachkräftemangel lässt aus Sicht der Interviewpartner an dieser Stelle keine geplante Selektion zu und es gibt nur vereinzelt gezielte Stellenausschreibungen.

Vor diesem Hintergrund erscheint es angebracht, die vorliegenden Ergebnisse in den zwei nachfolgenden Kernaussagen zu bündeln.

Kernaussage 9

Annähernd jede*r zweite Absolvent*in zeigt konkretes Interesse an einem weiteren Studium, wobei über alle Berufsgruppen hinweg häufig Interesse an klinisch ausgerichteten Studiengängen angegeben wird. Arbeitgeber*innen erkennen zwar den potenziellen Nutzen, stehen diesem Interesse aber ambivalent gegenüber.

Kernaussage 10

Die Einstellung weiterer Absolvent*innen wird von allen befragten Arbeitgeber*innen für die eigene Berufsgruppe geplant oder aber für möglich gehalten. Allerdings lassen die hohen Bedarfe und die Fachkräftesituation auf dem Arbeitsmarkt eine spezifische Selektion von Hochschulabsolvent*innen nur teilweise zu.

5.6 EINORDNUNG DER ERGEBNISSE VOR DEM HINTERGRUND DER ENTWICKLUNGEN IN DEN BERUFSGRUPPEN

Auch wenn sich die Ergebnisse aller fünf Gesundheitsfachberufe in den untersuchten Ergebnisfeldern in weiten Teilen übereinstimmend darstellen, zeigen sich punktuell berufsgruppenspezifische Besonderheiten. Diese sollen im Folgenden noch einmal in den jeweiligen Akademisierungsprozess der Berufsgruppe eingeordnet werden.

5.6.1 PFLEGE

Für den Pflegebereich wurden mittlerweile mit dem neuen Pflegeberufe-Gesetz (PflBRefG) die rechtlichen Grundlagen geschaffen, um die im Rahmen der Modellstudiengänge erprobte hochschulische Ausbildung dauerhaft in den Regelbetrieb zu überführen. Das Gesetz wird ab dem 1. Januar 2020 in Kraft treten und ist Grundlage einer umfassenden Ausbildungsreform („Generalistische Pflegeausbildung"), die u.a. die hochschulische Ausbildung als alternativen Zugangsweg zum Berufsabschluss möglich macht. Eine „Vollakademisierung", im Sinne einer vollständigen Verlagerung der berufsqualifizierenden Erstausbildung in den tertiären Bildungssektor, ist mit diesem Gesetz nicht verbunden. Als Orientierungsmarke für den Bedarf an hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen wird im Berufsfeld Pflege weiterhin oft der empfohlene Richtwert des Wissenschaftsrats aus dem Jahre 2012 angenommen. Demnach ist es das Ziel 10-20% jedes Abschlussjahrgangs an Hochschulen auszubilden. Als Einsatzbereich für die Bachelorabsolvent*innen werden dabei vor allem „komplexe Aufgabenbereiche" in der pflegerischen Versorgung gesehen (Wissenschaftsrat, 2012).

Im Gegensatz zur Anfangszeit der Akademisierung sollen die Absolvent*innen der primärqualifizierenden bzw. ausbildungsintegrierenden Studiengänge vor allem in der direkten Versorgungspraxis tätig werden. Wie die Ergebnisse der Studie zeigen, ist dies in der Pflege auch tatsächlich größtenteils der Fall. Insofern erscheint das zukünftige Angebot von Regelstudiengängen absolut folgerichtig und es ist davon auszugehen, dass im Laufe der nächsten Jahre mehr und mehr studierte Pflegefachpersonen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens tätig werden. Dies bringt neue Herausforderungen mit sich, der sich Führende und Pflegeteams in Deutschland nun annehmen müssen. Diese Herausforderungen betreffen vor allem den zukünftigen Grade-und Skill-Mix, der aufgrund des Sonderwegs in der deutschen Gesetzgebung (keine „Vollakademisierung") nicht an internationalen Standards ausgerichtet werden kann, sondern national neu konzipiert werden muss.

Zukünftig werden voraussichtlich immer häufiger Bachelorabsolvent*innen, fachschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen sowie Pflegehelfende gemeinsam miteinander in der direkten Pflege arbeiten. Wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, können hier erste Erwerbstätigkeitsprofile für die Absolvent*innen in der direkten pflegerischen Versorgung beschrieben werden. Es wird deutlich, dass die Pflegeabsolvent*innen in der direkten

Versorgung mit zu Pflegenden handlungssicher sind. Im Vergleich mit den anderen untersuchten Berufsgruppen scheint es aber relativ herausfordernd zu sein, die im Studium erworbenen Qualifikationen versorgungsnah einzusetzen. Aus diesem Befund lässt sich schließen, dass in den Versorgungseinrichtungen bislang kaum Konzepte und Stellenprofile zur systematischen Integration der Absolvent*innen in den Qualifikationsmix existieren. Diese Schwierigkeit bei der Integration der Absolvent*innen in die direkte Versorgung deckt sich mit anderen Befunden aus dem Berufsfeld, die erhebliche Defizite bei der Aufgabenbeschreibung und Kompetenzzuordnung für hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen feststellen (Zieher & Ayan, 2016; Simon & Flaiz, 2015). Um das gesamte Potenzial der Akademisierung in der Pflege nutzen zu können, müssen mehr qualifikationsadäquate Stellenprofile entwickelt werden.

Besonders empfehlenswert für die Integration von hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen sind laut der vorliegenden Ergebnisse erweiterte Tätigkeitsprofile, die den Bachelorabsolvent*innen den notwendigen Handlungsspielraum für besondere Aufgaben einräumen (z.B. Projektarbeit, Qualitätsmanagement, Zuständigkeit für Fortbildungen, Mitwirkung an Forschung) und die der spezifischen Nutzung der hochschulischen Kompetenzen (z.B. evidenzbasiertes Arbeiten und wissenschaftliche Recherche) entsprechenden Raum bieten. Die vom Wissenschaftsrat empfohlenen „komplexen Aufgabenbereiche“ müssen in der Berufspraxis diesbezüglich unternehmensspezifisch weiter konkretisiert werden. Hierzu ist weitere Forschung zur Operationalisierung der „besonderen Komplexität“ notwendig. Zudem stellt es eine Herausforderung dar, hochschulisch gebildete Kompetenzen, die in klientennahen Tätigkeiten nutzbar werden (clinical reasoning, Fallverstehen, ethische Entscheidungsfindung etc.), sichtbar werden zu lassen.

Für die Entwicklung von systematischen Ansätzen einer Einbindung der studierten Pflegefachpersonen und entsprechender Tätigkeitsprofile liegen in der Pflege bereits erste Best-Practice-Ideen vor. Zum einen existieren Handlungsempfehlungen einer Expertengruppe des Deutschen Pflegerats und der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DPR & DGP, 2014). Zum anderen wurde vom Verband der Pflegedirektor*innen der Unikliniken ein umfassenderer Leitfaden herausgegeben (VPU 2016). Diese Handlungsempfehlungen können unter Umständen in modifizierter Form auf andere Einrichtungen im Gesundheitswesen angewendet werden. Ob diese allerdings für den ambulanten Pflegesektor anwendbar sind, scheint fraglich. Die Ergebnisse der aktuellen Verbleibstudie bestätigen an dieser Stelle aber ohnehin ein in der Fachliteratur bereits beschriebenes Phänomen, dass Pflegeakademiker vor allem in Krankenhäusern und nicht in der ambulanten Langzeitpflege tätig sind (Gerlach, 2013). Während im Krankenhaus der Grade-Mix tendenziell sogar weiter nach oben bis zum Masterabschluss reicht, „orientiert er sich im Langzeitpflegebereich nach unten“ (Bensch, 2018).

Die abgefragten Aspekte der Zusammenarbeit innerhalb der Berufe und zwischen den Berufen zeigen in der vorliegenden Studie ein insgesamt überwiegend positives Bild. Dies gilt auch für den Pflegebereich. Laut der befragten Arbeitgeber*innen kann die Integration der Absolvent*innen aber insbesondere im Pflegebereich dennoch vereinzelt Widerstände hervorrufen, die mit Konkurrenzempfinden und Ablehnung der hochschulisch ausgebildeten Kolleg*innen einhergehen. Um diese Begleiterscheinungen in konstruktive Bahnen zu lenken, bedarf es betrieblicher Akteure (Management, Leitungen, Ärzteschaft, Praxisanleitungen etc.), die als „Unterstützer*innen" auftreten und die den Integrationsprozess im Sinne eines Diversity-Managements aktiv steuern. Von besonderer Bedeutung ist es dabei, dass die hochschulisch Studierten von den Kolleg*innen und Vorgesetzten als Möglichkeit zur Weiterentwicklung der Institution und des Faches gesehen werden und nicht als Bedrohung der eigenen Position.

Positiv ist in der Pflege bereits jetzt hervorzuheben, dass die Vergütung der Hochschulabsolvent*innen laut der generierten Daten höher als in den therapeutischen Berufsgruppen ist. Allerdings zeigen sich solche Unterschiede im Vergütungsniveau auch in allgemeinen Untersuchungen zur sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in den Gesundheitsfachberufen. Sie sind also keine spezifische Folge des Studiums.

Interessant an dem nun vorliegenden Ergebnis ist vielmehr, dass sich das Gehalt der Absolvent*innen in der Berufsgruppe Pflege wesentlich häufiger von dem der fachschulisch ausgebildeten Kolleg*innen unterscheidet als dies in den anderen Berufsgruppen der Fall ist. In den meisten Fällen ist das höhere Gehalt dabei an besondere Aufgaben geknüpft. Das Ergebnis zeigt, dass es in der Pflege scheinbar in Ansätzen gelingt, die seit 2017 geltenden neuen tariflichen Eingruppierungsmöglichkeiten zu nutzen, die ein höheres Gehalt vorsehen, „wenn Tätigkeitsfelder besetzt werden, in denen die hochschulischen Kompetenzen zum Einsatz kommen können" (Reuschenbach & Darmann-Fink, 2018).

Trotz dieser höheren Vergütung ist die Zufriedenheit der Pflegenden im Vergleich zu den anderen untersuchten Berufsgruppen in der vorliegenden Studie geringer ausgeprägt. Diese geringere Zufriedenheit ist allerdings, ähnlich der oben beschriebenen Vergütungssituation, vermutlich weniger ein Spezifikum von hochschulisch berufsqualifizierten Pflegenden, sondern zeigt sich auch in anderen vergleichenden Studien zur Zufriedenheit von fachschulisch ausgebildeten Berufseinsteigern in den Gesundheitsberufen (Ulrich et al., 2017).

5.6.2 THERAPIEBERUFE

Im Bereich der Therapieberufe werden aktuell die Möglichkeiten um die Ausgestaltung der zukünftigen Akademisierung besonders intensiv diskutiert, da im Gegensatz zur Pflege und zum Hebammenwesen noch weitgehend offen ist, wie die zukünftige Ausrichtung des Prozesses aussehen wird. Nahezu alle Vertreter*innen der Berufsverbände und der Hochschulen sehen eine „Vollakademisierung", wie sie im europäischen Ausland Standard ist, für die

Therapieberufe als erforderlich an (Borgetto et al., 2019; Höppner, 2016). Für die Logopädie besteht die Besonderheit, dass auf dem Gebiet der Logopädie/Sprachtherapie in Deutschland 10 von 12 Berufsgruppen bereits vollständig hochschulisch ausbilden und eine Beendigung der Heterogenität durch flächendeckende primärqualifizierende Studiengänge aller in diesem Bereich tätigen Berufsgruppen gefordert wird (Schrey-Dern, 2016). Gesetzliche Regelungen und die notwendigen Entscheidungen auf bildungs- und gesundheitspolitischer Ebene stehen noch aus, wobei der Arbeitskreis „Berufsgesetz" bereits einen entsprechenden Entwurf und eine begleitende Rahmenstudienordnung entworfen und vorgestellt hat (AK Berufsgesetz, 2018).

Die Akademisierung wird in den Therapieberufen, anders als zu Beginn in der Pflege (v.a. Deckung des Bedarfs an Lehr- und Führungskräften), seit jeher weniger als Abkehr von den originären praktischen Tätigkeitsfeldern der Berufe verstanden, sondern vielmehr als adäquate Ausbildungsform, die das Ziel hat, Absolvent*innen für den direkten Kontakt mit Klient*innen zu qualifizieren (Zimmermann, 2007; Zalpour, 2006). Diese proklamierte enge Verzahnung zwischen Akademisierung und anschließender klientennaher Tätigkeit scheint sich in der vorliegenden Studie in der beruflichen Realität weitgehend abzubilden. Die Studie VAMOS zeigt, dass die befragten Absolvent*innen scheinbar das Selbstverständnis haben, im direkten Kontakt mit Klient*innen zu arbeiten. Die Absolvent*innen arbeiten deutlich häufiger in der direkten Versorgung als Pflegeabsolvent*innen.

Es zeigt sich insgesamt eine hohe Handlungssicherheit der Therapeut*innen in der Berufspraxis. Besonders in der interprofessionellen Zusammenarbeit, beim Schulen und Anleiten von Klient*innen und bei der Prozesssteuerung fühlen sich die Absolvent*innen in der Praxis besonders handlungssicher. Insgesamt gelingt es den befragten Therapeut*innen nach eigener Aussage häufiger als den Pflegeabsolvent*innen, die im Studium erworbenen Qualifikationen in der beruflichen Tätigkeit zu nutzen. Es werden Unterschiede sichtbar, die scheinbar u.a. im unterschiedlichen Arbeitssetting der beiden Gruppen begründet sein könnten. Der Großteil der hier befragten Absolvent*innen in den therapeutischen Berufsgruppen gab als Arbeitssetting eine ambulante Therapiepraxis an. Von Therapeut*innen ist in diesem Zusammenhang bekannt, dass sie ihre Arbeit sowie ihre Behandlungsmethoden weitgehend eigenverantwortlich und selbstständig planen und durchführen können (z.B. Brattig et al., 2014; Neubauer, 2005). Denkbar ist, dass die vorwiegend im ambulanten Bereich arbeitenden Therapeut*innen, durch einen weniger engen institutionellen Rahmen und mehr eigenen Handlungsspielraum, ihre Kompetenzen in einem höheren Maß individuell anwenden können, als das die vorwiegend im Krankenhaus tätigen Pflegeabsolvent*innen können. Es wird aber auch im therapeutischen Bereich deutlich, dass einige Absolvent*innen das Potential der hochschulischen Qualifikation noch zu wenig ausschöpfen können. Auch in den Therapieberufen fehlen häufig adäquate Stellenprofile und der Einsatz der im Studium erworbenen Kompetenzen wird nur in den seltensten Fällen systematisch durch den*die Arbeitgeber*in geplant. Dies ist u.a. darin begründet, dass die mit den erweiterten

Kompetenzen einhergehenden Leistungen in der Versorgung bisher häufig nicht von Krankenkassen finanziert werden (z.B. Verlaufsdiagnostik als Evaluation einer Therapie) bzw. im „Bereich der Selbstzahler*innen“ verortet sind (z.B. Schulungen).

Insgesamt sind die Absolvent*innen aus den therapeutischen Berufsgruppen in hohem Maße mit der aktuellen Erwerbstätigkeit und dem erlernten Beruf zufrieden. Sehr herausfordernd gestaltet sich in den drei therapeutischen Berufsgruppen allerdings (insbesondere im Arbeitssetting Therapiepraxis) die Vergütung der Absolvent*innen. Die Studienlage weist diesbezüglich auf eine allgemein prekäre Vergütungssituation in allen therapeutischen Berufsfeldern hin, was die Attraktivität des Berufs und den langfristigen Verbleib in der klientennahen Versorgung gefährdet (Schwarzmann et al., 2018; Hilbert et al., 2018; Höppner & Beck, 2019).

Dieser Befund bestätigt sich in Teilen auch in der vorliegenden Studie. Die befragten Absolvent*innen in den therapeutischen Berufen weisen ein geringeres Vergütungsniveau auf, als dies bei den Absolvent*innen in der Pflege der Fall ist. Dies bestätigt die allgemeine Datenlage zum Verdienstniveau in den Gesundheitsfachberufen. Demnach verdienen therapeutische Berufsgruppen i.d.R. weniger als Pflegefachpersonen und befinden sich in vielen Fällen eher auf dem Vergütungsniveau von Pflegehelfer*innen (IEGUS/WifOR/IAW, 2017).

Eine Follow-up-Studie zu den von Schwarzmann und Kolleg*innen (2018) publizierten Befunden zum Berufsausstieg von Therapeut*innen kommt für die befragten Therapieberufe im Mittel auf einen Bruttoverdienst von etwa 2434 Euro im Monat (Hammer, 2018 in Staeck, 2018). Bei den befragten therapeutischen Absolvent*innen wird in der aktuellen Studie ein Verdienst festgestellt, der etwas über diesen durchschnittlichen Bruttomonatsgehältern der Therapieberufe liegt. Rechnet man die im Rahmen der aktuellen Studie festgestellten Stundenlöhne (Haupterwerbstätigkeiten) auf eine „hypothetische“ Vollzeitstelle hoch (40 Std/W), so ergeben sich für die therapeutischen Absolvent*innen im Mittel standardisierte Bruttoverdienste von 2696 Euro im Monat. Dies entspricht fast genau dem Gehalt (2630 Euro), welches Therapeut*innen mit einem akademischen Abschluss im Rahmen der oben genannten Studie zum Berufsausstieg durchschnittlich angegeben haben (Hammer, 2018 in Staeck, 2018) und liegt in etwa auf dem Niveau, das akademische und nicht-akademische Sprachtherapeuten/Logopäden (2.741 EUR inklusive Sonderzahlungen) in einer zurückliegenden Studie von Mandl und Heim (2017) angegeben haben. Die Befunde könnten insgesamt darauf hindeuten, dass man unter Umständen mit einem hochschulischen Abschluss in den Therapieberufen unter Umständen etwas besser verdienen kann, als dies branchenüblich ist. Die Unterschiede scheinen allerdings verhältnismäßig gering und beim Zustandekommen der Gehälter müssen sicherlich mehrere Faktoren kombiniert berücksichtigt werden. So spielen beispielsweise neben der hochschulischen Qualifikation auch Berufserfahrung, Lebensalter, Gehaltsverhandlungen oder regionale Besonderheiten vermutlich eine wesentliche Rolle. Insgesamt bleibt aber festzuhalten, dass die Vergütung nach

Ansicht der befragten Absolvent*innen der aktuellen beruflichen Tätigkeit meist nicht gerecht wird.

Vergleicht man die Vergütung der therapeutischen Absolvent*innen mit der Pflege, wird deutlich, dass Arbeitgeber*innen therapeutische Absolvent*innen überwiegend gleich bezahlen wie ihre fachschulisch qualifizierten Kolleg*innen. Eine bessere Vergütung ist hier eher an Weiterbildungen geknüpft, was sicher auch das hohe Weiterbildungsinteresse der Absolvent*innen erklärt. Auch das dominierende Arbeitssetting spielt bei der Vergütung eine gravierende Rolle. Es zeigt sich, dass die Vergütungssituation in Krankenhäusern deutlich besser ist, als in therapeutischen Praxen, wo aber über die Hälfte der therapeutischen Absolvent*innen arbeiten. Eine wesentliche Rolle spielt dabei scheinbar, dass es in therapeutischen Praxen offensichtlich weniger gelingt, Aufgabenprofile mit „besonderen Tätigkeiten" zu definieren und auf diesem Weg eine höhere Vergütung zu vereinbaren. Dies ist im Pflegebereich vor allem in den größeren Krankenhäusern sehr viel häufiger der Fall.

Insgesamt lässt sich die Herausforderung einer angemessenen Vergütung der therapeutischen Absolvent*innen allerdings weder durch die Ausbildungs- noch durch die Arbeitgeberseite hinreichend beeinflussen, sondern hier sind Veränderungen struktureller Rahmenbedingungen erforderlich, die mit verschiedenen Initiativen zuletzt bereits angestoßen wurden und nun konsequent weitergeführt werden müssen. So ist beispielsweise durch das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) (BMG, 2017) die Grundlohnsummenbindung ab 2017 weggefallen, was den Berufsverbänden mittlerweile die Verhandlung höherer Vergütungssätze ermöglicht. Auch das Terminservice- und Versorgungsgesetz eröffnet hier neue Möglichkeiten (BMG, 2019). Diese Spielräume in der Vergütung sollten zur angemessenen Vergütung genutzt werden, damit das Arbeitsfeld an Attraktivität für die Absolvent*innen gewinnt und der Verbleib in diesem Bereich langfristig gesichert werden kann. Allerdings sind die befragten Arbeitgeber*innen hinsichtlich der Entwicklung der Bezahlung eher skeptisch eingestellt. Nur gut ein Drittel vermutet, dass die Absolvent*innen künftig besser bezahlt werden.

5.6.3 HEBAMMENKUNDE

Für die Hebammenkunde stellt sich der Fortschritt im Akademisierungsprozess mittlerweile anders dar als zu Beginn der Studie VAMOS. Da das Europäische Parlament einheitlich einen 12-jährigen allgemeinbildenden Schulbesuch als Einstiegsvoraussetzung für die Ausbildung von Hebammen und Entbindungspflegern vorsieht, soll die deutsche Hebammenausbildung bis zum Anfang des Jahres 2020 vollständig auf das tertiäre Niveau angehoben werden (Sayn-Wittgenstein, 2018). Zur Umsetzung dieses Vorhabens wurde im Frühjahr 2019 ein Referentenentwurf des BMG veröffentlicht, der eine vollständige Akademisierung des Hebammenberufs in Form eines dualen Studiums vorsieht.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie stützen grundsätzlich die Einführung von Regelstudiengängen in der Hebammenkunde, da sehr deutlich wird, dass der Hebammenstudiengang besonders erfolgreich hinsichtlich der mit Ihm verbundenen Ziele anzusehen ist. Die Absolvent*innen der Hebammenkunde wählen fast ausnahmslos nach dem Studium eine Erwerbstätigkeit in der direkten Versorgung und setzten dort ihre im Rahmen des Studiums erworbenen Qualifikationen in einem Ausmaß ein, wie es den anderen Gesundheitsfachberufen bisher nicht gelingt. Die Settings, in denen die Absolvent*innen arbeiten, sind mit Krankenhaus, Geburtshaus und freiberuflicher Tätigkeit sehr eng am originären Versorgungsauftrag des Berufs ausgerichtet. Die Hebammen fühlen sich durch das Studium adäquat auf die Berufsausübung vorbereitet.

Die Ergebnisse legen nahe, dass die ausgeprägte Nutzung der hochschulischen Qualifikationen u.a. mit den höheren Freiheitsgraden zusammenhängt, die die Tätigkeit als Hebamme oder Entbindungspfleger in der Regel mit sich bringt. Obwohl die Hebammen vorwiegend im Arbeitssetting Krankenhaus tätig sind, besteht im Unterschied zur Pflege eine deutliche größere Autonomie und damit verbundene Handlungsfreiheit. Hinzu kommt, dass viele Hebammen nicht in einem Angestelltenverhältnis tätig sind, sondern ihren Beruf auf selbständiger Basis ausüben. Diese Befragten berichten von einer besonders ausgeprägten Nutzung der hochschulischen Qualifikationen.

Insgesamt kann man also von einer sehr erfolgreichen Tätigkeit der Absolvent*innen in der hebammenkundlichen Berufspraxis sprechen. Etwas schwieriger als in den anderen Berufen gestaltet sich allerdings scheinbar der Übergang ins Berufsleben. Mehr als jede fünfte Hebamme gab an, Probleme bei der Berufseinmündung gehabt zu haben. Dies ist deutlich häufiger als in allen anderen Berufsgruppen. Der häufigste Grund ist dabei, dass nicht sofort eine berufliche Tätigkeit gefunden wurde, bei der die akademische Qualifizierung einbracht werden konnte. Ein zweiter Grund waren Vorbehalte gegenüber akademisch qualifizierten Praktikern.

Insgesamt könnte es vor dem Hintergrund der festgestellten sehr guten Adäquanz zwischen Qualifikation und Beschäftigung sinnvoll sein, sich bei der Ausgestaltung zukünftiger Regelstudiengänge stark an dem hier untersuchten primärqualifizierenden Studiengangmodell zu orientieren.

5.7 LIMITATIONEN DER VERBLEIBSTUDIE

Mit Hilfe des im Querschnittdesign angelegten Forschungsprojekts wurde eine solide Datenbasis zur Deskription der Berufseinmündung und Beschäftigung der Absolvent*innen der Modellstudiengänge geschaffen. Im relativ kurzen zur Verfügung stehenden Zeitraum von zwei Jahren wurden dadurch wichtige Erkenntnisse für die politischen Diskussions- und Entscheidungsprozesse sowie für die Weiterentwicklung der hochschulischen Qualifikation generiert. Aufgrund der hohen Fallzahl an Absolvent*innen, der Berücksichtigung aller relevanten Gesundheitsfachberufe sowie der parallelen Befragung von Absolvent*innen und Arbeitgeber*innen in einer gemeinsamen Studie ist das durchgeführte Forschungsprojekt methodisch und auf seine Ergebnisse bezogen als bundesweit einzigartig zu betrachten. Wie sämtliche empirische Untersuchungen weist aber auch die hier vorgelegte Verbleibstudie Limitationen auf. Zur kritischen Bewertung der Verbleibstudie werden die wesentlichen Limitationen nun im Folgenden diskutiert.

Studiendesign

Im Vordergrund dieser empirischen Untersuchung stand die Darstellung und Beurteilung des beruflichen Verbleibs aller Absolvent*innen aus den bisherigen Kohorten der Modellstudiengänge in NRW. Um den Status-Quo diesbezüglich im Rahmen der begrenzten Projektlaufzeit explorativ zu dokumentieren und um mögliche ursächliche Zusammenhänge erkennen zu können, wurde die Untersuchung im Design einer Querschnittsstudie durchgeführt.

Die Aussagekraft einer Untersuchung im Querschnittdesign hat dabei methodisch bedingt Grenzen in der Aussagekraft. Veränderungen bestimmter Merkmale des beruflichen Verbleibs im Zeitverlauf können mit der vorliegenden Querschnittstudie nicht abgebildet werden. Mit der Studie VAMOS gelingt an dieser Stelle lediglich ein Pseudo-Längsschnitt durch die verschiedenen Kohorten bzw. Abschlussjahrgänge, die im Rahmen der Studie befragt wurden und die bezogen auf einige Parameter miteinander verglichen wurden. Dies erlaubt erste Vermutungen auf langfristige Entwicklungen bezogen auf die Zufriedenheit, den Verbleib in der klientennahen Versorgung und die Kompetenzentwicklung der Absolvent*innen. Vollständig gesicherte Aussagen zu diesen langfristigen Entwicklungen sind auf Basis der Querschnittstudie allerdings nicht möglich.

Da Erkenntnissen aus vergleichbaren Studien zufolge Absolvent*innen in Deutschland erst etwa drei bis fünf Jahre nach Studienabschluss stabile und ausbildungsadäquate berufliche Positionen gefunden haben (Flöther & Krücken, 2015), scheint über die vorliegende Studie hinausgehend zukünftig eine längsschnittliche und damit längerfristig angelegte Erhebung sinnvoll, um valide Daten zum langfristigen Verbleib der Absolvent*innen in der klientennahen Versorgung zu erhalten. Die Möglichkeit einer längsschnittlichen Erweiterung der Verbleibstudie ist im aktuellen Design bereits berücksichtigt worden, so dass Wiederholungsbefragungen zu

späteren Messzeitpunkten zur Abbildung des beruflichen Verlaufs der Absolvent*innen möglich sind.

Vergleichsgruppe: Absolvent*innen einer Fachschulausbildung

Eine Limitation der vorliegenden Studie ergibt sich für ausgewählte Untersuchungsbereiche (z.B. Kompetenz, Aufgabenbereiche und Vergütung) aus dem Fehlen einer Vergleichsgruppe. Im Rahmen der Verbleibstudie VAMOS wurden ausschließlich Absolvent*innen der Modellstudiengänge in NRW befragt. Eine Befragung von berufsfachschulisch ausgebildeten Gesundheitsfachpersonen war im Forschungsdesign nicht vorgesehen. Dies ist zum einen darin begründet, dass den beteiligten Projektpartnern ein adäquater und ausreichend zielgerichteter Zugang zu fachschulisch ausgebildeten Absolvent*innen nicht möglich war. Zum anderen war ein unmittelbarer Vergleich zwischen Hochschulabsolvent*innen und fachschulisch ausgebildeten Kolleg*innen auch nicht intendiert, da mit diesem eine erhöhte Gefahr der Wertung im Sinne von „besser“ und „schlechter“ verbunden gewesen wäre. Vielmehr sollten in der aktuellen Studie primär Spezifika der Absolvent*innen in den Vordergrund gerückt werden.

Eine objektive Prüfung der Performanz im Berufsalltag und ein dahingehender Vergleich der beiden genannten Gruppen haben im Rahmen der Studie nicht stattgefunden. Die mit der Studie generierten Erkenntnisse zum Kompetenzmehrwert und zu erweiterten Erwerbstätigkeitsprofilen der Hochschulabsolvent*innen beruhen folglich auf einer subjektiven Selbstauskunft der Absolvent*innen, die durch das Hinzuziehen der Perspektive der Arbeitgeber*innen (Fremdauskunft) validiert wurde.

Dem Problem der subjektiven Einschätzung wurde im Rahmen der Kompetenzermittlung dadurch entgegengewirkt, dass das entwickelte Instrument zur Selbstauskunft die wissenschaftlichen Gütekriterien (Objektivität und Reliabilität) in hohem Maße erfüllte.

Durch die kombinierte Selbst- und Fremdeinschätzung kann daher insgesamt davon ausgegangen werden, dass es trotz der fehlenden Vergleichsgruppe gelungen ist, die Aussagen zum Kompetenzmehrwehrt und zu weiteren berichteten Unterschieden zwischen Hoch- und Fachschulabsolvent*innen (Erwerbstätigkeitsprofile, Arbeitsweise etc.) ausreichend abzusichern.

Feldzugang Arbeitgeber*innen

Eine methodische Limitation ergibt sich aus dem gewählten Feldzugang bei der Befragung der Arbeitgeber*innen. In die vorliegende Studie wurden ausschließlich Arbeitgeber*innen einbezogen, die auch tatsächlich Absolvent*innen der betreffenden Studiengänge aus NRW beschäftigen. Auf diese Weise wurde in der Untersuchung gesichert, dass die antwortenden Personen möglichst über faktische Erfahrungen mit den Absolvent*innen verfügen und über

ebendiese in der Befragung berichten. Der Wiedergabe allgemeingültiger Meinungen, theoretischer Annahmen oder eventueller Ressentiments über Hochschulabsolvent*innen sollte auf diesem Weg entgegengewirkt werden. Die erzielten Ergebnisse lassen durch diese konzeptionelle Ausrichtung weitgehend valide Aussagen zu den Erfahrungen tatsächlicher Arbeitgeber*innen zu. Im Umkehrschluss bedeutete dieses Vorgehen aber auch, dass eine positive Verzerrung nicht ausgeschlossen werden kann und die Studie somit vermutlich kein repräsentatives Meinungsbild der gesamten Arbeitgeber*innen in NRW darstellt. Es darf angenommen werden, dass die befragten Arbeitgeber*innen, die sich für die Beschäftigung von Hochschulabsolvent*innen entschieden haben, der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe grundsätzlich positiver gegenüberstehen als die Grundgesamtheit der Arbeitgeber*innen in NRW.

Zudem ginge mit der negativen Bewertung der hochschulisch ausgebildeten Beschäftigten in der Befragung in gewisser Weise das Eingeständnis eines fehlerhaften eigenen Personalrecruitings einher. Auch dies kann das Antwortverhalten der Befragten positiv verzerrt haben.

Ebenso ist zu bedenken, dass der Zugang zu den Arbeitgeber*innen teilweise über die befragten Absolvent*innen stattgefunden hat. Diese hatten im Rahmen der Online-Befragung die Möglichkeit das Unternehmen zu nennen, bei dem Sie aktuell erwerbstätig sind. Möglicherweise wurde diese Angabe vor allen von den Absolvent*innen getätigt, die davon ausgegangen sind, dass ihre Arbeitgeber*innen in der anschließenden Befragung besonders positiv über sie berichten. Auch dies kann die Ergebnisse eventuell verzerrt haben.

Stichprobengröße

Mit der Studie VAMOS ist es gelungen, die bisher deutschlandweit größte zusammenhängende Stichprobe an Absolvent*innen der Modellstudiengänge in den Gesundheitsfachberufen zu befragen. Die untersuchte Stichprobe hat einen Gesamtumfang von 515 Absolvent*innen. Es wurden 239 Absolvent*innen aus den therapeutischen Berufsgruppen[25] , 244 Pflegende und 32 Hebammen befragt. Insbesondere die Anzahl der befragten Hebammen und Ergotherapeut*innen erscheint für berufsgruppenspezifische Subgruppenanalysen und komplexere statistische Verfahren relativ gering, was eine Limitation der Studie darstellt. Der begrenzende Faktor ist hierbei die geringe Grundgesamtheit von insgesamt 1124 Absolvent*innen[26] im Feld (Bundesland NRW zum Befragungszeitpunkt im April 2018), die eine wesentlich höhere Zahl von Teilnehmer*innen unerreichbar macht.

[25] Physiotherapie (n=97), Ergotherapie (n=47) und Logopädie (n=95)
[26] Physiotherapie (N=185), Ergotherapie (N=90), Logopädie (N=177), Hebammenkunde (N=80) und Pflege (N=592)

Tatsächlich bewegt sich die Gruppengröße der vorliegenden Studie im Bereich vergleichbarer Untersuchungen für das gesamte restliche Bundesgebiet und weist mit 46% eine deutlich höhere Rücklaufquote auf als dies beispielsweise in der Studie von Blümke und Kolleg*innen (10%) der Fall ist (Blümke et al., 2019).

Mit der Studie wurden für das Bundesland NRW mehr hochschulisch ausgebildete Therapeut*innen und Hebammen befragt als dies in den bisherigen Studien im gesamten restlichen Bundesgebiet gelungen ist (Blümke et al., 2019; Sterz & Blättner, 2017). Für den Pflegebereich liegt die Anzahl der im Rahmen von VAMOS befragten Pflegefachpersonen zwar etwas unter der Fallzahl einer kürzlich publizierten Verbleibstudie von Baumann und Kugler (n = 273), wobei hier bezogen auf die Grundgesamtheit zu bedenken ist, dass die befragten Absolvent*innen in der letztgenannten Studie deutschlandweit aus insgesamt 14 Hochschulen rekrutiert wurden (Baumann & Kugler, 2019) und nicht aus fünf Hochschulen in einem einzigen Bundesland.

Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Studie VAMOS in allen betroffenen Berufsgruppen mit ihrer Stichprobengröße zu einer signifikanten Erweiterung der bisher in Deutschland empirisch untersuchten Fallzahlen beiträgt und insbesondere für das Bundesland NRW valide Aussagen zum Verbleib und der beruflichen Situation getroffen werden können. Entscheidender für die Kraft der Aussagen erscheint hier ohnehin die Stichprobenrepräsentativität. Mit Blick auf die Grundgesamtheit der Absolvent*innen in NRW scheint es hierbei bezogen auf wesentliche Merkmale gelungen zu sein, eine weitgehend repräsentative Stichprobe von Absolvent*innen im Rahmen der vorliegenden Verbleibstudie zu befragen (vgl. Abschnitt 3.1.1). Lediglich in der Pflege und der Physiotherapie ist die Stichprobe der Online-Befragung bezogen auf die Abschlussnote leicht positiv selektiert. Es kann dennoch insgesamt davon ausgegangen werden, dass die festgestellten Ausprägungen und Verteilungen von Merkmalen zum beruflichen Verbleib in der Stichprobe durchaus verallgemeinerbar für alle Absolvent*innen der Modellstudiengänge im Bundesland NRW sind.

Generalisierbarkeit von Aussagen zur Nachhaltigkeit der Modellstudiengänge

Die Verlängerung der Modellklauseln zum Ende der ersten Modellphase wurde vor allem mit ungeklärten Fragen bezüglich der Nachhaltigkeit der Studiengänge begründet (siehe Kapitel 1.2). Hierzu zählten neben den Fragen nach dem Verbleib der Absolvent*innen im Beruf und ihrer beruflichen Zufriedenheit auch Fragen nach der Höhe der Kosten hinsichtlich einer teilweisen oder kompletten Überführung der beruflichen in eine hochschulische Ausbildung und die langfristigen Auswirkungen der Akademisierung auf die Versorgungsqualität.

Die vorliegende Studie hatte an dieser Stelle ausschließlich das Ziel, die Fragen zum Verbleib der Absolvent*innen zu beantworten und diesbezüglich Schlussfolgerungen zur Nachhaltigkeit der Modellstudiengänge abzuleiten. Die Beantwortung von Fragestellungen, die auf die

Finanzierung und Versorgungsqualität bezogen sind, war in der Konzeption der Studie VAMOS nicht vorgesehen und es können hierzu infolgedessen nur erste Hinweise auf eventuell eintretende Effekte gegeben werden. Diesbezüglich wären in der Zukunft gesundheitsökonomische Analysen der Folgekosten und methodisch aufwändigere Wirksamkeitsstudien notwendig, die die Finanzierung und Qualität der Gesundheitsversorgung eingehend in den Blick nehmen. Hierbei ist zudem anzumerken, dass für solche Studien erst eine ausreichende Zahl an Absolvent*innen in den Berufsfeldern tätig sein sollte, bevor hier aussagekräftige und generalisierbare Ergebnisse generiert werden können. Vor dem Hintergrund der insgesamt 216.188 in NRW sozialversicherungspflichtig Beschäftigten[27] in den fünf Berufsfeldern (MAGS, 2019) erscheinen die aktuell gut 1200 Absolvent*innen im Feld zu gering, um Veränderungen der Versorgungsqualität auf der Makroebene hervorzurufen (z.B. Komplikations- oder Mortalitätsraten).

Zudem erscheint es bezüglich einer Bewertung der Versorgungsqualität auch notwendig, nicht nur den unveränderten aktuellen Stand der Versorgung abzubilden, sondern vielmehr auch Zukunftsszenarien mit veränderten Rahmenbedingungen in die Einschätzung der (möglichen) Effekte auf die Versorgungsqualität einzubeziehen.

[27] 176.001 Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger*innen, 9.094 Ergotherapeut*innen, 4.529 Logopäd*innen, 23.995 Physiotherapeut*innen und 2.569 Hebammen (MAGS, 2019)

6 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND HANDLUNGSIMPLIKATIONEN

6.1 KONSEQUENZEN FÜR DIE ZUKÜNFTIGE HOCHSCHULISCHE AUSBILDUNG

Die Ergebnisse der Verbleibstudie zeigen deutlich, dass die mit den Modellstudiengängen begonnene akademische Weiterentwicklung der Qualifikationswege und Kompetenzprofile in den Gesundheitsfachberufen erfolgreich ist. Um diesen Weg zukünftig mit angemessenen hochschulischen Bildungsprogrammen fortführen zu können, sind Veränderungen in der Gesundheits- und Bildungspolitik notwendig.

Die wesentlichen Konsequenzen, die aus der Studie VAMOS für die Ausgestaltung der zukünftigen hochschulischen Ausbildung abgeleitet werden können, werden im Folgenden beschrieben.

6.1.1 REGELSTUDIENGÄNGE EINFÜHREN UND LANGFRISTIG SICHERSTELLEN

Wie die Ergebnisse der Verbleibstudie VAMOS zeigen, arbeiten die in den Modellstudiengängen hochschulisch qualifizierten Absolvent*innen in der Regel in der klientennahen Versorgung. Sie sind in der Berufspraxis nach eigener Einschätzung handlungssicher und bringen laut der Erfahrungen ihrer Arbeitgeber*innen erweiterte Handlungskompetenzen in die Versorgung ein (z.B. evidenzbasiertes und interprofessionelles Arbeiten). Die Studiengänge erreichen an dieser Stelle das an Sie primär gestellte Ziel und bereiten die Absolvent*innen adäquat auf die Berufspraxis und (zukünftige) komplexe Anforderungen in der direkten Versorgung von Klient*innen vor.

Es erscheint unter diesem zentralen Gesichtspunkt folgerichtig, die erprobten Studiengänge in den Regelbetrieb zu überführen. Hierfür sollten in allen untersuchten Berufsgruppen, soweit noch nicht geschehen, die notwendigen gesetzlichen Grundlagen und die finanziellen Voraussetzungen zur Umsetzung von Regelstudiengängen geschaffen werden.

Die Ergebnisse der Studie können in diesem Zusammenhang für die Weiterentwicklung und die Qualitätssicherung der Modellstudiengänge genutzt werden. Das Ziel einer optimalen gesundheitlichen Versorgung und der Einsatz der hierfür erforderlichen Kompetenzen sollte dabei im Mittelpunkt stehen und in einem engen Austausch von Wissenschaft und Versorgungspraxis aufgegriffen werden.

Die Curricula sollten für die erfolgreiche Umsetzung der Studiengänge im Regelbetrieb entsprechend der generierten Erkenntnisse überprüft und wo notwendig angepasst werden. Beispielsweise ist bei der adäquaten inhaltlichen Ausgestaltung der Praxisanteile in den Studiengängen (z.B. realitätsnahe Simulationsszenarien in Skills-Labs) nicht nur die Quantität, sondern insbesondere auch die Qualität des Kompetenzerwerbs zu berücksichtigen.

6.1.2 AUSBAU VORHANDENER STUDIENANGEBOTE ZUR INHALTLICHEN WEITERENTWICKLUNG DER GESUNDHEITSFACHBERUFE UND ALS BEITRAG ZUR REDUZIERUNG DES FACHKRÄFTEMANGELS

Die Arbeitsfelder der Absolvent*innen sind berufsgruppentypisch bzw. fachadäquat und liegen bisher in der Regel innerhalb der direkten Versorgung von Klient*innen (v.a. Krankenhaus und therapeutische Praxis) und nur zu einem geringen Anteil im Bereich von Wissenschaft, Lehre und Management. Dieser festgestellte berufliche Verbleib stellt mit Blick auf den in der Versorgungspraxis herrschenden Fachpersonenmangel ein sehr positives Ergebnis dar. Um den Bedarf in der Versorgung nachhaltig decken zu können, reichen die bisher bestehenden hochschulischen Ausbildungskapazitäten aber nicht aus. Insofern erscheint der Ausbau der vorhandenen primärqualifizierenden bzw. ausbildungsintegrierenden Studienkapazitäten an den Hochschulen (Zahl der Studiengänge und der Studienplätze) notwendig.

Für die Weiterentwicklung der gesamten Gesundheitsversorgung und die einzelne Professionsentwicklung (Inhaltliche Weiterentwicklung der Pflege, Physiotherapie, Logopädie Ergotherapie und Hebammenkunde) scheint es zudem empfehlenswert, dass das Angebot an anschlussfähigen Bachelor- und Masterstudiengängen (z.B. klinisch ausgerichtete Masterstudiengänge) weiter ausgebaut wird. Darüber hinaus sollte ermöglicht werden, dass Hochschulabsolvent*innen vermehrt auch im Bereich Wissenschaft und Lehre tätig werden und damit einen Beitrag zur Entwicklung der Professionen als wissenschaftliche Fachdisziplinen leisten können. Zur Verstetigung der Qualität der Lehre auf hochschulischem Niveau und zur Förderung des Akademisierungsprozesses insgesamt sollten hier an den Hochschulen für ausgewählte und qualifizierte Absolvent*innen entsprechende Entwicklungsmöglichkeiten geschaffen werden.

6.2 KONSEQUENZEN FÜR DIE ZUKÜNFTIGE VERSORGUNGS- UND UNTERNEHMENSPRAXIS

Mit dem Wandel in den Gesundheitsberufen kommt eine neue Generation von hochschulisch ausgebildeten Gesundheitsfachpersonen in die Gesundheitseinrichtungen, die es möglichst systematisch und nachhaltig in die Versorgungs- und Unternehmenspraxis zu integrieren gilt. Nachfolgend werden diesbezüglich drei zentrale Handlungsfelder näher beschrieben, in denen aus den Ergebnissen der Verbleibstudie VAMOS direkte Konsequenzen abgeleitet werden können.

6.2.1 HANDLUNGSSPIELRÄUME UND RAHMENBEDINGUNGEN ZUR ERSCHLIEßUNG VON KOMPETENZMEHRWERTEN WEITERENTWICKELN

In wesentlichen Praxisfeldern ist der Mehrwert durch das Studium erkennbar und bestätigt (evidenzbasiertes Arbeiten, Prozesssteuerung, interprofessionelle Zusammenarbeit etc.). Im Vergleich zu fachschulisch ausgebildeten Kolleg*innen werden erweiterte Kompetenzen und erweiterte Tätigkeitsprofile deutlich, was internationale Erfahrungen bestätigt. Angesichts der zunehmenden Komplexität der Versorgungs- und Behandlungssituationen, insbesondere in Verbindung mit der steigenden Zahl an multimorbiden und chronisch erkrankten Menschen, können die Absolvent*innen mit ihrem festgestellten Kompetenzmehrwert perspektivisch aus Sicht der befragten Arbeitgeber*innen einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität leisten. Das genaue Ausmaß, in dem die hochschulische Qualifikation zu einer Verbesserung beiträgt, ist wegen des geringen Anteils von Absolvent*innen im Feld nur schwer abzuschätzen. Die bisherigen Erfahrungen dieser „Pionier*innen“ und ihrer Arbeitgeber*innen lassen sich noch nicht generalisieren, geben aber solide Hinweise auf die zu erwartenden Mehrwerte. Diese scheinen allerdings stark abhängig zu sein von den spezifischen Handlungsspielräumen und den Rahmenbedingungen (Organisations- und Versorgungsstrukturen), die sich den individuellen Absolvent*innen in der Berufspraxis jeweils bieten.

Es ist entsprechend angezeigt, die Stellenbeschreibungen, Handlungsspielräume und Rahmenbedingungen so weiterzuentwickeln, dass die Mehrwerte der hochschulischen Qualifikation verstärkt zur Verbesserung der Versorgung von Klient*innen erschlossen werden können. Diesbezüglich ist die weitere Differenzierung von konkreten Rollen- und Tätigkeitsprofilen, Aufgabenbereichen und Verantwortlichkeiten bedeutsam. Hierzu erscheint es zum einen empfehlenswert, dass in den Versorgungseinrichtungen weitere Konzepte zur systematischen Integration und zur besseren Nutzung der Kompetenzen der akademischen Fachpersonen entwickelt werden. Zum anderen ist der Gesetzgeber aufgefordert, die Berufsgesetze, soweit noch nicht geschehen, in Hinblick auf eine hochschulische Ausbildung und die damit verbundenen Kompetenzprofile anzupassen.

6.2.2 ZUFRIEDENHEIT UND VERBLEIB DER AKADEMISCHEN FACHPERSONEN LANGFRISTIG SICHERSTELLEN

Die Absolvent*innen sind mit dem gewählten Beruf und der aktuell ausgeübten Erwerbstätigkeit insgesamt zufrieden. Erkennbar ist aber auch, dass die Zufriedenheit der Absolvent*innen und damit die Berufsverweildauer von den organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen abhängen.

Für den dauerhaften Verbleib der Absolvent*innen wäre es somit zukünftig erforderlich, dass geeignete klinische Tätigkeitsprofile die erweiterten Kompetenzen in der direkten Versorgung nutzen und somit auch eine qualifikationsadäquate Beschäftigung (in spezifischen besonderen Aufgabenbereichen) ermöglichen.

Für die langfristige Zufriedenheit sind zudem auch verbesserte Vergütungsmöglichkeiten in den Berufsfeldern erforderlich, die sowohl von den Absolvent*innen wie auch von den Arbeitgeber*innen als angemessen für die geleistete Arbeit empfunden werden. Andernfalls scheint mittelfristig, insbesondere in Verbindung mit qualifikationsinadäquater Beschäftigung und eingeschränkten Entwicklungsmöglichkeiten im beruflichen Umfeld, eine steigende Unzufriedenheit bei den Absolvent*innen wahrscheinlich. Hier sind auf gesundheitspolitischer Ebene umfassende Lösungen notwendig, die anschließend auf unternehmensspezifischer Ebene umgesetzt werden sollten (u.a. qualifikationsadäquate Vergütung erweiterter Tätigkeitsprofile, Eingruppierung in Tarifstruktur).

6.2.3 REALISTISCHE ERWARTUNGEN UND GEGENSEITIGE WERTSCHÄTZUNG AUSBAUEN

Die Ergebnisse der Verbleibstudie zeigen, dass die Absolvent*innen im Berufsfeld gut akzeptiert werden und der Berufseinmündungsprozess vor allem dann erfolgreich ist, wenn bei allen Beteiligten eine realistische Erwartungshaltung und gegenseitige Wertschätzung vorherrschen. Für die erfolgreiche Berufseinmündung erscheint es wichtig, dass die neue akademische Qualifikation in den Unternehmen von allen Beteiligten als wichtige Bereicherung anerkannt und als Aufwertung des gesamten Berufsbildes wahrgenommen wird. Für den hierzu notwendigen Transformationsprozess des bestehenden Systems ist es empfehlenswert, dass es in den Unternehmen fördernde Strukturen und Akteure gibt, die den Mehrwert durch die akademische Qualifikation für alle Beteiligten verständlich darstellen und die den positiven Dialog zwischen den studierten Berufseinsteiger*innen und fachschulisch ausgebildeten Kolleg*innen fördern.

SUPPLEMENT: FESTSTELLUNGEN AUS EXTERNER SICHT

Autor: Beat Sottas (sottas formative works)

KOMMENTIERUNG DER ERGEBNISSE DER VERBLEIBSTUDIE

Diskussion der empirischen Ergebnisse

Eine Evaluation des Verlaufs, der Ergebnisse und der Zielerreichung entspricht den Standards der Politiküberprüfung, -steuerung und -weiterentwicklung. Mit den drei Teilpaketen (Beschäftigung & Verbleib; Kompetenz & Performanz; Sicht der Arbeitgeber*innen und Employability) wird für den spezifischen Bereich der Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen auf Hochschulebene mit wissenschaftlichen Methoden eine systematische und nachvollziehbare ex-post-Analyse vorgelegt. Diese gestattet eine Bewertung des Bildungsauftrags, seiner Interpretation, der konzeptionellen Rahmung und Umsetzung in den verschiedenen Studienangeboten, die unter der Modellklausel angeboten werden, sowie der Auswirkungen auf die Absolvent*innen beim Berufseinstieg und der Akzeptanz auf dem Arbeitsmarkt.

Weil der Schreibende erst in der späten Phase der Ergebniszusammenführung und -verdichtung involviert worden ist, kann und soll keine Beurteilung der Arbeit der Evaluationsbeauftragten vorgenommen werden. Im vorliegenden Bericht werden Methodik und Ergebnisse verschiedentlich diskutiert und reflektiert. Gestützt auf Auszüge der Teilberichte und zwei Arbeitstreffen der Steuergruppe soll an dieser Stelle lediglich global festgehalten werden, dass Qualitätsmerkmale und allgemeine Grundprinzipien für professionelles Evaluationshandeln der Beauftragten wie Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit im Vorgehen, Wissenschaftlichkeit bei der Datenerhebung und -auswertung, aber auch Ergebnisoffenheit und Unvoreingenommenheit, Transparenz, Darstellung der Sicht von Beteiligten und Betroffenen, Nachvollziehbarkeit der Bewertung, Nutzenorientierung sowie die Bereitschaft zur Berichterstattung und Ergebnisdiskussion gut erkennbar sind.

Gemessen an dem im internationalen Vergleich geringen Output von 1124 Absolvent*innen aus 11 Studiengängen an 7 Standorten (bei einer Gesamtbevölkerung von 18 Mio. Einwohnern in NRW) hat dabei gelegentlich die Granularität der Untersuchung erstaunt. Gemessen an den vier Kernfragen der Verbleibstudie wirkte das akribische Bemühen, zusätzlich auch noch eine Vielzahl von Nebenaspekten zu ergründen und mit robusten Daten zu belegen, auf den außenstehenden Beobachter zuweilen wie eine überspannte Ausweitung, Auffächerung und Verzettelung des Erkenntnisinteresses.

Vor diesem Hintergrund muss unbedingt die Leistung der Projektverantwortlichen bei der umsichtigen Zusammenführung, Integration, Aggregierung in Ergebnisfelder und Verdichtung zu 10 Kernaussagen (vgl. Unterkapitel 5.1 bis 5.5) gewürdigt werden. Ihnen ist es gelungen,

einen Grad an Maßgeblichkeit und Fokussierung im Sinne des Auftrags zu erreichen. Dabei werden zwar auf alle Fragen (auch solche, die erst im Laufe des Verfahrens gestellt wurden) datengestützte Antworten abgeleitet und erarbeitet, doch der Blick bleibt auf die wesentlichen Aspekte von Beschäftigung und Verbleib; Kompetenz und Performanz; Sicht der Arbeitgeber*innen und Employability gerichtet. Für die Glaubwürdigkeit wichtig ist unseres Erachtens, dass eine Instrumentalisierung der Ergebnisse für ein pro domo-Plädoyer abgedämpft wurde; der Ausbau der Studienangebote sowie die Kapazitäts- und Ressourcenerhöhung auch für Wissenschaft und Lehre werden zwar als Ziel und Priorität erwähnt, doch die Eigeninteressen der Hochschulen bleiben nur beiläufig angedeutet.

Diskussion der Kernaussagen der Studie

Nach der extensiven Ergebnisdarstellung und -diskussion ist in der Berichterstattung eine Verdichtung notwendig, um die Antworten zu bündeln. Die Darstellung in Form 10 prägnanter Kernaussagen ist formal ansprechend und vermittelt klare Botschaften. Diese sind aus den Daten und den Ergebnissen in den fünf kategorisierten Themenfeldern (Aufgaben und Beschäftigungsmerkmale, Kompetenznutzung und Qualifikationsadäquanz, Zufriedenheit und Akzeptanz, Berufseinmündung und -ausübung sowie Zukunftsperspektiven) hergeleitet. Durch die Kommentare und Erläuterungen mit ausgewählten, aber differenziert gebündelten Daten und Verweisen wird einerseits die wissenschaftliche Fundierung dieser Ergebnisse dokumentiert und andererseits dem Anspruch an Belegbarkeit und Nachvollziehbarkeit akkurat Rechnung getragen.

Weil bereits im Zuge der Erarbeitung der Kernaussagen mit den Projektverantwortlichen ein intensiver Austausch über Prioritätensetzung und Schärfung der Aussagen stattgefunden hat, soll an dieser Stelle das Augenmerk primär auf die Diskussion von Inhalten, Botschaften und Konsequenzen gerichtet werden.

1) Den Absolvent*innen gelingt i.d.R. eine einschlägige Berufseinmündung, welche
2) bei 8 von 10 Absolvent*innen ein Tätigkeitsprofil mit klientennahen Aufgaben aufweist. Diese Aussagen und Ergebnisse belegen zum einen die Zielkonformität der Bildungsoutcomes: die Absolvent*innen gehen in die Versorgung und arbeiten mit Patient*innen; zudem ist die hochschulische Ausbildung bei den ersten Kohorten von Absolvent*innen kein Durchlauferhitzer und Wegbereiter für Berufslaufbahnen außerhalb des professionsspezifischen Tätigkeitsspektrums in Klinik oder ambulantem Setting oder überhaupt außerhalb des Gesundheitswesens. Darüber hinaus entkräften sie gut begründet die (auch in der Schweiz politisch instrumentalisierten) Vorurteile, dass „Hochschule vom Patienten wegqualifiziert“. Die Modellklausel hat in dieser Hinsicht ein Ziel erreicht: Die zur Stärkung der Gesundheitsversorgung getätigten Bildungsinvestitionen haben den beabsichtigten Effekt, weil die hochschulischen Ausbildungen den Weg in eine professionsadäquate Beschäftigung tatsächlich anbahnen.

3) Bei ⅔ der Befragten sind die klientennahen Aufgaben fachlich erweitert. Neben einer durch die Berufsgesetze bedingten eng konzipierten Fachlichkeit sind die Absolvent*innen in der Lage, professionsspezifisch und berufsgruppenübergreifend Aufgaben insb. im Bereich Beratung, interprofessionelle Zusammenarbeit, Projektarbeit, wissenschaftliche Recherche, Konzeptentwicklung und Expertentätigkeiten zu übernehmen, die über das hinausgehen, was andere Fachpersonen im Betrieb können. Die an der Hochschule erworbenen und gestärkten Kompetenzen führen damit zu einer Leistungsfähigkeit, die sich zumeist abhebt von den an Berufsfachschulen ausgebildeten Kolleg*innen. Die von Sachverständigenrat (2010) und Wissenschaftsrat (2012) postulierte Erweiterung der Anforderungsprofile und des Kompetenzspektrums scheint eingelöst zu werden und die Absolvent*innen sind fit für die Berufsausübung in komplexer werdenden Versorgungsmodellen. Dies ist, wie noch dargelegt wird, ein wesentliches Ergebnis und eine gute Basis im Hinblick auf die Bewältigung künftiger Herausforderungen.

4) Die berufliche Handlungssicherheit ist in allen untersuchten Kompetenzdimensionen hoch & 5) Die Arbeitgeber*innen nehmen einen Kompetenzmehrwert wahr. Diese beiden Aspekte sind insbesondere im Vergleich mit der Schweiz[28] interessant, wo nun seit über 10 Jahren akademisierte Pflegefachpersonen und Therapeut*innen in die Arbeitswelt gehen. Beim Systemwechsel wurden Befürchtungen und Vorurteile gestreut, dass die „Studierten" nicht praxistauglich seien. Beim Direktvergleich der Abschlusskompetenzen zeigte sich (insb. bei der Pflege), dass in der Eintrittsphase lediglich beim Durchführen direkt patientenbezogener Maßnahmen signifikante und bei der Anleitung von Lernenden teilweise Defizite gegenüber den Absolvent*innen der Höheren Fachschulen bestanden, dass aber insb. hinsichtlich der Kompetenzdimensionen Planen/Steuern/Evaluieren, Beraten/Informieren, Patientenedukation, Qualitätssicherung, wissenschaftliche Fundierung und disziplinenübergreifendem Austausch die Vorsprünge bei den Hochschulabsolvierenden lagen. Der Umstand, dass die Defizite i.d.R. nach einem halben Jahr überwunden waren, relativierte und widerlegte die Befürchtungen. Deutlich wurde zudem, dass die doppelt so lange Praxisimmersion auf dem berufsschulischen Bildungsweg zwar Vorsprünge bei Kenntnissen, Fertigkeiten und sicherem Handeln in einem eng konzipierten Aufgabenspektrum ermöglichte, dass sich diese aber nicht als dauerhaft nachwirkender komparativer Vorteil halten können. Die Kontroverse ist längst abgeschlossen – dafür ist mit der steigenden Anzahl Hochschulabsolvent*innen wegen den in Kernaussage 3 thematisierten fachlichen Erweiterungen und Potenzialen die Professions- und Organisations-

[28] In der Schweiz werden seit 2002 bzw. 2006 folgende Gesundheitsberufe ausschließlich auf Fachhochschulebene angeboten: Ergotherapie, Hebammenkunde, Physiotherapie, Ernährung und Diätetik. Die Pflege und die medizinisch-technische Radiologie schließen in der französischsprachigen Schweiz auf FH-Ebene mit einem BSc ab, während in der deutschsprachigen Schweiz diese Abschlüsse aufgrund politischer Entscheide zu 85% in einer in Deutschland so nicht vorhandenen Höheren Berufsfachschule (Tertiär B) erworben werden.

entwicklung dynamisiert und beschleunigt worden, um diese Kompetenzen zur Verbesserung der Versorgungsleistungen, erhöhtem Nutzen für die Patienten sowie auch höherer Wertschöpfung differenziert zu nutzen (und finanziell abzugelten).

6) Fast ⅔ der Befragten Absolvent*innen sind mit ihrem Job zufrieden,

empfinden aber das Gehalt als nicht angemessen. Die Verbleibstudie verweist mit dieser Kernaussage auf ein Paradoxon, das eine kritische Bruchlinie markiert.

Auf der einen Seite wird der vorgegebene Zielpunkt erreicht: Mit dem hochschulischen Bildungsweg wird insb. der überwiegenden Mehrheit der Therapeut*innen eine gelingende und erfolgreiche Berufseinmündung ermöglicht. Die Bestausgebildeten mit dem aktuellsten Wissen wollen sich effektiv in den Dienst der Gesundheitsversorgung stellen und dort einen Beitrag leisten, wo ihre Kompetenzen einen besonders großen Effekt und Nutzen erzeugen: bei der Bewältigung des soziodemographischen Wandels und des veränderten Krankheitsspektrums, also bei älteren, multimorbiden Patient*innen und chronisch Erkrankten, Menschen in Rehabilitation und Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung, in der häuslichen Versorgung sowie beim Ermöglichen von selbstbestimmtem Leben und Teilhabe. In vielen Fällen ist dies getragen von viel Idealismus und intrinsischer Motivation, sowie vermutlich auch von den motivierenden Berichten über die Professionsentwicklungen in Nachbarländern und auf internationaler Ebene.

Auf der anderen Seite sind ⅔ unzufrieden mit der Situation, dass die Höherqualifikation und die zusätzlichen fachlichen klientennahen und klientenfernen Kompetenzen nicht zu Anerkennung bzw. einer höheren Entlohnung führen. Höppner und Beck (2019) sprechen in ihrer Analyse von 629 „Therapeuten am Limit"-Brandbriefen von „beruflichen Gratifikationskrisen" und verbreiteter Verunsicherung, weil die Berufsarbeit nicht zur Bestreitung des Lebensunterhalts reicht sowie Überengagement und Selbstausbeutung unausweichlich sind. Dies lässt sich ergänzen mit dem Verweis auf internationale Quervergleiche, in denen die Absolvent*innen nachlesen können, dass anderorts hochschulische Qualifikation geschätzt wird und nicht ins Prekariat führt.

7) Die Arbeitgeber*innen sind zufrieden, akademisierte Absolvent*innen eingestellt zu haben. Aufgrund der Daten kann diese Aussage zwar nicht für ganz NRW verallgemeinert werden – kleine Altenheime, Therapie-Einzelpraxen und kleine ambulante Dienste sind in den Daten wenig abgebildet und sie haben i.d.R. kaum disziplinen- und sektorenübergreifende Aufgaben. Umgekehrt kann geschlossen werden, dass die Absolvent*innen ihre Kompetenzen an den richtigen Ort bringen, nämlich in große Organisationen im Gesundheits- und Sozialbereich, in denen komplexe Herausforderungen mit veränderten Bedarfen von den darin tätigen Fachpersonen erweiterte und zum Teil zusätzliche Kompetenzen verlangen. Unter dem Gesichtspunkt der „Employability" ist es ein wichtiges und ermutigendes Feedback, wenn die Arbeitgeber*innen in dieser Kategorie von Mitarbeitenden klare Mehrwerte erkennen. Auch

wenn die Fachbereiche auseinanderdriften – Pflege, Hebammen und Therapieberufe haben nicht die gleichen Bedingungen, Opportunitäten und Perspektiven – dürfte es eine Frage der Zeit sein, bis die auch in der Schweiz gemachten Erfahrungen bei intraprofessionellen Differenzierungen sowie in der Angebots- und Organisationsentwicklung einsetzen. Als Nebeneffekt hat sich in der Schweiz gezeigt, dass bei Hochschulabsolvent*innen Zufriedenheit und Berufsverweildauer signifikant steigen.

8) Erfolgsfaktoren gelingender Berufseinmündung sind für Arbeitgeber*innen die Einarbeitung, eine Erwartungsklärung, Klarheit im Stellenprofil und angemessene Arbeitsbedingungen. Obschon die Kranken- und Altenpflege im Prinzip seit 2003 sowie betr. Hebammen und Therapieberufe seit 2009 Gewissheit haben, dass eines Tages Mitarbeitende mit Hochschul-Ausbildungen kommen werden, haben sich Arbeitgeber*innen – wie in der Schweiz auch – nur ausnahmsweise mittels Organisationsentwicklung und qualifikationsadäquaten Stellenprofilen darauf vorbereitet. Die Klärung der Erwartungen aller Beteiligten ist zentral, weil in Deutschland u.a. die rechtlichen, organisatorischen, tariflichen Rahmenbedingungen anders sind als in den Beispielen, die in der Fachpresse oder auf internationalen Tagungen dargestellt werden.

9) Rund die Hälfte der Absolvent*innen möchte zumeist klinisch ausgerichtet weiterstudieren, aber Arbeitgeber*innen sind ambivalent, obschon sie den potenziellen Nutzen erkennen.

Die mit der Hochschulbildung verknüpfte Evidenzbasierung und Reflexivität führen dazu, dass die Absolvent*innen ihren eigenen Wissensstand permanent hinterfragen und gerade auch im Interesse einer wirkungsvolleren Versorgung die erkannten Lücken schließen und sich – gleich wie Mediziner*innen oder Kolleg*innen in anderen Ländern – in Teilbereichen spezialisieren wollen. Weil nicht alle zusätzlich einen Masterstudiengang absolvieren können oder wollen, führte dies in der Schweiz u.a. dazu, dass die Nachfrage nach hochschulischer Weiterbildung mittels CAS/DAS/MAS-Kursen boomt – übrigens auch unter den Abgängern der Berufsschulen. Mit Blick auf die Nutzung der Mehrwerte und nicht ganz uneigennützig zur Steigerung ihrer Attraktivität bezahlen Arbeitgeber i.d.R. die Hälfte der Kosten und gewähren anteilsmäßig bezahlte Urlaubstage.

10) Alle befragten Arbeitgeber*innen sind offen für die Einstellung weiterer Absolvent*innen, aber die hohen Bedarfe und der Fachpersonenmangel lassen keine spezifische Selektion zu. Der Mangel an qualifizierten Fachpersonen ist ein weltweites Phänomen. Ausbildungskapazitäten sind ein Grund, entscheidender sind aber die kurze Berufsverweildauer und der Personalhunger des Gesundheits- und Sozialbereichs (Bedarf an zusätzlichen Arbeitskräften liegt um Faktor 2-3 über den anderen Branchen). Aktuell rollt zudem die Pensionierungswelle der Baby-Boomer-Generation an. Dieser Mix stellt eine systemrelevante Bedrohung dar, zu deren Bewältigung die Betriebe und das Land je spezifische Beiträge zu

leisten haben. Die Kernaussage bringt daher auch zum Ausdruck, in welchem Maße systemische Steuerungsprobleme als Folge ungünstiger und ungelöster rechtlicher, struktureller und organisatorischer Fragen die Nutzung von Innovationen verhindern, die vom Arbeitsmarkt begrüßt werden. Arbeitgeber können bzw. müssen allerdings proaktiv mehr tun, weil die *Millenials* („Kinder der Jahrtausendwende", y und z-Generation, alpha-Generation) hohe Erwartungen haben: erfüllende Aufgaben, attraktiver Arbeitsplatz, ein gutes Arbeitsklima, individuelle Entwicklungsmöglichkeiten, klare Leadership u.dgl. mehr.

ENTWICKLUNGSLINIEN IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

Ganz grundsätzlich ist festzustellen, dass Akademisierungsprozesse vielfach ein Ergebnis der Bewältigung von Mangelsituationen sind: Wenn über längere Zeiträume hinweg oder infolge soziodemographischer Verschiebungen Versorgungslücken bestehen, werden diese durch Ausweitung des *scope of practice* beim vorhandenen Personal gefüllt (z.B. Bader und Metzger als Kriegschirurgen, Gemeindeschwestern und Nurse Practitioners als Grundversorger) oder durch neue Funktionen (z.B. Physician Assistants). Weil Heiltätigkeiten zum Schutz vor Schädigung und Täuschung i.d.R. nur mit staatlicher Genehmigung ausgeübt werden können, wird die Regulierung von Bildung und Praxis angepasst. Dabei legen die – je nach Land unterschiedlich zugeschnittenen – Bildungs-, Berufe- oder Gesundheitsgesetze gerade wegen ihrer Vielfalt beredtes Zeugnis davon ab, mit welchen Rollenbildern und Erwartungen jeweils die Rahmung angegangen wird. Während im angelsächsischen oder skandinavischen Raum bedarfsgesteuerte Substitutionsmodelle mit hoher professioneller Autonomie verbreitet sind, setzt das deutschsprachige Europa auf ärztliche Delegation an „Heilhilfsberufe", die heute zwar einen robusten Bildungsrucksack haben, die aber unbesehen ihres Könnens und ihrer Leistungsfähigkeit untergeordnet und in ihrem Handeln eng limitiert bleiben. Der internationale wissenschaftliche Austausch schärft das Bewusstsein für die Unterschiede dieser Konzeptionen, insbesondere für die Potenziale und Opportunitäten aber auch die Nachteile. Länder mit jahrzehntelanger Erfahrung und einschlägiger Bildungs- und Versorgungsforschung (insb. USA, Kanada, Australien, UK, Neuseeland, Schweden, Finnland, Norwegen) zeigen, was in Bildung, Berufsausübung und Professionsentwicklung gesicherter Standard ist. Eine kursorische Internet-Recherche und die vielen vom Autor organisierten Studienreisen nach Schweden zeigen denn auch, dass die Akademisierung des Gesundheitspersonals primär im deutschen Sprachraum diskutiert wird. Mit Blick auf die ähnlichen Konstellationen bei den Indikatoren betr. Morbidität, Personal, Kosten stellt sich daher die Frage, was denn in Deutschland so anders ist, dass weiteres Experimentieren und Lavieren bei den Modellversuchen notwendig ist.

Der *academic drift* – die hochschulische Ausbildung nichtmedizinischer Fachpersonen mit dem Erwerb erweiterter Kompetenzen – wird weltweit (wie vor gut hundert Jahren in der Medizin) als eine der notwendigen Maßnahmen betrachtet, um mehr hochqualifizierte Fachpersonen ins System zu bringen. Sie sollen dazu beitragen, die steigenden Fallzahlen, die komplexeren Bedarfe und veränderten Versorgungsaufgaben zu bewältigen. Als Startpunkt wird das Jahr 1975 genannt, als OECD und WHO an einer Konferenz in Paris in der Proklamation „Health, Higher Education and the Community" die „Regional Health Universities" konzipierten und eine Reihe von Neugründungen initiierten (OECD, 1977; Sottas et al., 2013).[29]

[29] Weltweit gab es in der Folge eine Vielzahl von Strategiepapieren. Die WHO Leitlinie Transforming and Scaling up Health Professionals' Education (2013) bündelt Argumente betr. die Patientenversorgung.

Weil dieser vor 40 Jahren gesetzte Impuls in Deutschland kaum rezipiert wurde[30] und erst in jüngster Zeit mit dem Vorbehalt von widerrufbaren Modellklauseln in die Umsetzung gegangen ist, geben internationale Erfahrungen eine wertvolle Orientierungshilfe für die Implementierung von Ausbildungen und Versorgungsstrukturen.

Selbst wenn NRW bundesweit eine Vorreiterrolle einnimmt, ist eine Standortbestimmung (insb. Darmann-Finck et al., 2014) wegen fehlender Erfahrungstiefe nicht einfach zu bewerkstelligen. Sie kann in erster Linie die Initialisierungsphase und die geltenden rechtlichen, institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen sowie die normativen Konzepte und Desiderata reflektieren.[31] Eine vergleichende Outcome-Studie anhand internationaler Benchmarks würde mehr Daten benötigen, also mehr Absolvent*innen, Angaben über längsschnittliche Berufs- und Karriereverläufe, Aussteigerquoten und -motive sowie eine breitere Abstützung bei den Arbeitgeber*innen – und auch einen gesicherten institutionellen Rahmen. Die Verbleibstudie nimmt darin eine Zwischenposition ein. Sie bleibt zwangsläufig der Innensicht und dem Vergleich mit den Berufsfachschulen verhaftet, mit Blick auf die Anpassung an internationale Standards konkretisiert sie allerdings die Kompetenz-Mehrwerte und Bedarfsorientierung.

Auch wenn die Verbleibstudie die Kompetenzen für eine unmittelbare Beschäftigungsfähigkeit in den Blick nimmt („wird das, was gemacht wird, richtig gemacht?)“, stellt sich aufgrund der institutionellen, finanziellen, personellen und pädagogischen Konsequenzen sowie der Effekte auf die Versorgung die Frage, ob die Bildungsstrategie angesichts der Herausforderungen langfristig trägt („wird das Richtige gemacht?“).

Im Folgenden sollen deshalb die Trends und Herausforderungen kurz skizziert werden, um darzulegen, dass die Konzeption des Curriculums deutlich weitläufiger angegangen werden muss als es die Berufsgesetze aktuell zulassen.

[30] Eine wichtige Initiative mit systematischer Begründung wurde Anfang der 1990er-Jahre durch die Robert-Bosch-Stiftung lanciert: Pflege braucht Eliten.

[31] Die Materialien und die umfangreichen Berichte aus der Begleitforschung und der von 2012-14 laufenden Evaluierung der Erprobung akademischer Ausbildungen in Modellstudiengängen sind auf der Website des MAGS aufgeschaltet https://www.mags.nrw/modellstudiengaenge

NEUE HERAUSFORDERUNGEN

Das Gesundheits- und Sozialwesen sowie die Gesundheitswirtschaft im weitesten Sinne stehen vor gewaltigen Herausforderungen: die alternde Gesellschaft, das *slow motion disaster* (WHO) der chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen, eine schwindende Workforce bei gleichzeitiger Hyper-Spezialisierung und dem Verlust generalistischer Kompetenz, die Fragmentierung der Versorgungs-Zuständigkeiten mit Doppelspurigkeiten und Ineffizienzen, neue Therapiemethoden und Interventionstechniken, Digitalisierung in allen Bereichen, veränderte Erwartungen und Teilhabe-Forderungen mündiger Patient*innen, Klient*innen und Bürger*innen, Wirtschaftlichkeitsvorgaben und Nutzenbewertungen, Leistungs- und Ergebnis-Transparenz, neue epidemiologische Gefahren u.a.m..

Zu bedenken ist allerdings, dass dies nicht nur das Gesundheits- und Sozialwesen betrifft. Dahinter stehen Megatrends, die weltweit als langsam und langfristig wirkende, tiefgreifende Veränderungsprozesse den Wandel vorantreiben (Horx, 2010). Diese werden in vielfältiger Weise gefasst und treffen Bildung und Versorgung nicht gleichermaßen wie die Industrie oder den Konsum. In patientenbezogenen Funktionen (Diagnostik, Krankenbehandlung, Therapien, Rehabilitation, Palliation) treten dabei kaum Innovationssprünge oder disruptive Brüche auf. Entscheidend ist aber auch im Gesundheitswesen das Zusammenwirken von Einflussfaktoren und Treibern, die komplexe Bündel darstellen:

- **Strukturelle Personalknappheit und selektive Nachfrage**
  Die bereits oben genannte Kombination demographischer Faktoren (steigende Pensionierungen und sinkende AZUBI-Zahlen) führt zur Schrumpfung der Workforce am oberen und unteren Ende der Alterspyramide. Überlagert wird sie durch hohe Aussteigerquoten: in der Schweiz verlassen 32% der ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte sowie 46% der ausgebildeten Pflegefachpersonen den Beruf (Merçay et al., 2016). Die Akteure in Bildung und Versorgung begreifen dies ungenügend als Strukturproblem mit weitreichenden Folgen. Wenn nicht mehr Fachpersonen verfügbar sein werden, müssen neue Antworten gefunden werden, die auch eine Verlagerung der Gestaltungs- und Steuerungsmacht nach sich ziehen. Beim Management, das den Betrieb sichern muss, werden Mittel und Wege zur Effizienzsteigerung entwickelt. Standardisierung von Abläufen, Leistungen und Daten sind Methoden aus der Industrie, die in kosteneffektive Behandlungsrichtlinien münden. Selektive Nachfrage nach hochspezialisiertem Knowhow für bestimmte Funktionen eine andere. Beides führt dazu, dass die professionelle Identität, Autonomie und Selbststeuerung überlagert und übersteuert wird.

- **Digitalisierung bringt Deprofessionalisierung**
  Im Spannungsfeld zwischen Personalmangel, Geldverknappung, Kostenkontrolle, Transparenz, Convenience, Partizipationsansprüchen, Patientensicherheit und

Unternehmenserfolg versprechen Digitalisierungsprozesse Lösungen für symptomatische Probleme des Gesundheitswesens. Wenn rund 70% der Kosten Personalaufwände sind, liegt der Griff zu Substitutionslösungen nahe – im Streben nach Effizienz folgen Cure und Care immer mehr der Logik industrieller Produktionsprozesse, bei der Maschinen, künstliche Intelligenz und menschenförmige Roboter als Lösungen in den Blick rücken. Dabei öffnet sich der Graben zwischen Selbst- und Fremdbestimmung weiter. Gesundheitsfachpersonen erleben diesen schleichenden Wandel als Prekarisierung – sie werden entmündigt, sind ersetzbar und das professionelle Handeln wird zunehmend durch Algorithmen geführt und kontrolliert.

- **Permanenter Wettbewerb und Transparenz**
  Während in den Gesundheitsberufen der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung als Ziel der beruflichen Sozialisation gepflegt wird, verschieben steigende Kosten das gesundheitspolitische Interesse auf die Ergebnisqualität. Um Wirkung und Nutzen beurteilen zu können, werden dabei Daten über Interventionen, Behandlungsergebnisse, Kosten, Nebeneffekte, Fehler, Patientenzufriedenheit u.a.m. eingefordert. Weil diese mit Benchmarks und Ratings abgeglichen werden können, geraten Gesundheitsfachpersonen in eine Arena, in der sie sich in permanentem Wettbewerb befinden und gar keine andere Wahl mehr haben, als die Outcomes ständig zu dokumentieren – Performanz muss „bewiesen" werden können (Porter & Lee 2013).

- **Die Kinder der Jahrtausendwende wollen keine „old school"**
  Die oft mit dem Sammelbegriff *Millenials* zusammengefassten Jahrgänge zwischen 1985 und 2005, die nun auf den Arbeitsmarkt kommen oder Ausbildungen beginnen, haben hohe Erwartungen an die Bildungsangebote und die Arbeitgeber. Als „digital natives" sie sind mit e-learning vertraut und lieben forschendes Lernen, wollen Neues selber entdecken, Fakten und Meinungen vergleichen (youtube hat besseres Material als der Teacher!) und kennen die Ratings. Arbeit muss *rewarding* sein und zu *benefits* führen – und sie muss vereinbar sein mit dem sozialen Leben. Und die *Millenials* wissen, dass sie sich in der Mangelsituation die attraktivsten Bildungsstätten und Arbeitgeber aussuchen können – entsprechend hoch sind die Forderungen an Bildungsinstitutionen und die Arbeitswelt.

Es ist diese kumulative Gemengelage, welche die Transformation vorantreibt: die in Zeitlupe ablaufenden Veränderungen produzieren Verhältnisse, die fundamental anders sind als alles Bekannte. Aus Bildungssicht könnte deshalb eine Grundsatzfrage gestellt werden: braucht es angesichts dieser nicht unwahrscheinlichen Szenarien noch strikt reglementierte mehrjährige Berufsausbildungen und Professionen mit abgegrenzten Berufsbildern?

Zum Zeitpunkt eines Entscheides über die Verstetigung des Provisoriums ist diese Frage selbstredend obsolet. Die Berufe der Gesundheitsversorgung müssen sich allerdings trotzdem auf die veränderten Rahmenbedingungen und steigende Komplexität einstellen; diese werden die Aufgaben und Rollen der Fachpersonen umdefinieren und neue Prioritäten setzen. Gerade die hochschulische Bildung muss darauf vorbereiten.

Auf übergeordneter Ebene nennt Wolter (2015) neben der wissenschaftsbasierten professionellen Handlungsfähigkeit die intellektuelle Neugier, aufbauendes Handeln in einer sozialen Realität, die Fähigkeit zur Innovation und das Herstellen intra- und transdisziplinären Bezügen als Ziele hochschulischer Bildung.

Im Rahmen der Modellstudiengänge sind die Abschlusskompetenzen und anvisierten Outcomes hochschulischer Ausbildung auf die Berufseinmündung und -praxis bezogen:

- Befähigung zu einem reflektierten, kritisch-konstruktiven Diskurs und wissenschaftsbasiertem professionellen Handeln in Diagnostik und Intervention
- Entwicklung des hermeneutischen Fallverstehens, um bedarfs- und bedürfnisgerecht handeln zu können
- Befähigung zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand
- Erwerb klinischer Kompetenzen auf Bachelorniveau
- Befähigung zur (sektorenübergreifenden) Fallsteuerung
- Befähigung zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses
- Befähigung zur Zusammenarbeit mit anderen Professionen und zur Förderung der Kooperation
- Fähigkeit zur Förderung/Weiterentwicklung der Profession

(nach Darmann-Finck & Reuschenbach, 2015 und Evers et al., 2017).

Mit Blick auf die internationalen Entwicklungen und die komplexen Herausforderungen mit veränderten und neuen Bedarfen im Gesundheits- und Sozialbereich müssen künftige Fachpersonen weitere und zum Teil neue Kompetenzen erwerben. Die Bildungsinhalte umfassen dabei idealerweise drei große Lernfelder:

1) Kompetenzaufbau zur Bekämpfung bekannter Pathologien mit erprobten und neuen diagnostischen, therapeutischen und Rehabilitationsverfahren. Dies ist die Basis, um wirkungsvolle Interventionen bei der patientenbezogenen klinischen Berufsausübung zu ermöglichen.
2) Kompetenzaufbau für Beratung und *Empowerment* bei chronischen Verläufen als Folge von Beeinträchtigungen, ungesunder Lebensstile oder therapeutischer

Maßnahmen. Sie sollen Patienten und Klienten Zugang, Teilhabe, Mitgestaltung und Lebensqualität ermöglichen.

3) Kompetenzaufbau bei Themen, die sich aus der steigenden Komplexität intersektoraler Settings ergeben: Recht, Politik und Finanzierung, Unternehmensstrategien, Steuerung und Management, Kosten- und Nutzenanalysen, Algorithmen und Big Data, digitale Assistenten und kooperierende Roboter, Evaluierung und Versorgungsforschung.

Mit Blick auf die Megatrends rücken als Grundlage für die Professionsentwicklung, Teilhabe und den Erhalt von Gestaltungsspielräumen der Absolvent*innen und Fachpersonen weitere spezifische Kompetenzfelder auf die Agenda:

- Im Kontext der Personalknappheit und selektiven Nachfrage:
  Befähigung zu innovativer Organisations- und Prozessentwicklung über die tradierten Rollenbilder hinaus sowie Befähigung zum Dialog mit den Entscheider*innen.
- Im Kontext des permanenten Wettbewerbs und der Transparenzforderungen:
  Befähigung zum Umgang mit neuen Management-Methoden und Haltungsänderung beim Thema, dass Therapeut*innen kostbare Zeit mit Hilfsarbeiten vergeuden statt diese der Patientenbetreuung widmen zu können.
- Im Kontext der Digitalisierung:
  Befähigung zum Umgang mit Effekten der künstlichen Intelligenz auf das professionelle Handeln, die zwischenmenschliche Interaktion, auf Teilhabe, Selbst- und Fremdbestimmung, Patientenorientierung, therapeutische Gestaltungsmöglichkeiten und Adhärenz.

Im deutschsprachigen Raum zielt der Bildungsauftrag aller Berufe auf solides Handwerk, eng konzipierte berufliche Sozialisation und professionelle Identität. Berufsgesetze sind deshalb primär auf das erste und teilweise das zweite der oben genannten Lernfelder ausgerichtet. Zum dritten Lernfeld und den spezifischen Aspekten werden bestenfalls kursorische Schnupperkurse im Wahlprogramm angeboten. Die Debatten zur Modellklausel für die Berufe der Gesundheitsversorgung aber auch der Lernzielkatalog Humanmedizin machen deutlich, dass das Verlassen tradierter Denkmuster und Bildungspfade tiefes Unbehagen erzeugt.

VERPUFFTE BILDUNGSINVESTITION?

Nach diesem Exkurs sollen die Ergebnisse der Verbleibstudie im Spannungsfeld divergierender Dynamiken reflektiert werden.

Die Ausbildung auf Hochschulstufe wird mit der Erwartung verknüpft, dass Fachpersonen mit einer erweiterten fachlichen Expertise, reflexiverer Berufsausübung sowie gesteigerter Effektivität und Effizienz tätig werden. Erwartet wird auch, dass sie an den intra- und interprofessionellen Schnittstellen wirkungsvoller agieren, in der sektorenübergreifenden Versorgung mehr Leadership zeigen und an Professions- und Systementwicklungen gestaltend mitwirken können.

Die Ergebnisse geben Hinweise, dass effektiv Kompetenzen erworben werden, um in einer Gesellschaft des langen Lebens und der ungesunden Lebensstile fach- und sachgerecht mit chronischen und instabilen Krankheitsverläufen sowie Multimorbidität umzugehen sowie um an den kritischen Schnittstellen über Professions- und Systemgrenzen hinweg wirksam zu arbeiten.

Die Chancen und Opportunitäten werden von den Hochschulen, den Studierenden und den Arbeitgeber*innen wahrgenommen. Auch wenn aktuell die politisch definierten Ziele bei den Therapieberufen in hohem bzw. bei der Pflege in akzeptablem Maß erreicht werden, lohnt sich die hochschulische Ausbildung – aber u.E. ist der Nutzen ungleich verteilt.

Die Mehrwerte fallen in erster Linie bei den Absolvent*innen an, zum einen für ihre Persönlichkeitsbildung, zum andern erhalten sie Werkzeuge für das lebenslange Lernen, den Umgang mit Komplexität und die im Hintergrund laufenden Transformationen. In den Worten des Lancet Reports (Frenk et al., 2010) werden sie befähigt, selbst zum „Transformator“ bei der Bewältigung des Wandels zu werden. Die Absolvent*innen erhalten einen wettbewerbsfähigen Bildungsrucksack und können – falls der Gesundheitssektor keinen qualifikationsadäquaten, fachlich spannenden und pekuniär ansprechenden Job bietet – problemlos in andere Beschäftigungsfelder wechseln oder im Ausland Arbeit finden.

Mehrwerte fallen auch bei den Arbeitgeber*innen an. Sie werden aber durch die Anstellung von Absolvent*innen in eine paradoxe Situation manövriert; ihre Potenziale werden zwar erkannt und gerne genutzt, aber je nach Berufsgruppe gibt es erhebliche Hürden. In der Pflege wurden zwar die Vergütungsaspekte angegangen, aber die Ablauforganisation ist vielerorts nicht qualifikationsadäquat, was die Nutzung der Mehrwerte einschränkt, sozioprofessioneller Distinktion und „Stammesdenken“ mit Territorialansprüchen und Kämpfen um Zuständigkeiten Vorschub leistet (Lancet-Report). Bei den Therapieberufen werden die Kompetenzen genutzt und vielerorts professionsadäquate Prozesse und Zuständigkeiten implementiert, aber die Tarife lassen nur ausnahmsweise eine Kompensation der Mehrwerte zu.

Mehrwerte fallen auch in den Fachhochschulen an: insb. durch Positionierung in der Bildungs- und Forschungslandschaft sowie durch die Absolvent*innen, die als Botschafter unterwegs sind.

Bezogen auf die „Landesberichterstattung Gesundheitsberufe 2015“ bleibt aber der Eindruck, dass zwar viel darangesetzt wird, um die Berufseinmündung gelingen zu lassen und arbeitsmarktadäquat auszubilden, dass aber „veraltete Berufsgesetze zu einem Innovationsstau in den Ausbildungen führen, der nur mit hohem Engagement der Bildungseinrichtungen kompensiert werden kann“ und der der kompetitiven Weiterentwicklung nicht dienlich ist.

Der im internationalen Vergleich zögerliche Aufbruch in eine Akademisierung mit Vorbehalten, ungenügender Anerkennung und instabilen Rahmenbedingungen wirft daher eine Reihe von Grundsatzfragen auf:

- Wie lange wird das Beharren auf überholten Berufsbildern und Beschäftigungsmodellen von den informierten und international vernetzten Absolvent*innen (*Digital Natives*) akzeptiert und ertragen?
- Wie viele *Millenials* werden nach erfolgreicher Berufseinmündung wie lange im Job bleiben?
- Ist der Bachelor eventuell nur ein Durchlauferhitzer? Gerade in der Pflege, wo die größten Anstrengungen mit einem durchzogenen Zufriedenheitsgrad kontrastieren?
- Deutet der verbreitete Wunsch nach Weiterbildung und Höherqualifizierung an, dass sich die Absolvent*innen perspektivisch aus den klinischen Tätigkeiten oder den vorgefundenen Verhältnissen wegbewegen wollen?
- Erscheint in diesem Licht eine Hochschulbildung für patientenbezogene Tätigkeiten im Gesundheitsbereich für viele junge Menschen gar nicht mehr erstrebenswert?
- Sind die an sich positiv stimmenden Ergebnisse der Verbleibstudie am Ende gar trügerisch? Repräsentieren die Absolvent*innen eine enttäuschte Generation, weil das mit der Vorreiterrolle implizit abgegebene Versprechen nicht eingelöst wird?
- Könnte es sein, dass sich das Opportunitätsfenster wieder schließt und die beachtlichen Bildungsinvestitionen verpuffen?
- Schafft dieses Akademisierungsvorhaben gar ein unethisches Dilemma, wenn Hunderte junger Menschen, die eindringlich motiviert werden, 30 oder 40 Jahre dem Gesundheitswesen zu dienen, insbesondere in den Therapieberufen in eine nicht existenzsichernde Beschäftigung hineingeführt werden, welche die Lebensgestaltung kompromittiert und an deren Ende Altersarmut droht?

Solche Fragen werden aktuell noch nicht adressiert. Die Analyse galt der Untersuchung und Dokumentation eines unmittelbaren Verwertungszusammenhangs von Bildungsinput und Personaloutput während der Initialisierungsphase der Studiengänge an den Hochschulen. Im Interesse der nachhaltigen Sicherung einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung und der Sicherung der Bildungsinvestitionen ist es allerdings angezeigt, auch solche soziologischen Fragen im Blick zu behalten.

LITERATURVERZEICHNIS

Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C. B., Moreno-Casbas, T., Ball, J. E., Ausserhofer, D. & Sermeus, W. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf, 26*(7), 559-568.

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, M., Schwendimann, R., Scott, A., Tishelman, C., van Achterberg, T. & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries. A retrospective observational study. *The Lancet, 383*, 1824-1830.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M. & Silber, J. H. (2003). Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *Journal of the American Medical Association, 290*(12), 1617-1623.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medicine Association 288*(16), 1987-1993.

Alesi, B. & Neumeyer, S. (2017). Studium und Beruf in Nordrhein-Westfalen: Studienerfolg und Berufseinstieg der Absolventinnen und Absolventen des Abschlussjahrgangs 2014 von Fachhochschulen und Universitäten. Kassel: International Centre for Higher Education Research INCHER-Kassel. Abgerufen am 17. Juni, 2019, von https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-56323-8

Alesi, B., Neumeyer, S. & Flöther, C. (2014, Oktober). *Studium und Beruf in Nordrhein-Westfalen. Analyse der Befragung von Hochschulabsolventinnen und -absolventen des Abschlussjahrgangs 2011.* Abgerufen am 28. Juni, 2019, von https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40360938/INCHER-Studie_Studium_und_Beruf_in_NRW_2011.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DStudium_und_Beruf_in_Nordrhein-Westfalen.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20190628%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20190628T074425Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=39120d5013047c160ed643e0e0d3ef6ab08c2eed2aba95ca62108503651a3fd1

Andrich, D. (1988). *Rasch models for measurement* (Vol. 68). Sage.

Arbeitskreis (AK) Berufsgesetz (Hrsg.) (2018, November). Berufsgesetz für Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Vorlage des Arbeitskreises Berufsgesetz. Abgerufen am 17. Juni, 2019, von https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbl/Der_Verband/Novelle_Berufsgesetz/AK_Berufsgesetz_Berufsgesetz_fuer_Stimm-_Sprech-_und_Sprachtherapie_18.pdf

Backhaus, J., Bonato, M., Evers, T., Helmbold, A., Latteck, Ä.-D., Mijatovic, A. & Störkel, F. (2017). Qualitätsanforderungen an die hochschulische Ausbildung in Gesundheitsfachberufen. *Pflege und Gesellschaft, 22*(4), 373–377.

Bartels, Y., Simon, A. & Plohmann, D. (2012). Pflegeakademisierung in Deutschland – Bedarf und Angebot. *Pflegewissenschaft, H*, *10*, 548-558.

Bauer, N. H. & Kraienhemke, M. (2013). Ein praktischer Beruf – warum studieren. Zur Akademisierung des Hebammenberufs. *Dr. med. Mabuse*, *204*.

Baumann, A.-L. & Kugler, C. (2018). Berufsperspektiven von Absolventinnen und Absolventen grundständig qualifizierender Pflegestudiengänge − Ergebnisse einer bundesweiten Verbleibstudie. *Pflege, 32*(1), 7-16.

Behrens, J. (2008). Evidence-based Nursing and Caring. Beiträge der Pflege zur Evidence-Basierung von Gesundheitsförderung und Krankenversorgung, *Dr. med. Mabuse, 175*, 28-31.

Bensch, S. (2018). Grade- und Skillmix – was steckt dahinter?. *Pflegezeitschrift*, *71*(9), 18-22.

Blatter, J. K., Janning, F. & Wagemann, C. (2007). Qualitative Politikanalyse. Eine Einführung in Forschungsansätze und Methoden (1. Auflage). Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Blümke, C., Räbiger, J., Hansen, H., Warnke, A., Wasner, M. & Lauer, N. (2019, April). Berufstätigkeit und Berufszufriedenheit von Therapeuten mit hochschulischer Ausbildung – Ergebnisse der HVG-Absolventenbefragung zur Evaluation von primärqualifizierenden Bachelorstudiengängen für therapeutische Gesundheitsfachberufe (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie). Berlin: Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. Abgerufen am 26. Juni, 2019, von https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/HVG-Forschungsbericht_Homepage.pdf

Bucher, T. (2017). Befragung von Absolventen und Absolventinnen der Bachelorstudiengänge. Zusammenfassung der Ergebnisse. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Abgerufen am 25. Juni, 2019, von https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/forschung/schlussbericht-absolventennachbefragung-zhaw-gesundheit.pdf

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) (2014, Februar). Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung. Abgerufen am 18. Juni, 2019, von https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/berufsbildungsforschung_band_15.pdf

Brattig, B., Schablon, A., Nienhaus, A. & Peters, C. (2014). Occupational accident and disease claims, work-related stress and job satisfaction of physiotherapists. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology, 9*(1), 1-13.

Braun, B., Klinke, S. & Müller, R. (2010). Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. *Pflege & Gesellschaft*, *15*(1), 5-19.

Bräutigam, C., Evans, M. & Hilbert, J. (2013, Mai). Berufsbilder im Gesundheitssektor. Vom" Berufebasteln" zur strategischen Berufsbildungspolitik. Bonn: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Abgerufen am 05. Juni, 2019, von http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10008.pdf.

Breiman, L., Friedman, J. H., Olshen, R. A. & Stone, C. J. (1984). Classification and regression trees. Monterey, Kalifornien: Wadsworth & Brooks/Cole.

Borgetto, B., Räbiger, J., Rottenecker, J., Hansen, H., Pfingsten, A. & Wasner, M. (2019). Akademisierung: Die vollständige hochschulische Ausbildung in der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie ist notwendig und machbar. *physioscience*, *15*(01), 41-42.

Boström, A.-M., Rudman, A., Ehrenberg, A., Gustavsson, J. P. & Wallin, L. (2013). Factors associated with evidence-based practice among registered nurses in Sweden: a national cross-sectional study. *BMC health services research*, *13*(1), 1-12.

Bourgeault, I. L., Kuhlmann, E., Neitermann, E. & Wrede, S. (2008). Wie kann ein optimaler Qualifikationsmix effektiv verwirklicht werden – und warum? Grundsatzpapier WHO. Weltgesundheitsorganisation im Namen des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Abgerufen am 28. Juni, 2019, von https://www.researchgate.net/profile/Sirpa_Wrede/publication/238798741_Wie_kann_ein_optimaler_Qualifikationsmix_effektiv_verwirklicht_werden_-_und_warum/links/00b7d5360ef6c5143a000000.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2019, 10. Mai). Schnellere Termine, mehr Sprechstunden, bessere Angebote für gesetzlich Versicherte. Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). Abgerufen am 30. Mai, 2019, von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.html

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017, 16. Februar). Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung beschlossen. Abgerufen am 25. Juni, 2019, von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2017/februar/hhvg.html.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2009). Bekanntmachung von Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben. Abgerufen am 02. Mai, 2019, von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Bekanntmachungen/Richtlinien_Modellvorhaben/Bekanntmachung-RiLi-Berufsgesetze.pdf

Büker, C. & Strupeit, S. (2016). Pflege-dual-Absolventen: Potenzial wird genutzt. *Die Schwester, Der Pfleger: Fachzeitschrift für Pflegeberufe,* 3, *92-95.*

Burzan, N. (2016). *Methodenplurale Forschung. Chancen und Probleme von Mixed Methods*. Weinheim, Deutschland und Basel, Schweiz: Beltz Juventa.

Buxel, H. (2011, Januar): Jobwahlverhalten, Motivation und Arbeitsplatzzufriedenheit von Pflegepersonal und Auszubildenden in Pflegeberufen: Ergebnisse dreier empirischer Untersuchungen und Implikationen für das Personalmanagement und -marketing von Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen. Fachhochschule Münster. Abgerufen am 28. Juni, 2019, von https://www.fh-muenster.de/oecotrophologie-facility-management/downloads/holger-buxel/2011_Studie_Zufriedenheit_Pflegepersonal.pdf.

Church, A. H. (1993). Estimating the effect of incentives on mail survey response rates: A meta-analysis. *Public Opinion Quarterly, 57*(1), 62-79.

CPLOL/NetQues. (2013, 26. September). NetQues Project Report. Speech and Language Therapy Education in Europe. United in Diversity. Abgerufen am 29. Mai, 2019, von https://cplol.eu/documents/netques/919-netques-project-report-slt-education-in-europe/file.html

Costa, A. L. & Kallick, B. (1993). Through the lens of a critical friend. *Educational leadership*, *51*, 49-51.

Darmann-Finck, I. & Reuschenbach, B. (2018). Qualität und Qualifikation: Schwerpunkt Akademisierung der Pflege. In K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg), *Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege* (S.163-170). Berlin und Heidelberg: Springer.

Darmann-Finck, I., Muths, S., Görres, S., Adrian, C., Bomball, J. & Reuschenbach, B. (2014, Dezember). Abschlussbericht Dezember 2014. „Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW“. Institut für Public Health und Pflegeforschung,

Universität Bremen, Katholische Stiftungsfachhochschule München. Abgerufen am 29. Mai, 2019, von https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/pflege_abschlussbericht_26_05_2015.pdf

Darmann-Finck, I., Muths, S., Görres, S., Beckmann, H., Adrian, C., Stöver, M. Bomball, J. & Reuschenbach, B. (2013, 15. Februar). Erster Zwischenbericht vom 15. Februar 2013. „Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW". Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Katholische Stiftungsfachhochschule München: Unveröffentlichter Forschungsbericht. Abgerufen am 28. Juni, 2019, von https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/pflege-zwischenbericht_eins-evaluation-modellstudiengaenge_februar-2013.pdf

Deutscher Pflegerat (DPR) & Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) (2014, 05. August). Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen. Abgerufen am 28. Juni, 2019, von https://deutscher-pflegerat.de/Fachinformationen/2015-04-17-DGP-Papier_final.pdf

Dresing, T. & Pehl, T. (2011). Praxisbuch Transkription. *Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen (1. Auflage)*. Marburg. Abgerufen am 28. Juni, 2019, von https://www.homepage-baukasten-dateien.de/zerberi/Praxisbuch-Transkription%20DresingPehl.pdf

Dudzinska, A., Kandulla, M. & Domeyer, V. (2017, Juni). Berufs- und Werdegänge der Absolventinnen & Absolventen - Ergebnisse der Absolventinnen- & Absolventenbefragung des Prüfungsjahrgangs 2014. Leibniz Universität Hannover. Abgerufen am 25. Juni, 2019, von https://www.zqs.uni-hannover.de/fileadmin/zqs/PDF/Qualitaetssicherung/AbsolventInnenbericht_PJ2014.pdf

Erzberger, C. (1998). *Zahlen und Wörter: die Verbindung qualitativer und quantitativer Daten und Methoden im Forschungsprozeß*. Weinheim, Deutschland: Deutscher Studien-Verlag.

Estabrooks, C. A., Rutakumwa, W., O'Leary, K. A., Profetto-McGrath, J., Milner, M., Levers, M. J. & Scott-Findlay, S. (2005). Sources of practice knowledge among nurses. *Qualitative health research*, *15*(4), 460-476.

Evers, T., Helmbold, A., Latteck, Ä.-D. & Störkel, F. (Hrsg.) (2017). *Lehr-Lernkonzepte zur klinischen Kompetenzentwicklung: Best-Practice-Beispiele aus den Modellstudiengängen NRW* (1. Auflage). Opladen und Berlin, Deutschland und Toronto, Kanada: Verlag Barbara Budrich.

Ewers, M., Grewe, T., Höppner, H., Huber, W., Sayn-Wittgenstein, F., Stemmer, R., Voigt-Radloff, S. & Walkenhorst, U. (2012). Forschung in den Gesundheitsfachberufen. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, *137*(S 02), S37-S73.

Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, *51*(4), 327-358.

Flöther, C. & Krücken, G. (Hrsg.) (2015). *Generation Hochschulabschluss: Vielfältige Perspektiven auf Studium und Berufseinstieg. Analysen aus der Absolventenforschung* (1. Auflage). Münster: Waxmann Verlag.

Fox, R. J., Crask, M. R. & Kim, J. (1988). Mail survey response rate: A meta-analysis of selected techniques for inducing response. *Public Opinion Quarterly, 52*(4), 467-491.

Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.) (2013). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch.* Hamburg: Rowohlt.

Flick, U. (2009). *Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. Reinbek: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag*.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J. & Serwadda, D. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, *376*(9756), 1923-1958.

Fricke, W. (2005) Sozialwissenschaftler in Entwicklungsprozessen. Zur Funktion „wissenschaftlicher Begleitung" in Modellversuchen aus Sicht eines Aktionsforschers. In H. Holz & D. Schemme (Hrsg.), *Wissenschaftliche Begleitung bei der Neugestaltung des Lernens. Innovation fördern, Transfer sichern* (S.40–51). Bielefeld: Bertelsmann.

Friedman, J. H. (1991). Multivariate adaptive regression splines. *The Annals of Statistics, 19*(1), 1-67.

Friedrichs, A. & Schaub, H.-A. (2011). Akademisierung der Gesundheitsberufe – Bilanz und Zukunftsperspektive. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, *28*(4), 1-13.

Gerlach, A. (2013). *Professionelle Identität in der Pflege. Akademisch Qualifizierte zwischen Tradition und Innovation*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG) (2003). In der Fassung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), zuletzt geändert durch Artikel 1b des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581). Abgerufen am 16. Juni, 2019, von https://www.gesetze-im-internet.de/altpflg/BJNR151310000.html

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG) (2003). In der Fassung vom 16.07.2003 (BGBl. I S. 1442), zuletzt geändert durch Artikel 1a des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581). Abgerufen am 16. Juni, 2019, von http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf

Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten (2009). In der Fassung vom 25.09.2009 (BGBl I S.3158). Abgerufen am 26. Juni, 2019, von https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*%5B@attr_id=%2527bgbl109s3158.pdf%2527%5D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl109s3158.pdf%27%5D__1561471479049

Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) (2017). In der Fassung vom 04.04.2017 (BGBl. I S. 778ff). Abgerufen am 25. Juni, 2019, von https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*[@attr_id=%27bgbl117s0778.pdf%27]#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s0778.pdf%27%5D__1561462071050

Göritz, A. S. (2006). Incentives in Web Studies: Methological Issues and a Review. *International Journal of Internet Science, 1*(1), 58-70.

Hahn, V. (2008). Was brachte uns das Studium? Eine Absolventenbefragung des Studienganges für Logopädie der HAWK Hildesheim. *Forum Logopädie, 22*(4), 30-33.

Hartmann, E. (2013). Evidenzbasiertes Denken und Handeln in der Logopädie/Sprachheilpädagogik. State of the Art und Perspektiven. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, 4,* 339-343.

Hasselhorn, H.-M., Zegelin-Abt, A., Wittich, A. & Tackenberg, P. (2008). Image der Pflege in Deutschland. Die *Schwester, Der Pfleger: Fachzeitschrift für Pflegeberufe*, *47*(5), 458-461.

Häder, M. (2015). *Empirische Sozialforschung: Eine Einführung* (3. Auflage). Wiesbaden, Deutschland: Springer VS.

Hähn, K. (2019). Das duale Studium als Handlungsfeld betrieblicher Interessenvertretungen. In S. Krone, I. Nieding & M. Ratermann-Busse (Hrsg.) (2019). *Dual studieren – und dann?: Eine empirische Studie zum Übergangsprozess Studium-Beruf dualer Studienabsolvent/inn/en* (S.234-252). Abgerufen am 31. Mai, 2019, von https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_413.pdf

Helfferich, C. (2019). Leitfaden-und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S.669-686). Wiesbaden, Deutschland: Springer VS.

Heyelmann, L. (2015). *Nach dem Pflege-Studium in die Altenpflege? Die Erwartungen der Arbeitgeber* (1. Auflage). Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.

Hilbert, J., Paulus, W., Scherfer, E., Remmert, D. & Schneider, S. (2018). Logopädische Therapie und Selbständigkeit. Gutachten zur beruflichen und ökonomischen Situation von Selbständigen in der Logopädie; Langfassung. LOGO Deutschland. Abgerufen am 20. Mai, 2019, von https://www.logo-deutschland.de/wp-content/uploads/LD_Flyer_Langversion-final_1.pdf

Hochschulrektorenkonferenz (HRK) (2017, 14. November). Primärqualifizierende Studiengänge in Pflege-, Therapie- und Hebammenwissenschaften. Entschließung der HRK Mitgliederversammlung vom 14. November 2017. Abgerufen am 29. Mai, 2019, von https://www.hrk.de/positionen/beschluss/detail/primaerqualifizierende-studiengaenge-in-pflege-therapie-und-hebammenwissenschaften/

Horx, M. (2010). Trenddefinitionen, erstellt für das Zukunftsinstitut GmbH. Abgerufen am 31. Mai, 2019, von http://www.horx.com/zukunftsforschung/Docs/02-M-03-Trend-Definitionen.pdf

Höppner, H. & Beck, E.-M. (2019). Verärgerte Therapeuten. Eine qualitative Auswertung der Brandbriefe. *pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten, 7*(2), 12-15.

Höppner, H. (2016). Hochschulische Ausbildung in der deutschen Physiotherapie: Ein konsequentes Ja zur Primärqualifikation – jetzt!. *physioscience*, *12*(3), 119-121.

Höppner, H. & Scheel, K. (2013). Zur Möglichkeit primärqualifizierender Studiengänge für die Physiotherapie in Deutschland – eine kritische Perspektive. *physioscience*, *9*(1), 32-35.

Höhmann, U., Panfil, E.-M., Stegmüller, K. & Krampe, E.-M. (2008). BuBI: Berufseinmündungs-und Berufsverbleibstudie Hessischer PflegewirtInnen – Eine Studie des Hessischen Instituts für Pflegeforschung (HesslP). *Pflege & Gesellschaft*, *13*(3), 215-234.

Hüfken, V. (2019). Telefonische Befragungen. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S.757-768). Wiesbaden, Deutschland: Springer VS.

IEGUS, WifOR & IAW (2017, März). Entwicklung der Angebotsstruktur, der Beschäftigung sowie des Fachkräftebedarfs im nichtärztlichen Bereich der Gesundheitswirtschaft. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi) – Endbericht. Abgerufen am 18. Juni, 2019, von https://arbeitgeberverband-pflege.de/wp-content/uploads/2015/09/2017.06.29_IEGUS-WifOR-IAW_Gesundheitsfachberufe_Endbericht_170622.pdf

Igl, G. (2015, Februar). Beruferechtliche Begleitforschung zur Auswertung der im Land Nordrhein-Westfalen gemäß der Verordnung über die Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Berufe in der Alten- und Krankenpflege, für Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten vom 25. Februar

2010 (GV. NRW 2010, 177) durchgeführten Modellvorhaben nach § 4 Absatz 6 und 7 des Altenpflegegesetzes, § 4 Absatz 6 und 7 des Krankenpflegegesetzes, § 4 Abs. 5 des Ergotherapeutengesetzes, § 6 Absatz 3 des Hebammengesetzes, § 4 Absatz 5 des Logopädengesetzes und § 9 Absatz 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes. Hamburg. Düsseldorf: MAGS NRW. Abgerufen am 25. Juni, 2019, von https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/pflege_beruferechtliche-begleitforschung.pdf

Jobber, D., Saunders, J. & Vince-Wayne, M. (2004). Prepaid monetary incentive effects on mail survey response. *Journal of Business Research, 57*(1), 347-350.

Kälble, K. & Borgetto, B. (2016). Soziologie der Berufe im Gesundheitswesen. In M. Richter, und K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S.383-402). Wiesbaden, Deutschland: Springer VS.

Kooij, R., Löwenstein, F. & Wagner, P. (2011, 1. Juni). Kooperationsprojekt Absolventenstudien (KOAB). KOAB Absolventenbefragung 2011. Hochschule Osnabrück. Tabellenband A05: Auswertung nach Fächercluster und Abschlussnote. Abgerufen am 30. Mai, 2019, von https://www.hs-osnabrueck.de/fileadmin/HSOS/Wir/Organisation/Organisationseinheiten/Qualitaetsmanagement_in_Studium_und_Lehre/Absolventenstudie/Absolventenstudie-Ergebnisse-Abschlussnote.pdf

Krempkow, R. & Pastohr, M. (2006). Was macht Hochschulabsolventen erfolgreich? Eine Analyse der Determinanten beruflichen Erfolges anhand der Dresdner Absolventenstudien 2000-2004. *Zeitschrift für Evaluation*, *1*, 7-37.

Kuckartz, U. (2014). *Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren* (1. Auflage). Wiesbaden, Deutschland: Springer VS.

Kühne, M. (2009). *Berufserfolg von Akademikerinnen und Akademikern* (1. Auflage). Wiesbaden, Deutschland: Springer VS.

Lehmann, Y., Ayerle, G., Beutner, K., Karge, K., Behrens, J. & Landenberger, M. (2016). Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (GesinE) – zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen. *Das Gesundheitswesen*, *78*(6), 407-413.

Lukasse, M., Lilleengen, A. M., Fylkesnes, A. M. & Henriksen, L. (2017). Norwegian midwives' opinion of their midwifery education – a mixed methods study. *BMC medical education*, *17*(1), 1-12.

Lull, A. (2014). Akademisierung der Pflege- und Gesundheitsberufe in Deutschland. In B. Flaiz, B. Klages, S. Kretschmer, M. Kriegel, F. Lorz, A. Lull & J. Zieher, *Handreichung Pflege und Gesundheit* (S.8–16). Abgerufen am 05. Mai, 2019, von https://offene-hochschulen.de/fyls/25/download_file

Lüftl, K. & Kerres, A. (2012). „Ich denk mal, dass andere Bereiche […] die mit Handkuss aufnehmen ". Einschätzungen von Pflegedienstleitungen zum Einsatz von Absolventen des dualen Pflegestudiengangs in der direkten Pflege. *Pflegewissenschaft 12(*01), 39-50.

Mandl, I. & Heim, S. (2017). Zur beruflichen Situation angestellter LogopädInnen. Fragebogenerhebung unter den Mitgliedern des Deutschen Bundesverbands fur Logopädie e.V. (dbl). *Forum Logopädie, 1(31)*, 32-35.

Mayring, P. & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S.633-648). Wiesbaden, Deutschland: Springer VS.

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage). Weinheim, Deutschland: Beltz.

Meretoja, R., Isoaho, H. & Leino-Kilpi, H. (2004). Nurse competence scale: development and psychometric testing. *Journal of advanced nursing*, *47*(2), 124-133.

Moses, S. (2015). *Die Akademisierung der Pflege in Deutschland* (1. Auflage). Bern, Schweiz: Verlag Hans Huber.

Meidert, U., Treusch, Y. & Becker, H. (2013). Befragung der ersten Absolventen des Bachelorstudiengangs Ergotherapie an der Zürcher Fachhochschule Winterthur. *Ergoscience*, *8*(3), 101-109.

Merçay, C., Burla, L. & Widmer, M. (2016). Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030 (Obsan Bericht 71). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Abgerufen am 28. Juni, 2019, von https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2017/obsan_71_bericht_korr.pdf

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (MAGS) (2019). Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2017. Situation der Ausbildung und Beschäftigung. Düsseldorf.

Neubauer, I. (2005). Arbeitszufriedenheit von Physiotherapeuten. *physioscience*, *1*(2), 72-80.

OECD (1977). Health, Higher Education and the Community. Towards a Regional Health University. Paris.

Porter, M. E. & Lee, T. H. (2013). The Strategy that Will Fix Health Care. *Harvard Business Review 91*(10), 50-70.

Reiber, K., Winter, M. H.-J. & Mosbacher-Stumpf, S. (2015). *Berufseinstieg in die Pflegepädagogik: Eine empirische Analyse von beruflichem Verbleib und Anforderungen* (1. Auflage). Lage, Deutschland: Jacobs Verlag.

Reuschenbach, B. & Darmann-Fink, I. (2018). Pflege studieren – Intentionen, Strukturen und Erfahrungen. In K.-H. Sahmel (Hrsg.), *Hochschuldidaktik der Pflege und Gesundheitsfachberufe* (S.63-75). Berlin und Heidelberg, Deutschland: Springer-Verlag.

Richter, R., Dietel, S., End, R., Paulicke, D., Unger, A. & Hartinger, M. (2017). Arbeitgeberperspektiven zur wissenschaftlichen Qualifizierung von Therapeutinnen und Therapeuten. In U. Weyland & K. Reiber (Hrsg.), *Entwicklungen und Perspektiven in den Gesundheitsberufen: aktuelle Handlungs- und Forschungsfelder* (S.115-137*)*. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.

Robert-Bosch-Stiftung (2011). Memorandum. Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung. Abgerufen am 31. Mai, 2019, von https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/Memorandum_Kooperation_der_Gesundheitsberufe.pdf

Robert-Bosch-Stiftung (1993). *Pflege braucht Eliten: Denkschrift der Kommission der Robert-Bosch-Stiftung zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege* (4. Auflage). Stuttgart und Gerlingen, Deutschland: Bleicher.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2010). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Kurzfassung. Abgerufen am 02. Mai, 2019, von https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2007). Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Kurzfassung. Abgerufen am 28. Juni, 2019,

von https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf

Sales, B. D. & Folkman, S. E. (Hrsg.) (2000). *Ethics in research with human participants*. Washington, DC, USA: American Psychological Association.

Schämann, A. (2005). Akademisierung und Professionalisierung der Physiotherapie: „Der studentische Blick auf die Profession". Promotion vom 06. Juli 2005. Abgerufen am 28. Juni, 2019, von https://edoc.hu-berlin.de/bitstream/handle/18452/15943/Schaemann.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Schwarzmann, A.-L., Gerlach, S., Rohde-Schweizer, R., Straßer, B., Paul, S. & Hammer, S. (2018). „Ich bin dann mal weg ". *Eine Studie zur Berufsflucht von LogopädInnen. Forum Logopädie, 32(*3), 22-27.

Simon, A. & Flaiz, B. (2015). Der Bedarf hochschulisch qualifizierter Pflegekräfte aus Sicht der Praxis – Ergebnisse einer Expertenbefragung. *Pflege & Gesellschaft 20*(2),154–172.

Schrey-Dern, D. (2016). Logopädie / Sprachtherapie: Verbände fordern neue gesetzliche Grundlage für Therapeutenausbildung. Pressemitteilung des Arbeitskreises (AK) Berufsgesetz. Abgerufen am 29. Mai, 2019, von http://bdsl-ev.de/files/pressemitteilung_ak_berufsgesetz_20160802.pdf

Staeck, F. (2018, 27. September). Therapeuten wollen mehr Geld und mehr Autonomie. Abgerufen am 19. Juni, 2019, von https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/versorgungsforschung/article/972669/online-umfrage-therapeuten-wollen-geld-und-autonomie.html

Stertz, N. & Blättner, B. (2017). Beruflicher Verbleib der ersten Absolventenkohorte des Studienganges Hebammenkunde B. Sc. an der Hochschule Fulda. Abgerufen am 25. Juni, 2019, von https://www.hs-fulda.de/fileadmin/user_upload/FB_Pflege_und_Gesundheit/Forschung___Entwicklung/ProfessionQualifikation/Bericht_Absolventenstudie_final.pdf

Sukhdeep, A., Ewers, M., Fischer, M., Hahn, P., Harendza, S., Janhsen, K., Knauer, L., Lammerding-Köppel, M., Moers, M., Negnal, M., Räbiger, J., Schäfer, T., Schiene, C., Schmollinger, C. Wissing, F. & Zervakis, P. A. (2017). Interprofessionelles Lehren und Lernen in hochschulisch qualifizierten Gesundheitsfachberufen und der Medizin. *Impulspapier des Runden Tisches Medizin und Gesundheitswissenschaften des Projekt nexus der HRK*. Abgerufen am 30. Mai, 2019, von https://www.hrk-nexus.de/fileadmin/redaktion/hrk-nexus/07-Downloads/07-01_RT_Med_Ges/Impulspapier-Kurz_mit_Links.pdf

Sottas, B., & Kissmann, S. (2016). „Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten" – Zur Evidenzlage bei einem kontroversen Innovationsthema. In S. Müller-Mielitz, B. Sottas & A. Schachtrupp (Hrsg.), *Innovationen in der Gesundheitswirtschaft. Theorie und Praxis von Busisnesskonzepten – 10 Jahre B. Braun-Stiftung Mentoringprogramm* (S.44-56). Melsungen: Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft.

Sottas, B., Brügger, S. & Meyer P. C. (2013). *Health Universities – Konzept, Relevanz und Best Practice. Mit regionaler Versorgung und interprofessioneller Bildung zu bedarfsgerechten Gesundheitsfachleuten*. Winterthur, Schweiz: ZHAW, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften.

Stemmer, R. & Böhme, H. (2008). Aufgabenverteilung im Krankenhaus der Zukunft. *Pflege & Gesellschaft, 13*(3), 197-215.

Tourangeau, A. E., Cranley, L. A. & Jeffs, L. (2006). Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications. *BMJ Quality & Safety*, *15*(1), 4-8.

Ulrich, G., Homberg, A., Karstens, S., Goetz, K. & Mahler, C. (2017). Die Arbeitszufriedenheit von Berufseinsteigern in den Gesundheitsberufen. *Das Gesundheitswesen, 81*(2), 99-105.

Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken (VPU) (Hrsg.) (2016). Leitfaden Implementierung von Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss im Krankenhaus. VPU, Berlin.

Walkenhorst, U. (2018). Hochschulisch ausbilden – Akademische Lehre in der Ergotherapie. In K.-H. Sahmel (Hrsg.), *Hochschuldidaktik der Pflege und Gesundheitsfachberufe* (S.87-97). Berlin und Heidelberg, Deutschland: Springer-Verlag.

Walkenhorst, U., Mahler, C., Aistleithner, R., Hahn, E. G., Kaap-Fröhlich, S., Karstens, S., Reiber, K. Stock-Schröer, B. & Sottas, B. (2015). Position statement GMA Comittee – "Interprofessional Education for the Health Care Professions". *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, 32*(2), 1-19.

Weidner, F. (2004). *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Pflege* (3. Auflage). Frankfurt a. M.: Mabuse.

Winter, M. H.-J. (2005). *Die ersten Pflegeakademiker in Deutschland: Arbeitsmarktperspektiven und Berufsverbleib in der Altenpflege* (1. Auflage). Bern, Schweiz: Verlag Hans Huber.

Wissenschaftsrat (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. *Deutscher Wissenschaftsrat, Berlin*. Abgerufen am 03. April, 2019, von www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf

Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann: *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S.227-255). Weinheim, Deutschland: Beltz.

Witzel, A. (2000, Januar). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research (FQS), 1*(1), Art. 22. Abgerufen am 22. Mai, 2019, von http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519

Wolter, A. (2015). Hochschulbildung vor neuen gesellschaftlichen Herausforderungen. In M. Hillmer & K. Al-Shamery (Hrsg.), *Die Bedeutung der Bildung in einer Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft. Welchen Auftrag hat die Universität?* (S. 25-31). Stuttgart, Deutschland: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Zalpour, C. (2006). Die Professionalisierung und Akademisierung nicht-ärztlicher Therapieberufe an deutschen Fachhochschulen. *Die neue Hochschule, 47*(*3*), 28-33.

Zieher, J. & Ayan, T. (2016). Karrierewege von Pflegeakademikern – Ergebnisse einer bundesweiten Absolventenbefragung zu Ausbildung, Studium und Beruf. *Pflege und Gesellschaft*, *21*(1), 47-63.

Zimmermann, A. (2007). „Profis" sind Querdenker: Professionelles Handeln in der Physiotherapie: Was müssen Physiotherapeuten wissen und können?. *Zeitschrift für Physiotherapeuten*, *59*(6), 552.

zu Sayn-Wittgenstein, F. (2018). Entwicklung der Akademisierung des Hebammenwesens. In K.-H. Sahmel (Hrsg.), *Hochschuldidaktik der Pflege und Gesundheitsfachberufe* (S.77-85). Berlin und Heidelberg, Deutschland: Springer-Verlag.

ANHANG

ERGEBNISTABELLEN DER ABSOLVENT*INNENBEFRAGUNG (INBVG)

Tabelle A 1: Tätigkeitsprofile der aktuellen Erwerbstätigkeiten (alle Berufsgruppen) 254

Tabelle A 2: Tätigkeitsprofile der aktuellen Erwerbstätigkeiten (Ergotherapie).....254

Tabelle A 3: Tätigkeitsprofile der aktuellen Erwerbstätigkeiten (Logopädie) 255

Tabelle A 4 Tätigkeitsprofile der aktuellen Erwerbstätigkeiten (Physiotherapie).....255

Tabelle A 5: Tätigkeitsprofile der aktuellen Erwerbstätigkeiten (Hebammenkunde).....256

Tabelle A 6: Tätigkeitsprofile der aktuellen Erwerbstätigkeiten (Pflege) 256

Tabelle A 7: In welchem Arbeitsfeld bzw. Setting arbeiten Sie im Rahmen der jeweiligen beruflichen Tätigkeit? (Ergotherapie).....257

Tabelle A 8: In welchem Arbeitsfeld bzw. Setting arbeiten Sie im Rahmen der jeweiligen beruflichen Tätigkeit? (Logopädie) 257

Tabelle A 9: In welchem Arbeitsfeld bzw. Setting arbeiten Sie im Rahmen der jeweiligen beruflichen Tätigkeit? (Physiotherapie).....258

Tabelle A 10: In welchem Arbeitsfeld bzw. Setting arbeiten Sie im Rahmen der jeweiligen beruflichen Tätigkeit? (Hebammenkunde).....258

Tabelle A 11: In welchem Arbeitsfeld bzw. Setting arbeiten Sie im Rahmen der jeweiligen beruflichen Tätigkeit? (Pflege).....259

Tabelle A 12: Welche besonderen Aufgabenbereiche übernehmen Sie? (alle Berufsgruppen, nur Haupterwerbstätigkeit, Angaben in Prozent).....260

Tabelle A 13: Welche besonderen Aufgabenbereiche übernehmen Sie? (Ergotherapie) 261

Tabelle A 14: Welche besonderen Aufgabenbereiche übernehmen Sie? (Logopädie).....262

Tabelle A 15: Welche besonderen Aufgabenbereiche übernehmen Sie? (Physiotherapie) 263

Tabelle A 16: Welche besonderen Aufgabenbereiche übernehmen Sie? (Hebammenkunde) 264

Tabelle A 17: Welche besonderen Aufgabenbereiche übernehmen Sie? (Pflege).....265

Tabelle A 18: Wie hoch ist Ihr derzeitiger Beschäftigungsumfang (in Wochenstunden)? (Ergotherapie) 266

Tabelle A 19: Wie hoch ist Ihr derzeitiger Beschäftigungsumfang (in Wochenstunden)? (Logopädie).....266

Tabelle A 20: Wie hoch ist Ihr derzeitiger Beschäftigungsumfang (in Wochenstunden)? (Physiotherapie) 266
Tabelle A 21: Wie hoch ist Ihr derzeitiger Beschäftigungsumfang (in Wochenstunden)? (Hebammenkunde) 267
Tabelle A 22: Wie hoch ist Ihr derzeitiger Beschäftigungsumfang (in Wochenstunden)? (Pflege) 267
Tabelle A 23: Brutto- Verdienst (in Euro) (Ergotherapie) 268
Tabelle A 24: Brutto- Verdienst (in Euro) (Logopädie) 268
Tabelle A 25: Brutto- Verdienst (in Euro) (Physiotherapie) 268
Tabelle A 26: Brutto- Verdienst (in Euro) (Hebammenkunde) 268
Tabelle A 27: Brutto- Verdienst (in Euro) (Pflege) 269
Tabelle A 28: Selbsteinschätzung beruflicher Handlungskompetenz (Ergotherapie) 270
Tabelle A 29: Selbsteinschätzung beruflicher Handlungskompetenz (Logopädie) 270
Tabelle A 30: Selbsteinschätzung beruflicher Handlungskompetenz (Physiotherapie) 271
Tabelle A 31: Selbsteinschätzung beruflicher Handlungskompetenz (Hebammenkunde) 271
Tabelle A 32: Selbsteinschätzung beruflicher Handlungskompetenz (Pflege) 271
Tabelle A 33: In welchem Maße nutzen Sie im Rahmen Ihrer jeweiligen Tätigkeit Ihre im Studium erworbenen Qualifikationen? (Ergotherapie) 272
Tabelle A 34: In welchem Maße nutzen Sie im Rahmen Ihrer jeweiligen Tätigkeit Ihre im Studium erworbenen Qualifikationen? (Logopädie) 272
Tabelle A 35: In welchem Maße nutzen Sie im Rahmen Ihrer jeweiligen Tätigkeit Ihre im Studium erworbenen Qualifikationen? (Physiotherapie) 272
Tabelle A 36: In welchem Maße nutzen Sie im Rahmen Ihrer jeweiligen Tätigkeit Ihre im Studium erworbenen Qualifikationen? (Hebammenkunde) 273
Tabelle A 37: In welchem Maße nutzen Sie im Rahmen Ihrer jeweiligen Tätigkeit Ihre im Studium erworbenen Qualifikationen? (Pflege) 273
Tabelle A 38: Nutzung der im Studium erworbenen Kompetenzen im Rahmen der Tätigkeitsprofile (alle Berufsgruppen, Haupterwerbstätigkeit) 274
Tabelle A 39: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Beruf, für den Sie Ihr Bachelorstudium qualifiziert hat? (alle Studienrichtungen) 275
Tabelle A 40: Finden Sie, dass Ihnen Ihr Bachelorstudium Vorteile oder Nachteile gegenüber einer entsprechenden Ausbildung ermöglicht hat? (alle Studienrichtungen) 275

Tabelle A 41: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der jeweiligen beruflichen Tätigkeit? (alle Berufsgruppen, Angaben in Prozent) 276
Tabelle A 42: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der jeweiligen beruflichen Tätigkeit? (Ergotherapie) 276
Tabelle A 43: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der jeweiligen beruflichen Tätigkeit? (Logopädie) 276
Tabelle A 44: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der jeweiligen beruflichen Tätigkeit? (Physiotherapie) 276
Tabelle A 45: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der jeweiligen beruflichen Tätigkeit? (Hebammenkunde) 277
Tabelle A 46: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der jeweiligen beruflichen Tätigkeit? (Pflege) 277
Tabelle A 47: Angemessenheit des Gehalts (alle Berufsgruppen, Angaben in Prozent) 277
Tabelle A 48: Akzeptanz der Absolvent*innen im beruflichen Umfeld (Ergotherapie) 278
Tabelle A 49: Akzeptanz der Absolvent*innen im beruflichen Umfeld (Logopädie) 279
Tabelle A 50: Akzeptanz der Absolvent*innen im beruflichen Umfeld (Physiotherapie) 280
Tabelle A 51: Akzeptanz der Absolvent*innen im beruflichen Umfeld (Hebammenkunde) 281
Tabelle A 52: Akzeptanz der Absolvent*innen im beruflichen Umfeld (Pflege) 282
Tabelle A 53: Gab es Probleme beim Übergang ins Berufsleben? (alle Studienrichtungen) 283
Tabelle A 54: Gründe für Probleme beim Übergang in das Berufsleben (alle Studienrichtungen) 283
Tabelle A 55: Anzahl und Anteil zum Befragungszeitpunkt nicht erwerbstätiger Absolvent*innen (alle Studienrichtungen) 283
Tabelle A 56: Gründe, derzeit keiner Erwerbstätigkeit nachzugehen (alle Studienrichtungen) 284
Tabelle A 57: Karriereziele (Ergotherapie) 285
Tabelle A 58: Karriereziele (Logopädie) 286
Tabelle A 59: Karriereziele (Physiotherapie) 287
Tabelle A 60: Karriereziele (Hebammenkunde) 288
Tabelle A 61: Karriereziele (Pflege) 289
Tabelle A 62: Interesse an, Aufnahme und Abschluss eines weiteren Studiums (alle Berufsgruppen) 290

Tabelle A 63: Interesse an, Aufnahme und Abschluss weiterer Studienrichtungen (alle Berufsgruppen, Angaben in Prozent) 290
Tabelle A 64: Interesse an, Aufnahme und Abschluss weiterer Studienrichtungen (Ergotherapie) 291
Tabelle A 65: Interesse an, Aufnahme und Abschluss weiterer Studienrichtungen (Logopädie) 291
Tabelle A 66: Interesse an, Aufnahme und Abschluss weiterer Studienrichtungen (Physiotherapie) 292
Tabelle A 67: Interesse an, Aufnahme und Abschluss weiterer Studienrichtungen (Hebammenkunde) 293
Tabelle A 68: Interesse an, Aufnahme und Abschluss weiterer Studienrichtungen (Pflege) 294
Tabelle A 69: Interesse an, Aufnahme und Abschluss von Weiterbildungen (alle Berufsgruppen) 295
Tabelle A 70: Interesse an, Aufnahme und Abschluss von Weiterbildungen (Ergotherapie) 295
Tabelle A 71: Interesse an, Aufnahme und Abschluss von Weiterbildungen (Logopädie) 295
Tabelle A 72: Interesse an, Aufnahme und Abschluss von Weiterbildungen (Physiotherapie) 296
Tabelle A 73: Interesse an, Aufnahme und Abschluss von Weiterbildungen (Hebammenkunde) 296
Tabelle A 74: Interesse an, Aufnahme und Abschluss von Weiterbildungen (Pflege)“ 296

TÄTIGKEITSPROFILE

Tabelle A 1: Tätigkeitsprofile der aktuellen Erwerbstätigkeiten (alle Berufsgruppen)

Profil	Haupterwerbstätigkeit	
	Anzahl	*Prozent*
berufsfremde Tätigkeit	3	0,6
Tätigkeit außerhalb der klassischen Settings	21	4,5
klientennahe Tätigkeit* analog beruflich Qualifizierter	111	24,0
klientennahe Tätigkeit* mit *klientennahen* besonderen Aufgabenbereichen	67	14,5
klientennahe Tätigkeit* mit *klientenfernen* besonderen Aufgabenbereichen	209	45,1
Lehrtätigkeit	8	1,7
wissenschaftliche Tätigkeit	23	5,0
wissenschaftliche Assistenztätigkeit (SHK/WHK)	6	1,3
managerielle/ administrative Tätigkeit	15	3,2
Gesamt	463	100,0
** Profile mit ausschließlich oder vorwiegend klientennahen Aufgaben (gesamt)*	*387*	*83,6*

Tabelle A 2: Tätigkeitsprofile der aktuellen Erwerbstätigkeiten (Ergotherapie)

Tätigkeitsprofil	nur Haupterwerbstätigkeit		Nebenerwerbstätigkeiten	
	Anzahl	*Prozent*	*Anzahl*	*Prozent*
berufsfremde Tätigkeit	1	2,4	1	20,2
Tätigkeit außerhalb der klassischen Settings	2	4,8	1	20,0
klientennahe Tätigkeit analog beruflich Qualifizierter	6	14,3	1	20,0
klientennahe Tätigkeit mit *klientennahen* besonderen Aufgabenbereichen	5	11,9	2	40,0
klientennahe Tätigkeit mit *klientenfernen* besonderen Aufgabenbereichen	28	66,7		
Lehrtätigkeit				
wissenschaftliche Tätigkeit				
wissenschaftliche Assistenztätigkeit (SHK/WHK)				
managerielle/ administrative Tätigkeit				
Gesamt	42	100,0	5	100,0

Tabelle A 3: Tätigkeitsprofile der aktuellen Erwerbstätigkeiten (Logopädie)

Tätigkeitsprofil	nur Haupterwerbstätigkeit		Nebenerwerbstätigkeiten	
	Anzahl	*Prozent*	*Anzahl*	*Prozent*
berufsfremde Tätigkeit	1	1,2	2	16,7
Tätigkeit außerhalb der klassischen Settings	1	1,2		
klientennahe Tätigkeit analog beruflich Qualifizierter	14	16,7	4	33,3
klientennahe Tätigkeit mit *klientennahen* besonderen Aufgabenbereichen	17	20,2	2	16,7
klientennahe Tätigkeit mit *klientenfernen* besonderen Aufgabenbereichen	42	50,0	3	25,0
Lehrtätigkeit	2	2,4		
wissenschaftliche Tätigkeit	6	7,1	1	8,3
wissenschaftliche Assistenztätigkeit (SHK/WHK)				
managerielle/ administrative Tätigkeit	1	1.2		
Gesamt	84	100,0	12	100,0

Tabelle A 4 Tätigkeitsprofile der aktuellen Erwerbstätigkeiten (Physiotherapie)

Tätigkeitsprofil	nur Haupterwerbstätigkeit		Nebenerwerbstätigkeiten	
	Anzahl	*Prozent*	*Anzahl*	*Prozent*
berufsfremde Tätigkeit			5	14,7
Tätigkeit außerhalb der klassischen Settings	6	6,7	2	5,9
klientennahe Tätigkeit analog beruflich Qualifizierter	21	23,6	8	23,5
klientennahe Tätigkeit mit *klientennahen* besonderen Aufgabenbereichen	18	20,2	4	11,8
klientennahe Tätigkeit mit *klientenfernen* besonderen Aufgabenbereichen	38	42,7	6	17,6
Lehrtätigkeit			2	5,9
wissenschaftliche Tätigkeit	6	6,7		
wissenschaftliche Assistenztätigkeit (SHK/WHK)			6	17,6
managerielle/ administrative Tätigkeit			1	2,9
Gesamt	89	100,0	34	100,0

Tabelle A 5: Tätigkeitsprofile der aktuellen Erwerbstätigkeiten (Hebammenkunde)

Tätigkeitsprofil	nur Haupterwerbstätigkeit		Nebenerwerbstätigkeiten	
	Anzahl	*Prozent*	*Anzahl*	*Prozent*
berufsfremde Tätigkeit			1	7,7
Tätigkeit außerhalb der klassischen Settings				
klientennahe Tätigkeit analog beruflich Qualifizierter	7	23,3	3	23,1
klientennahe Tätigkeit mit *klientennahen* besonderen Aufgabenbereichen	5	16,7	1	7,7
klientennahe Tätigkeit mit *klientenfernen* besonderen Aufgabenbereichen	16	53,3	6	46,2
Lehrtätigkeit				
wissenschaftliche Tätigkeit	1	3,3		
wissenschaftliche Assistenztätigkeit (SHK/WHK)	1	3,3	2	15,4
managerielle/ administrative Tätigkeit				
Gesamt	30	100,0	13	100,0

Tabelle A 6: Tätigkeitsprofile der aktuellen Erwerbstätigkeiten (Pflege)

Tätigkeitsprofil	Nur Haupterwerbstätigkeit		Nebenerwerbstätigkeiten	
	Anzahl	*Prozent*	*Anzahl*	*Prozent*
berufsfremde Tätigkeit	1	0,5	5	10,9
Tätigkeit außerhalb der klassischen Settings	12	5,5	4	8,7
klientennahe Tätigkeit analog beruflich Qualifizierter	63	28,9	7	15,2
klientennahe Tätigkeit mit *klientennahen* besonderen Aufgabenbereichen	22	10,1	5	10,9
klientennahe Tätigkeit mit *klientenfernen* besonderen Aufgabenbereichen	85	39,0	5	10,9
Lehrtätigkeit	6	2,8	8	17,4
wissenschaftliche Tätigkeit	10	4,6	3	6,5
wissenschaftliche Assistenztätigkeit (SHK/WHK)	5	2,3	4	8,7
managerielle/ administrative Tätigkeit	14	6,4	5	10,9
Gesamt	218	100,0	46	100,0

Tabelle A 7: In welchem Arbeitsfeld bzw. Setting arbeiten Sie im Rahmen der jeweiligen beruflichen Tätigkeit? (Ergotherapie)

Setting	alle aktuellen Erwerbstätigkeiten		nur Haupterwerbstätigkeit	
	Anzahl	*Prozent*	*Anzahl*	*Prozent*
alternative Wohnformen	2	4,3	2	4,8
Beratungsstelle	1	2,1		
Bildungseinrichtung (allgemeinbildende Regelschule)	1	2,1	1	2,4
Bildungseinrichtung (Förderschule)	1	2,1	1	2,4
Gesundheitsamt	1	2,1	1	2,4
Krankenhaus	4	8,5	4	9,5
Langzeitpflege ambulant	1	2,1		2,4
Psychiatrie stationär/ ambulant	4	8,5	4	9,5
Rehabilitationseinrichtung	4	8,5	4	9,5
Therapiepraxis (als Beschäftigte/r)	22	46,8	21	50,0
Werkstatt für behinderte Menschen	1	2,1	1	2,4
andere Unternehmen (zur betrieblichen Gesundheitsförderung oder zum Jobcoaching)	1	2,1	1	2,4
in keiner Einrichtung (z.B. freiberuflich ohne Praxis)	2	4,3		4,8
Sonstige	2	4,3	2	4,8
Gesamt	47	100,0	42	100,0

Tabelle A 8: In welchem Arbeitsfeld bzw. Setting arbeiten Sie im Rahmen der jeweiligen beruflichen Tätigkeit? (Logopädie)

Setting	alle aktuellen Erwerbstätigkeiten		nur Haupt-erwerbstätigkeit	
	Anzahl	*Prozent*	*Anzahl*	*Prozent*
Bildungseinrichtung (Aus-, Fort-Weiterbildung)	3	3,1	3	3,6
Bildungseinrichtung (Förderschule)	3	3,1	3	3,6
Forschung/ Wissenschaft	6	6,3	5	6,0
Kindertagestätte/ Kindergarten	1	1,0	1	1,2
Krankenhaus	9	9,4	9	10,7
Langzeitpflege stationär	2	2,1	2	2,4
Psychiatrie stationär/ ambulant	1	1,0	1	1,2
Rehabilitationseinrichtung	6	6,3	5	6,0
Therapiepraxis (als Beschäftigte/r)	58	60,4	51	60,7
Therapiepraxis (eigene)	2	2,1	2	2,4
sonstige	1	1,0	1	1,2
sonstige (berufsfremd)	3	3,1	1	1,2
Gesamt	96	100,0	84	100,0

Tabelle A 9: In welchem Arbeitsfeld bzw. Setting arbeiten Sie im Rahmen der jeweiligen beruflichen Tätigkeit? (Physiotherapie)

Setting	alle aktuellen Erwerbstätigkeiten		nur Haupt-erwerbstätigkeit	
	Anzahl	*Prozent*	*Anzahl*	*Prozent*
Forschung/ Wissenschaft	13	10,7	6	6,7
Krankenhaus	16	13,1	16	18,0
Kranken-/ Pflegekasse/ Sozialhilfeträger und verbundene Dienstleister	3	2,5	2	2,25
Langzeitpflege stationär	1	0,8	1	1,1
Rehabilitationseinrichtung	10	8,2	10	11,2
Sanitätshaus/ Hilfsmittelanbieter/ Home Care Unternehmen	1	0,8	1	1,1
Therapiepraxis (als Beschäftigte/r)	51	41,8	42	47,2
Therapiepraxis (eigene)	4	3,3	2	2,3
andere Unternehmen (zur betrieblichen Gesundheitsförderung oder zum Jobcoaching)	8	6,6	4	4,5
sonstige	5	4,1	4	4,5
Sporteinrichtung	4	3,3	1	1,1
Gesamt	122		89	100,0

Tabelle A 10: In welchem Arbeitsfeld bzw. Setting arbeiten Sie im Rahmen der jeweiligen beruflichen Tätigkeit? (Hebammenkunde)

Setting	alle aktuellen Erwerbstätigkeiten		nur Haupt-erwerbstätigkeit	
	Anzahl	*Prozent*	*Anzahl*	*Prozent*
Forschung/ Wissenschaft	4	9,3	2	6,7
Geburtshaus	5	11,6	5	16,7
Krankenhaus	17	39,5	16	53,3
in keiner Einrichtung (z.B. freiberuflich ohne Praxis)	16	37,2	7	23,3
Gesamt	43	100,0	30	100,0

Tabelle A 11: In welchem Arbeitsfeld bzw. Setting arbeiten Sie im Rahmen der jeweiligen beruflichen Tätigkeit? (Pflege)

Setting	alle aktuellen Erwerbstätigkeiten		nur Haupt-erwerbstätigkeit	
	Anzahl	*Prozent*	*Anzahl*	*Prozent*
alternative Wohnformen	6	2,3	4	1,8
Beratungsstelle	2	0,8	2	0,9
Bildungseinrichtung (allgemeinbildende Regelschule)	1	0,4	1	0,5
Bildungseinrichtung (Aus-, Fort-Weiterbildung)	15	5,7	8	3,7
Bildungseinrichtung (Förderschule)	1	0,4	1	0,5
Forschung/ Wissenschaft	18	6,8	12	5,5
Gemeinde/ Landkreis (gemeindebasierte Arbeit)	2	0,8	2	0,9
Hospiz	1	0,4	1	0,5
Krankenhaus	129	49,0	121	55,8
Kranken-/ Pflegekasse/ Sozialhilfeträger und verbundene Dienstleister	3	1,1	3	1,4
Langzeitpflege ambulant	16	6,1	12	5,5
Langzeitpflege stationär	13	4,9	12	5,5
Psychiatrie stationär/ ambulant	25	9,5	21	9,7
Rehabilitationseinrichtung	3	1,1	3	1,4
Sanitätshaus/ Hilfsmittelanbieter/ Home Care Unternehmen	2	0,8	2	0,9
Tagespflege	5	1,9	4	1,8
Therapiepraxis (als Beschäftigte/r)	1	0,4	1	0,5
Werkstatt für behinderte Menschen	1	0,4	1	0,5
andere Unternehmen (zur betrieblichen Gesundheitsförderung oder zum Jobcoaching)	1	0,4	1	0,5
sonstige	5	1,9	3	1,4
sonstige (berufsfremd)	4	1,5	1	0,5
Sporteinrichtung	2	0,8	1	0,5
Gesamt	263	100,0	217	100,0

Tabelle A 12: Welche besonderen Aufgabenbereiche übernehmen Sie? (alle Berufsgruppen, nur Haupterwerbstätigkeit, Angaben in Prozent)

	Im Rahmen der Haupterwerbstätigkeit
Klinische/r Expert*in für besonders komplexe/schwierige Versorgungssituationen	15,0
Prozesssteuerung	15,4
Übernahme ärztlicher Aufgaben (über die Tätigkeiten hinausgehend, die auch alle anderen Fachpersonen Ihrer Berufsgruppe in Ihrem Betrieb übernehmen)	10,7
Übernahme von Aufgaben anderer Berufsgruppen (über die Tätigkeiten hinausgehend, die auch alle anderen Fachpersonen Ihrer Berufsgruppe in Ihrem Betrieb übernehmen)	16,6
Aus-, Fort-, Weiterbildung	15,8
Praxisanleiter*in	15,6
Beratung	41,5
Leitungsfunktion	9,9
Qualitätssicherung/-entwicklung/-management	18,2
Case Management	4,9
Überleitung/ Versorgungskontinuität/ Schnittstellenmanagement	9,9
interprofessionelle Zusammenarbeit	42,5
Projektarbeit/ Praxisprojekte	22,3
wissenschaftliche Recherche	23,3
Konzeptentwicklung	20,0
Evaluierung	16,6
Forschung	7,7
N=459	

(Mehrfachnennungen möglich)

Erläuterungstext im Rahmen der Fragestellung:

Besondere Aufgabenbereiche sind solche, die über die Tätigkeiten hinausgehen, die auch alle anderen Fachpersonen Ihrer Berufsgruppe in Ihrem Betrieb übernehmen.

Tabelle A 13: Welche besonderen Aufgabenbereiche übernehmen Sie? (Ergotherapie)

	Im Rahmen der Haupterwerbstätigkeit	Im Rahmen mindestens einer Erwerbstätigkeit
Klinische/r Expert*in für besonders komplexe/schwierige Versorgungssituationen	9,8	9,8
Prozesssteuerung	9,8	9,8
Übernahme ärztlicher Aufgaben (über die Tätigkeiten hinausgehend, die auch alle anderen Fachpersonen Ihrer Berufsgruppe in Ihrem Betrieb übernehmen)	2,4	2,4
Übernahme von Aufgaben anderer Berufsgruppen (über die Tätigkeiten hinausgehend, die auch alle anderen Fachpersonen Ihrer Berufsgruppe in Ihrem Betrieb übernehmen)	19,5	22,0
Aus-, Fort-, Weiterbildung	9,8	9,8
Praxisanleiter*in	24,4	24,4
Beratung	51,2	53,7
Leitungsfunktion	7,3	7,3
Qualitätssicherung/-entwicklung/-management	19,5	19,5
Case Management	7,3	7,3
Überleitung/ Versorgungskontinuität/ Schnittstellenmanagement	12,2	12,2
interprofessionelle Zusammenarbeit	70,7	70,7
Projektarbeit/ Praxisprojekte	39,0	39,0
wissenschaftliche Recherche	17,1	17,1
Konzeptentwicklung	31,7	31,7
Evaluierung	19,5	19,5
Forschung	2,4	2,4
N=41		

(Mehrfachnennungen möglich)

Erläuterungstext im Rahmen der Fragestellung:

Besondere Aufgabenbereiche sind solche, die über die Tätigkeiten hinausgehen, die auch alle anderen Fachpersonen Ihrer Berufsgruppe in Ihrem Betrieb übernehmen.

Tabelle A 14: Welche besonderen Aufgabenbereiche übernehmen Sie? (Logopädie)

	Im Rahmen der Haupterwerbstätigkeit	Im Rahmen mindestens einer Erwerbstätigkeit
Klinische/r Expert*in für besonders komplexe/schwierige Versorgungssituationen	24,1	25,4
Prozesssteuerung	7,2	8,4
Übernahme ärztlicher Aufgaben (über die Tätigkeiten hinausgehend, die auch alle anderen Fachpersonen Ihrer Berufsgruppe in Ihrem Betrieb übernehmen)	4,8	4,8
Übernahme von Aufgaben anderer Berufsgruppen (über die Tätigkeiten hinausgehend, die auch alle anderen Fachpersonen Ihrer Berufsgruppe in Ihrem Betrieb übernehmen)	19,3	19,3
Aus-, Fort-, Weiterbildung	16,9	18,1
Praxisanleiter*in	18,1	19,3
Beratung	59,0	59,0
Leitungsfunktion	6,0	6,0
Qualitätssicherung/-entwicklung/-management	21,7	21,7
Case Management	3,6	3,6
Überleitung/ Versorgungskontinuität/ Schnittstellenmanagement	7,2	7,2
interprofessionelle Zusammenarbeit	62,7	62,7
Projektarbeit/ Praxisprojekte	21,7	22,9
wissenschaftliche Recherche	31,3	31,3
Konzeptentwicklung	16,9	18,1
Evaluierung	18,1	18,1
Forschung	10,8	12,0
N= 83		

(Mehrfachnennungen möglich)

Erläuterungstext im Rahmen der Fragestellung:

Besondere Aufgabenbereiche sind solche, die über die Tätigkeiten hinausgehen, die auch alle anderen Fachpersonen Ihrer Berufsgruppe in Ihrem Betrieb übernehmen.

Tabelle A 15: Welche besonderen Aufgabenbereiche übernehmen Sie? (Physiotherapie)

	Im Rahmen der Haupterwerbstätigkeit	Im Rahmen mindestens einer Erwerbstätigkeit
Klinische/r Expert*in für besonders komplexe/schwierige Versorgungssituationen	22,5	25,8
Prozesssteuerung	18,0	20,2
Übernahme ärztlicher Aufgaben (über die Tätigkeiten hinausgehend, die auch alle anderen Fachpersonen Ihrer Berufsgruppe in Ihrem Betrieb übernehmen)	5,6	5,6
Übernahme von Aufgaben anderer Berufsgruppen (über die Tätigkeiten hinausgehend, die auch alle anderen Fachpersonen Ihrer Berufsgruppe in Ihrem Betrieb übernehmen)	23,6	24,7
Aus-, Fort-, Weiterbildung	12,4	15,7
Praxisanleiter*in	14,6	16,9
Beratung	38,2	40,4
Leitungsfunktion	9,0	11,2
Qualitätssicherung/-entwicklung/-management	7,9	9,0
Case Management	4,5	5,6
Überleitung/ Versorgungskontinuität/ Schnittstellenmanagement	5,6	5,6
interprofessionelle Zusammenarbeit	47,2	47,2
Projektarbeit/ Praxisprojekte	21,3	29,2
wissenschaftliche Recherche	24,7	32,6
Konzeptentwicklung	20,2	24,7
Evaluierung	13,5	16,9
Forschung	7,9	12,4
N= 89		

(Mehrfachnennungen möglich)

Erläuterungstext im Rahmen der Fragestellung:

Besondere Aufgabenbereiche sind solche, die über die Tätigkeiten hinausgehen, die auch alle anderen Fachpersonen Ihrer Berufsgruppe in Ihrem Betrieb übernehmen.

Tabelle A 16: Welche besonderen Aufgabenbereiche übernehmen Sie? (Hebammenkunde)

	Im Rahmen der Haupterwerbstätigkeit	Im Rahmen mindestens einer Erwerbstätigkeit
Klinische/r Expert*in für besonders komplexe/schwierige Versorgungssituationen	13,8	13,8
Prozesssteuerung	20,7	20,7
Übernahme ärztlicher Aufgaben (über die Tätigkeiten hinausgehend, die auch alle anderen Fachpersonen Ihrer Berufsgruppe in Ihrem Betrieb übernehmen)	17,2	17,2
Übernahme von Aufgaben anderer Berufsgruppen (über die Tätigkeiten hinausgehend, die auch alle anderen Fachpersonen Ihrer Berufsgruppe in Ihrem Betrieb übernehmen)	17,2	17,2
Aus-, Fort-, Weiterbildung	10,3	13,8
Praxisanleiter*in	24,1	27,6
Beratung	55,2	62,1
Leitungsfunktion	10,3	10,3
Qualitätssicherung/-entwicklung/-management	41,4	51,7
Case Management	3,4	3,4
Überleitung/ Versorgungskontinuität/ Schnittstellenmanagement	17,2	17,2
interprofessionelle Zusammenarbeit	48,3	48,3
Projektarbeit/ Praxisprojekte	6,9	6,9
wissenschaftliche Recherche	31,0	41,4
Konzeptentwicklung	17,2	20,7
Evaluierung	13,8	17,2
Forschung	13,8	20,7
N= 29		

(Mehrfachnennungen möglich)

Erläuterungstext im Rahmen der Fragestellung:

Besondere Aufgabenbereiche sind solche, die über die Tätigkeiten hinausgehen, die auch alle anderen Fachpersonen Ihrer Berufsgruppe in Ihrem Betrieb übernehmen.

Tabelle A 17: Welche besonderen Aufgabenbereiche übernehmen Sie? (Pflege)

	Im Rahmen der Haupterwerbstätigkeit	Im Rahmen mindestens einer Erwerbstätigkeit
Klinische/r Expert*in für besonders komplexe/schwierige Versorgungssituationen	12,0	12,9
Prozesssteuerung	20,4	23,0
Übernahme ärztlicher Aufgaben (über die Tätigkeiten hinausgehend, die auch alle anderen Fachpersonen Ihrer Berufsgruppe in Ihrem Betrieb übernehmen)	17,6	17,5
Übernahme von Aufgaben anderer Berufsgruppen (über die Tätigkeiten hinausgehend, die auch alle anderen Fachpersonen Ihrer Berufsgruppe in Ihrem Betrieb übernehmen)	14,8	15,2
Aus-, Fort-, Weiterbildung	21,3	24,0
Praxisanleiter*in	14,8	15,7
Beratung	39,4	41,0
Leitungsfunktion	13,9	14,3
Qualitätssicherung/-entwicklung/-management	20,8	23,5
Case Management	6,0	6,5
Überleitung/ Versorgungskontinuität/ Schnittstellenmanagement	13,0	14,3
interprofessionelle Zusammenarbeit	33,8	35,5
Projektarbeit/ Praxisprojekte	25,5	27,6
wissenschaftliche Recherche	23,6	26,3
Konzeptentwicklung	22,7	25,8
Evaluierung	19,9	22,6
Forschung	7,9	9,2
N= 217		

(Mehrfachnennungen möglich)

Erläuterungstext im Rahmen der Fragestellung:

Besondere Aufgabenbereiche sind solche, die über die Tätigkeiten hinausgehen, die auch alle anderen Fachpersonen Ihrer Berufsgruppe in Ihrem Betrieb übernehmen.

Tabelle A 18: Wie hoch ist Ihr derzeitiger Beschäftigungsumfang (in Wochenstunden)? (Ergotherapie)

	Wochenstunden Haupterwerbstätigkeit	Wochenstunden Nebenerwerbstätigkeiten	Gesamte Wochen-stunden *(nach Personen)*
N	42	5	42
Minimum	7,0	3,0	7,0
Maximum	42,0	20,0	42,0
Mittelwert	30,9	7,8	31,8
Median	32,5	4,5	36,0
Standardabweichung	9,3	7,0	8,9

Tabelle A 19: Wie hoch ist Ihr derzeitiger Beschäftigungsumfang (in Wochenstunden)? (Logopädie)

	Wochenstunden Haupterwerbstätigkeit	Wochenstunden Nebenerwerbs-tätigkeiten	Gesamte Wochenstunden *(nach Personen)*
N	82	12	82
Minimum	7,0	3,0	7,0
Maximum	40,0	20,0	50,0
Mittelwert	31,0	9,4	32,4
Median	35,0	9,0	37,8
Standardabweichung	10,3	5,3	10,2

Tabelle A 20: Wie hoch ist Ihr derzeitiger Beschäftigungsumfang (in Wochenstunden)? (Physiotherapie)

	Wochenstunden Haupterwerbstätigkeit	Wochenstunden Nebenerwerbs-tätigkeiten	Gesamte Wochenstunden *(nach Personen)*
N	89	32	88
Minimum	3,0	1,0	6,0
Maximum	42,0	19,0	52,0
Mittelwert	31,5	6,3	33,7
Median	37,8	5,0	38,5
Standardabweichung	10,6	4,3	9,9

Tabelle A 21: Wie hoch ist Ihr derzeitiger Beschäftigungsumfang (in Wochenstunden)? (Hebammenkunde)

	Wochenstunden Haupterwerbstätigkeit	Wochenstunden Nebenerwerbs-tätigkeiten	Gesamte Wochenstunden *(nach Personen)*
N	29	13	29
Minimum	3,0	3,0	3,0
Maximum	50,0	19,0	50,0
Mittelwert	29,2	8,6	33,0
Median	29,5	8,0	38,8
Standardabweichung	11,7	4,5	11,1

Tabelle A 22: Wie hoch ist Ihr derzeitiger Beschäftigungsumfang (in Wochenstunden)? (Pflege)

	Wochenstunden Haupterwerbstätigkeit	Wochenstunden Nebenerwerbs-tätigkeiten	Gesamte Wochenstunden *(nach Personen)*
N	213	40	209
Minimum	5,0	1,1	5,0
Maximum	46,5	20,0	45,0
Mittelwert	30,8	0,0	32,2
Median	38,0	6,0	38,5
Standardabweichung	10,5	5,6	10,7

Tabelle A 23: Brutto- Verdienst (in Euro) (Ergotherapie)

	Stundenlohn Haupterwerbs-tätigkeit	Stundenlohn Nebenerwerbs-tätigkeiten	Stundenlohn alle Tätigkeiten	Gesamt-Einkommen *(nach Personen)*
N	40	5	45	40
Minimum	11,49	8,43	8,43	450,00
Maximum	29,45	45,98	45,98	4800,00
Mittelwert	15,76	19,34	16,16	2231,33
Median	14,86	14,71	14,71	2134,41
Standardabweichung	3,97	15,11	6,00	819,60

Tabelle A 24: Brutto- Verdienst (in Euro) (Logopädie)

	Stundenlohn Haupterwerbs-tätigkeit	Stundenlohn Nebenerwerbs-tätigkeiten	Stundenlohn alle Tätigkeiten	Gesamt-Einkommen *(nach Personen)*
N	77	12	89	77
Minimum	3,39	5,75	3,39	450,00
Maximum	26,30	20,69	26,30	3700,00
Mittelwert	14,81	12,13	14,59	2094,44
Median	14,51	12,90	14,37	2243,22
Standardabweichung	3,37	4,53	3,56	799,67

Tabelle A 25: Brutto- Verdienst (in Euro) (Physiotherapie)

	Stundenlohn Haupterwerbs-tätigkeit	Stundenlohn Nebenerwerbs-tätigkeiten	Stundenlohn alle Tätigkeiten	Gesamt-Einkommen *(nach Personen)*
N	84	31	115	82
Minimum	8,84	2,30	2,30	450,00
Maximum	27,64	78,16	78,16	5050,00
Mittelwert	15,92	18,90	16,72	2258,02
Median	14,96	14,78	14,94	2184,42
Standardabweichung	3,94	15,31	8,65	846,27

Tabelle A 26: Brutto- Verdienst (in Euro) (Hebammenkunde)

	Stundenlohn Haupterwerbs-tätigkeit	Stundenlohn Nebenerwerbs-tätigkeiten	Stundenlohn alle Tätigkeiten	Gesamt-Einkommen *(nach Personen)*
N	26	13	39	26
Minimum	12,50	4,60	4,60	600,00
Maximum	45,98	68,97	68,97	5800,00
Mittelwert	21,63	22,33	21,86	3006,95
Median	20,11	17,41	19,17	3057,50
Standardabweichung	7,48	18,78	12,18	1334,37

Tabelle A 27: Brutto- Verdienst (in Euro) (Pflege)

	Stundenlohn Haupterwerbs-tätigkeit	Stundenlohn Nebenerwerbs-tätigkeiten	Stundenlohn alle Tätigkeiten	Gesamt-Einkommen *(nach Personen)*
N	196	33	229	192
Minimum	6,90	5,29	5,29	430,00
Maximum	51,97	32,84	51,97	4435,00
Mittelwert	17,63	15,50	17,32	2403,87
Median	17,30	13,79	17,24	2594,63
Standardabweichung	4,52	7,07	5,00	929,58

Tabelle A 28: Selbsteinschätzung beruflicher Handlungskompetenz (Ergotherapie)

Kompetenzdimension	N	Min	Max	Mittelwert	Median	SD
Prozesssteuerung	41	26,7	93.3	68,6	73,3	17,8
Durchführen klientenbezogener Interventionen	41	33,3	88,9	63,2	66,7	15,4
Beraten und Informieren	44	33,3	95,8	67,7	70,8	15,4
Praxisanleitung	25	0,0	100,0	53,9	55,6	21,8
Schulen und anleiten von Klient*innen	39	44,7	100,0	68,5	66,7	12,2
Qualität sichern und entwickeln	33	16,7	100,0	60,7	66,7	21,2
Wissenschaftliche Erkenntnisse recherchieren, bewerten und kommunizieren	20	0,0	95,2	55,6	61,9	27,5
Interprofessionell zusammenarbeiten	44	47,6	100,0	80,8	82,9	17,1
Wertebereich jeweils 0-100						

Tabelle A 29: Selbsteinschätzung beruflicher Handlungskompetenz (Logopädie)

Kompetenzdimension	N	Min	Max	Mittelwert	Median	SD
Prozesssteuerung	83	41,7	100,0	76,7	80,0	15,2
Durchführen klientenbezogener Interventionen	85	25,0	100,0	74,3	73,3	14,7
Beraten und Informieren	82	41,7	100,0	72,8	70,8	13,4
Praxisanleitung	61	0,0	100,0	66,2	66,7	19,9
Schulen und anleiten von Klient*innen	84	13,3	100,0	76,5	80,0	14,7
Qualität sichern und entwickeln	56	´4,17	91,7	61,6	62,5	18,2
Wissenschaftliche Erkenntnisse recherchieren, bewerten und kommunizieren	57	0,0	95,8	64,6	66,7	20,0
Interprofessionell zusammenarbeiten	76	14,3	100,0	80,3	76,2	17,8
Wertebereich jeweils 0-100						

Tabelle A 30: Selbsteinschätzung beruflicher Handlungskompetenz (Physiotherapie)

Kompetenzdimension	N	Min	Max	Mittelwert	Median	SD
Prozesssteuerung	87	33,3	100,0	76,0	80,0	15,2
Durchführen klientenbezogener Interventionen	90	27,8	100,0	71,3	72,2	15,9
Beraten und Informieren	87	25,0	100,0	69,1	70,8	16,5
Praxisanleitung	56	0,0	100,0	59,8	66,7	24,9
Schulen und anleiten von Klient*innen	86	20,0	100,0	79,2	80,0	17,4
Qualität sichern und entwickeln	64	0,0	100,0	58,7	62,5	20,9
Wissenschaftliche Erkenntnisse recherchieren, bewerten und kommunizieren	61	0,0	100,0	64,9	66,7	23,4
Interprofessionell zusammenarbeiten	68	33,3	100,0	79,6	77,0	18,1
Wertebereich jeweils 0-100						

Tabelle A 31: Selbsteinschätzung beruflicher Handlungskompetenz (Hebammenkunde)

Kompetenzdimension	N	Min	Max	Mittelwert	Median	SD
Prozesssteuerung	29	53,3	94,4	77,3	80,0	13,2
Durchführen klientenbezogener Interventionen	29	33,3	100,0	72,6	73,3	17,6
Beraten und Informieren	28	38,1	95,2	66,5	71,4	15,0
Praxisanleitung	16	0,0	100,0	72,7	76,7	25,4
Schulen und anleiten von Klient*innen *)	---	-----	-----	-----	-----	-----
Qualität sichern und entwickeln	16	33,3	91,7	61,7	61,8	14,9
Wissenschaftliche Erkenntnisse recherchieren, bewerten und kommunizieren	18	33,3	100,0	66,2	66,7	19,7
Interprofessionell zusammenarbeiten	22	42,9	100,0	81,4	84,5	15,4
*Wertebereich jeweils 0-100; *) keine valide Skala für diese Kompetenzdimension*						

Tabelle A 32: Selbsteinschätzung beruflicher Handlungskompetenz (Pflege)

Kompetenzdimension	N	Min	Max	Mittelwert	Median	SD
Prozesssteuerung	177	11,11	100,0	75,5	74,1	17,2
Durchführen klientenbezogener Interventionen	180	5,6	100,0	75,5	77,8	15,9
Beraten und Informieren	177	4,8	100,0	68,4	66,7	18,6
Praxisanleitung	151	0,0	100,0	64,6	66,7	23,0
Schulen und anleiten von Klient*innen	177	0,0	100,0	76,9	80,0	19,1
Qualität sichern und entwickeln	156	0,0	100,0	64,3	66,7	21,1
Wissenschaftliche Erkenntnisse recherchieren, bewerten und kommunizieren	132	0,0	100,0	67,7	66,7	23,8
Interprofessionell zusammenarbeiten	174	0,0	100,0	80,9	85,7	18,6
Wertebereich jeweils 0-100						

Tabelle A 33: In welchem Maße nutzen Sie im Rahmen Ihrer jeweiligen Tätigkeit Ihre im Studium erworbenen Qualifikationen? (Ergotherapie)

	Im Rahmen der Haupterwerbstätigkeit	Im Rahmen der Nebenerwerbstätigkeiten
0 – gar nicht	2,4	
1	12,2	
2	34,1	40,0
3	39,0	60,0
4 – in sehr hohem Maße	12,2	
N	41	5
Mittelwert	2,5	2,6
Median	3,0	3,0
Standardabweichung	1,0	0,5

Tabelle A 34: In welchem Maße nutzen Sie im Rahmen Ihrer jeweiligen Tätigkeit Ihre im Studium erworbenen Qualifikationen? (Logopädie)

	Im Rahmen der Haupterwerbstätigkeit	Im Rahmen der Nebenerwerbstätigkeiten
0 – gar nicht	4,8	8,3
1	16,9	41,7
2	27,7	16,7
3	27,7	25,0
4 – in sehr hohem Maße	22,9	8,3
N	83	12
Mittelwert	2,5	1,8
Median	3,0	1,5
Standardabweichung	1,2	1,2

Tabelle A 35: In welchem Maße nutzen Sie im Rahmen Ihrer jeweiligen Tätigkeit Ihre im Studium erworbenen Qualifikationen? (Physiotherapie)

	Im Rahmen der Haupterwerbstätigkeit	Im Rahmen der Nebenerwerbstätigkeiten
0 – gar nicht	1,1	12,1
1	23,6	18,2
2	20,2	24,2
3	23,6	18,2
4 – in sehr hohem Maße	31,5	27,3
N	89	33
Mittelwert	2,6	2,3
Median	3,0	2,0
Standardabweichung	1,2	1,4

Tabelle A 36: In welchem Maße nutzen Sie im Rahmen Ihrer jeweiligen Tätigkeit Ihre im Studium erworbenen Qualifikationen? (Hebammenkunde)

	Im Rahmen der Haupterwerbstätigkeit	Im Rahmen der Nebenerwerbstätigkeiten
0 – gar nicht		7,7
1	7,1	7,7
2	10,7	15,4
3	32,1	15,4
4 – in sehr hohem Maße	50,0	53,8
N	28	13
Mittelwert	3,3	3,0
Median	3,5	4,0
Standardabweichung	0,9	1,4

Tabelle A 37: In welchem Maße nutzen Sie im Rahmen Ihrer jeweiligen Tätigkeit Ihre im Studium erworbenen Qualifikationen? (Pflege)

	Im Rahmen der Haupterwerbstätigkeit	Im Rahmen der Nebenerwerbstätigkeiten
0 – gar nicht	16,8	18,6
1	24,8	14,0
2	33,2	18,6
3	15,9	23,3
4 – in sehr hohem Maße	9,3	25,6
N	214	43
Mittelwert	1,8	2,2
Median	2,0	2,0
Standardabweichung	1,2	1,5

Tabelle A 38: Nutzung der im Studium erworbenen Kompetenzen im Rahmen der Tätigkeitsprofile (alle Berufsgruppen, Haupterwerbstätigkeit)

	N	0 – gar nicht	1	2	3	4 – in sehr hohem Maße	Mittel-wert	SD
berufsfremde Tätigkeit	3	66,7	33,3				0,3	0,6
Tätigkeit außerhalb der klassischen Settings	21		23,8	38,1	23,8	14,3	2,3	1,0
klientennahe Tätigkeit analog beruflich Qualifizierter	105	19,0	29,5	21,9	15,2	14,3	1,8	1,3
klientennahe Tätigkeit mit *klientennahen* besonderen Aufgabenbereichen	66	10,6	19,7	30,3	22,7	16,7	2,2	1,2
klientennahe Tätigkeit mit *klientenfernen* besonderen Aufgabenbereichen	208	6,3	18,3	31,3	25,0	19,2	2,3	1,2
Lehrtätigkeit	8		37,5	25,0	12,5	25,0	2,3	1,3
wissenschaftliche Tätigkeit	23		4,3	21,7	30,4	43,5	3,1	0,9
wissenschaftliche Assistenztätigkeit (SHK/WHK)	6			16,7	50,0	33,3	3,1	0,8
managerielle/ administrative Tätigkeit	15		20,0	33,3	26,7	20,0	2,5	1,1
Gesamt	**455**	**9,2**	**20,9**	**28,4**	**22,6**	**18,9**	**2,2**	**1,2**

ZUFRIEDENHEIT UND AKZEPTANZ DER ABSOLVENT*INNEN

ZUFRIEDENHEIT MIT DEM BERUF

Tabelle A 39: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Beruf, für den Sie Ihr Bachelorstudium qualifiziert hat? (alle Studienrichtungen)

Studienrichtung	N	0 (gar nicht)	1	2	3	4 (in sehr hohem Maße	Mittelwert	SD
Ergotherapie	45	0,0	4,4	28,9	53,3	13,3	2,76	0,7
Logopädie	89	0,0	7,9	22,5	52,8	16,9	2,79	0,8
Physiotherapie	93	2,2	4,3	21,5	59,1	12,9	2,76	0,8
Hebammenkunde	30	0,0	0,0	30,0	40,0	30,0	3,00	0,8
Pflege	229	0,4	10,5	32,8	43,2	13,1	2,58	0,9

VOR- ODER NACHTEILE DURCH DAS BACHELORSTUDIUM IN VERGLEICH ZU EINER BERUFLICHEN AUSBILDUNG

Tabelle A 40: Finden Sie, dass Ihnen Ihr Bachelorstudium Vorteile oder Nachteile gegenüber einer entsprechenden Ausbildung ermöglicht hat? (alle Studienrichtungen)

Studienrichtung	N	Eindeutig Vorteile	Eher Vorteile	Unent-schieden	Eher Nachteile	Eindeutig Nachteile
Ergotherapie	44	18,2	54,5	22,7	4,5	0,0
Logopädie	89	30,3	47,2	21,3	1,1	0,0
Physiotherapie	94	46,8	34,0	19,1	0,0	0,0
Hebammenkunde	30	33,3	40,0	23,3	3,3	0,0
Pflege	228	36,4	39,5	18,9	3,9	1,3

Tabelle A 41: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der jeweiligen beruflichen Tätigkeit? (alle Berufsgruppen, Angaben in Prozent)

	N	0 (gar nicht)	1	2	3	4 (in sehr hohem Maße	Mittelwert	SD
Haupterwerbstätigkeit	457	1,3	11,6	27,6	43,1	16,4	2,62	0,9
Nebenerwerbstätigkeiten	106	0,9	7,5	23,6	41,5	26,4	2,85	0,9
Alle Stellen	563	1,2	10,8	26,8	42,8	18,3	2,66	0,9

Tabelle A 42: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der jeweiligen beruflichen Tätigkeit? (Ergotherapie)

	N	0 (gar nicht)	1	2	3	4 (in sehr hohem Maße	Mittelwert	SD
Haupterwerbstätigkeit	41		9,8	36,6	43,9	9,8	2,54	0,8
Nebenerwerbstätigkeiten	5				60,0	40,0	3,40	0,6
Alle Stellen	46		8,7	32,6	45,7	13,0	2,63	0,9

Tabelle A 43: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der jeweiligen beruflichen Tätigkeit? (Logopädie)

	N	0 (gar nicht)	1	2	3	4 (in sehr hohem Maße	Mittelwert	SD
Haupterwerbstätigkeit	83		12,0	20,5	44,6	22,9	2,78	0,9
Nebenerwerbstätigkeiten	12		16,7	16,7	50,0	16,7	2,67	1,0
Alle Stellen	95		12,6	20,0	45,3	22,1	2,77	0,9

Tabelle A 44: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der jeweiligen beruflichen Tätigkeit? (Physiotherapie)

	N	0 (gar nicht)	1	2	3	4 (in sehr hohem Maße	Mittelwert	SD
Haupterwerbstätigkeit	89	1,1	6,7	21,3	55,1	15,7	2,78	0,8
Nebenerwerbstätigkeiten	33	3,0	3,0	24,2	45,5	24,2	2,85	0,9
Alle Stellen	122	1,6	5,7	22,1	52,5	18,0	2,80	0,9

Tabelle A 45: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der jeweiligen beruflichen Tätigkeit? (Hebammenkunde)

	N	0 (gar nicht)	1	2	3	4 (in sehr hohem Maße	Mittelwert	SD
Haupterwerbstätigkeit	29		6,9	41,4	41,4	10,3	2,55	0,8
Nebenerwerbstätigkeiten	13			23,1	69,2	7,7	2,85	0,6
Alle Stellen	42		4,8	35,7	50,0	9,5	2,64	0,7

Tabelle A 46: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der jeweiligen beruflichen Tätigkeit? (Pflege)

	N	0 (gar nicht)	1	2	3	4 (in sehr hohem Maße	Mittelwert	SD
Haupterwerbstätigkeit	215	2,3	14,4	29,3	37,7	16,3	2,51	1,0
Nebenerwerbstätigkeiten	43		11,6	27,9	25,6	34,9	2,84	1,0
Alle Stellen	258	1,9	14,0	29,1	35,7	19,4	2,57	1,0

Tabelle A 47: Angemessenheit des Gehalts (alle Berufsgruppen, Angaben in Prozent)

„Ich empfinde mein Gehalt als angemessen für meine Tätigkeit.“	N	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
Haupterwerbstätigkeit	458	29,0	37,8	26,0	7,2
Nebenerwerbstätigkeiten	107	15,0	31,8	42,1	11,2
Alle Stellen	565	26,4	36,6	29,0	8,0

AKZEPTANZ DER ABSOLVENT*INNEN IM BERUFLICHEN UMFELD

Nur bezogen auf das Item „Angehörige anderer Berufsgruppen, mit denen ich zusammenarbeite, nehmen meine akademische Qualifizierung positiv wahr.“ Unterscheiden sich die Berufsgruppen untereinander (p=0,047, Kruskal- Wallis)

Tabelle A 48: Akzeptanz der Absolvent*innen im beruflichen Umfeld (Ergotherapie)

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu	Kann ich nicht beantworten
Meinen Kolleg*innen ist bewusst, in welchen Kompetenzen ich mich von nicht-akademischen Fachpersonen unterscheide	2,2	28,9	51,1	4,4	13,3
Meine Kolleg*innen nehmen meine akademische Qualifizierung positiv wahr.	6,7	53,3	17,8	2,2	20,0
Meinen Vorgesetzten ist bewusst, in welchen Kompetenzen ich mich von nicht-akademischen Fachpersonen unterscheide.	13,3	42,2	22,2	8,9	13,3
Meine Vorgesetzten nehmen meine akademische Qualifizierung positiv wahr.	31,1	48,9	8,9	4,4	6,7
Angehörige anderer Berufsgruppen, mit denen ich zusammenarbeite, ist bewusst, in welchen Kompetenzen ich mich von nicht-akademischen Fachpersonen unterscheide.	2,2	22,2	35,6	15,6	24,4
Angehörige anderer Berufsgruppen, mit denen ich zusammenarbeite, nehmen meine akademische Qualifizierung positiv wahr.	8,9	24,4	20,0	4,4	42,2
Klient*innen, die ich versorge, ist bewusst, in welchen Kompetenzen ich mich von nicht-akademischen Fachpersonen unterscheide.	0,0	4,4	31,1	33,3	31,1
Klient*innen, die ich versorge, nehmen meine akademische Qualifizierung positiv wahr.	4,4	33,3	11,1	13,3	37,8
					N= 47, Missings: 2

Tabelle A 49: Akzeptanz der Absolvent*innen im beruflichen Umfeld (Logopädie)

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu	Kann ich nicht beantworten
Meinen Kolleg*innen ist bewusst, in welchen Kompetenzen ich mich von nicht-akademischen Fachpersonen unterscheide	13,3	17,8	38,9	8,9	21,1
Meine Kolleg*innen nehmen meine akademische Qualifizierung positiv wahr.*)	22,5	28,1	25,8	2,2	21,3
Meinen Vorgesetzten ist bewusst, in welchen Kompetenzen ich mich von nicht-akademischen Fachpersonen unterscheide.	23,3	30,0	27,8	4,4	14,4
Meine Vorgesetzten nehmen meine akademische Qualifizierung positiv wahr.	35,6	31,1	15,6	2,2	15,6
Angehörige anderer Berufsgruppen, mit denen ich zusammenarbeite, ist bewusst, in welchen Kompetenzen ich mich von nicht-akademischen Fachpersonen unterscheide.	6,7	12,2	45,6	12,2	23,3
Angehörige anderer Berufsgruppen, mit denen ich zusammenarbeite, nehmen meine akademische Qualifizierung positiv wahr.	13,3	24,4	24,4	6,7	31,1
Klient*innen, die ich versorge, ist bewusst, in welchen Kompetenzen ich mich von nicht-akademischen Fachpersonen unterscheide.	0,0	11,1	38,9	31,1	18,9
Klient*innen, die ich versorge, nehmen meine akademische Qualifizierung positiv wahr.	15,6	26,7	15,6	13,3	28,9
N= 90, Missings: 5 *) N= 89, Missings: 6					

Tabelle A 50: Akzeptanz der Absolvent*innen im beruflichen Umfeld (Physiotherapie)

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu	Kann ich nicht beantworten
Meinen Kolleg*innen ist bewusst, in welchen Kompetenzen ich mich von nicht-akademischen Fachpersonen unterscheide	11,7	19,1	42,6	13,8	12,8
Meine Kolleg*innen nehmen meine akademische Qualifizierung positiv wahr.	16,0	37,2	18,1	4,3	24,5
Meinen Vorgesetzten ist bewusst, in welchen Kompetenzen ich mich von nicht-akademischen Fachpersonen unterscheide.	25,5	26,6	27,7	9,6	10,6
Meine Vorgesetzten nehmen meine akademische Qualifizierung positiv wahr.	27,7	36,2	9,6	7,4	19,1
Angehörige anderer Berufsgruppen, mit denen ich zusammenarbeite, ist bewusst, in welchen Kompetenzen ich mich von nicht-akademischen Fachpersonen unterscheide.	2,1	7,4	39,4	20,2	30,9
Angehörige anderer Berufsgruppen, mit denen ich zusammenarbeite, nehmen meine akademische Qualifizierung positiv wahr.	7,4	20,2	17,0	10,6	44,7
Klient*innen, die ich versorge, ist bewusst, in welchen Kompetenzen ich mich von nicht-akademischen Fachpersonen unterscheide.	1,1	17,0	36,2	26,6	19,1
Klient*innen, die ich versorge, nehmen meine akademische Qualifizierung positiv wahr.	13,8	41,5	9,6	7,4	27,7
					N= 94, Missings: 3

Tabelle A 51: Akzeptanz der Absolvent*innen im beruflichen Umfeld (Hebammenkunde)

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu	Kann ich nicht beantworten
Meinen Kolleg*innen ist bewusst, in welchen Kompetenzen ich mich von nicht-akademischen Fachpersonen unterscheide	0,0	36,7	36,7	13,3	13,3
Meine Kolleg*innen nehmen meine akademische Qualifizierung positiv wahr.	13,3	50,0	23,3	3,3	10,0
Meinen Vorgesetzten ist bewusst, in welchen Kompetenzen ich mich von nicht-akademischen Fachpersonen unterscheide. *)	6,9	27,6	20,7	13,8	31,0
Meine Vorgesetzten nehmen meine akademische Qualifizierung positiv wahr. **)	10,7	21,4	21,4	10,7	35,7
Angehörige anderer Berufsgruppen, mit denen ich zusammenarbeite, ist bewusst, in welchen Kompetenzen ich mich von nicht-akademischen Fachpersonen unterscheide.	0,0	10,0	33,3	30,0	26,7
Angehörige anderer Berufsgruppen, mit denen ich zusammenarbeite, nehmen meine akademische Qualifizierung positiv wahr.	6,7	20,0	30,0	20,0	23,3
Klient*innen, die ich versorge, ist bewusst, in welchen Kompetenzen ich mich von nicht-akademischen Fachpersonen unterscheide.	0,0	23,3	43,3	10,0	23,3
Klient*innen, die ich versorge, nehmen meine akademische Qualifizierung positiv wahr.	20,0	43,3	13,3	3,3	20,0
N= 30, Missings: 2 *) N= 29, Missings: 3 **) N= 28, Missings: 42					

Tabelle A 52: Akzeptanz der Absolvent*innen im beruflichen Umfeld (Pflege)

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu	Kann ich nicht beantworten
Meinen Kolleg*innen ist bewusst, in welchen Kompetenzen ich mich von nicht-akademischen Fachpersonen unterscheide	11,7	17,0	44,8	17,0	9,6
Meine Kolleg*innen nehmen meine akademische Qualifizierung positiv wahr.	14,8	32,2	31,3	4,3	17,4
Meinen Vorgesetzten ist bewusst, in welchen Kompetenzen ich mich von nicht-akademischen Fachpersonen unterscheide. *)	24,9	28,4	26,2	11,8	8,7
Meine Vorgesetzten nehmen meine akademische Qualifizierung positiv wahr. **)	34,4	32,6	15,0	6,6	11,5
Angehörige anderer Berufsgruppen, mit denen ich zusammenarbeite, ist bewusst, in welchen Kompetenzen ich mich von nicht-akademischen Fachpersonen unterscheide. *)**	7,0	18,9	36,8	21,5	15,8
Angehörige anderer Berufsgruppen, mit denen ich zusammenarbeite, nehmen meine akademische Qualifizierung positiv wahr. **)	14,4	27,1	24,5	7,0	27,1
Klient*innen, die ich versorge, ist bewusst, in welchen Kompetenzen ich mich von nicht-akademischen Fachpersonen unterscheide.	4,3	8,7	30,4	33,5	23,0
Klient*innen, die ich versorge, nehmen meine akademische Qualifizierung positiv wahr.	13,0	22,2	16,5	12,2	36,1
					N= 230, Missings: 14
					*) N= 229, Missings: 15
					**) N= 227, Missings: 17
					***) N= 228, Missings: 16

Tabelle A 53: Gab es Probleme beim Übergang ins Berufsleben? (alle Studienrichtungen)

Studienrichtung	N	Anzahl	Prozent
Ergotherapie	47	5	10,6
Logopädie	94	4	4,3
Physiotherapie	97	6	6,2
Hebammenkunde	32	7	21,9
Pflege	241	27	11,2
Gesamt	462	49	9,6

Tabelle A 54: Gründe für Probleme beim Übergang in das Berufsleben (alle Studienrichtungen)

	Ergo-therapie	Logopädie	Physio-therapie	Hebammen-kunde	Pflege
Ich habe nicht sofort eine berufliche Tätigkeit gefunden, bei der ich meine akademische Qualifizierung einbringen konnte	1	1	2	2	16
Ich war mir nicht sicher, für welche Aufgabenfelder mich mein Studium qualifiziert		1	4	1	20
Es gab Vorbehalte gegenüber akademisch qualifizierten Praktikern	2	1	1	2	12
Mir wurde in Aussicht gestellt, in einem ein zu meiner Qualifizierung passende Aufgabenfeld zu arbeiten, dies hat sich aber nicht bewahrheitet	1	1	2	1	12
andere Gründe	3	2	3	4	2

in absoluten Zahlen, Mehrfachnennungen möglich

Tabelle A 55: Anzahl und Anteil zum Befragungszeitpunkt nicht erwerbstätiger Absolvent*innen (alle Studienrichtungen)

Studienrichtung	N	Anzahl	Prozent
Ergotherapie	45	3	6,7
Logopädie	89	5	5,6
Physiotherapie	95	6	6,3
Hebammenkunde	32	2	6,3
Pflege	233	15	6,4

Tabelle A 56: Gründe, derzeit keiner Erwerbstätigkeit nachzugehen (alle Studienrichtungen)

	Ergo-therapie	Logopädie	Physio-therapie	Hebammen-kunde	Pflege
familiäre Gründe (z.B. Elternzeit	1	2		2	7
gesundheitliche Gründe	1	1	1		2
arbeitssuchend	1		1		1
Ich finde keine Stelle, die meinen Ansprüchen genügt	1		2		1
Berufliche Neuorientierung	1	1	4		3
Weiterqualifizierung/ Studium	4	9	6		16
Reisen/ Auslandsaufenthalt/ Auszeit			1		1
Sonstige Gründe					2

in absoluten Zahlen, Mehrfachnennungen möglich

Tabelle A 57: Karriereziele (Ergotherapie)

Bitte geben Sie an, welche der folgenden Karriereziele Sie verfolg(t)en bzw. erreicht haben	War nie ein Karriereziel	War Karriereziel, wird aber nicht mehr verfolgt	Ist Karriereziel, wird verfolgt	Wurde erreicht	Missings
Praxisanleiter*in	40,4	8,5	29,8	19,1	2,1
klinische/r Expert*in/ Advanced Practitioner	63,8	4,3	27,7		4,3
zertifizierte/r Expert*in für spezifische Behandlungskonzepte	34,0	8,5	53,2	2,1	2,1
Selbständigkeit	74,5	10,6	10,6	2,1	2,1
Leitungsfunktion im oberen Management	66,0	4,3	27,7		2,1
Leitungsfunktion im mittleren Management (Teamleitung, Stationsleitung)	40,4	4,3	40,4	10,6	4,3
Qualitätsmanagement	53,2	6,4	27,7	8,5	4,3
beratende Tätigkeit	17,0	6,4	55,3	17,0	4,3
Lehrtätigkeit in Aus-/ Fort-/ Weiterbildung	40,4	6,4	44,7	4,3	4,3
Forschung und Entwicklung	59,6	2,1	36,2		2,1
Gesundheits- oder Berufspolitik	74,5	4,3	19.1		2.1
N= 47					

Tabelle A 58: Karriereziele (Logopädie)

Bitte geben Sie an, welche der folgenden Karriereziele Sie verfolg(t)en bzw. erreicht haben	War nie ein Karriereziel	War Karriereziel, wird aber nicht mehr verfolgt	Ist Karriereziel, wird verfolgt	Wurde erreicht	Missings
Praxisanleiter*in	41,1	8,4	30,5	10,5	9,5
klinische/r Expert*in/ Advanced Practitioner	55,8	4,2	26,3	4,2	9,5
zertifizierte/r Expert*in für spezifische Behandlungskonzepte	34,7	5,3	43,2	8,4	8,4
Selbständigkeit	49,5	11,6	27,4	2,1	9,5
Leitungsfunktion im oberen Management	61,1	9,5	20,0		9,5
Leitungsfunktion im mittleren Management (Teamleitung, Stationsleitung)	32,6	7,4	46,3	3,2	10,5
Qualitätsmanagement	51,6	9,5	24,2	3,2	11,6
beratende Tätigkeit	37,9	4,2	32,6	13,7	11,6
Lehrtätigkeit in Aus-/ Fort-/ Weiterbildung	36,8	10,5	36,8	7,4	8,4
Forschung und Entwicklung	46,3	8,4	30,5	4,2	10,5
Gesundheits- oder Berufspolitik	75,8		12,6		11,6
N= 95					

Tabelle A 59: Karriereziele (Physiotherapie)

Bitte geben Sie an, welche der folgenden Karriereziele Sie verfolg(t)en bzw. erreicht haben	War nie ein Karriereziel	War Karriereziel, wird aber nicht mehr verfolgt	Ist Karriereziel, wird verfolgt	Wurde erreicht	Missings
Praxisanleiter*in	61,9	6,2	17,5	10,3	4,1
klinische/r Expert*in/ Advanced Practitioner	49,5	4,1	34,0	5,2	7,2
zertifizierte/r Expert*in für spezifische Behandlungskonzepte	37,1	7,2	39,2	11,3	5,2
Selbständigkeit	55,7	16,5	21,6	2,1	4,1
Leitungsfunktion im oberen Management	62,9	5,2	23,7		8,2
Leitungsfunktion im mittleren Management (Teamleitung, Stationsleitung)	46,4	9,3	35,1	5,2	4,1
Qualitätsmanagement	61,9	7,2	22,7	3,1	5,2
beratende Tätigkeit	36,1	5,2	39,2	13,4	6,2
Lehrtätigkeit in Aus-/ Fort-/ Weiterbildung	41,2	8,2	43,3	3,1	4,1
Forschung und Entwicklung	44,3	6,2	37,1	6,2	6,2
Gesundheits- oder Berufspolitik	77,2	2,1	19,6		6,2
N= 97					

Tabelle A 60: Karriereziele (Hebammenkunde)

Bitte geben Sie an, welche der folgenden Karriereziele Sie verfolg(t)en bzw. erreicht haben	War nie ein Karriereziel	War Karriereziel, wird aber nicht mehr verfolgt	Ist Karriereziel, wird verfolgt	Wurde erreicht	Missings
Praxisanleiter*in	34,4	15,6	37,5	6,3	6,3
klinische/r Expert*in/ Advanced Practitioner	78,1		15,6		6,3
zertifizierte/r Expert*in für spezifische Behandlungskonzepte	68,8		18,8	6,3	6,3
Selbständigkeit		12,5	18,8	62,5	6,3
Leitungsfunktion im oberen Management	81,3		9,4	3,1	6,3
Leitungsfunktion im mittleren Management (Teamleitung, Stationsleitung)	84,4	6,3	3,1		6,3
Qualitätsmanagement	56,3		15,6	21,9	6,3
beratende Tätigkeit	18,8	3,1	25,0	46,9	6,3
Lehrtätigkeit in Aus-/ Fort-/ Weiterbildung	46,9	6,3	34,4	6,3	6,3
Forschung und Entwicklung	43,8	9,4	34,4	6,3	6,3
Gesundheits- oder Berufspolitik	65,6	6,3	21,9		6,3
N= 32					

Tabelle A 61: Karriereziele (Pflege)

Bitte geben Sie an, welche der folgenden Karriereziele Sie verfolg(t)en bzw. erreicht haben	War nie ein Karriereziel	War Karriereziel, wird aber nicht mehr verfolgt	Ist Karriereziel, wird verfolgt	Wurde erreicht	Missings
Praxisanleiter*in	53,7	20,1	12,7	7,0	6,6
klinische/r Expert*in/ Advanced Practitioner	66,8	10,2	14,8	1,2	7,0
zertifizierte/r Expert*in für spezifische Behandlungskonzepte	63,9	10,7	16,0	2,5	7,0
Selbständigkeit	69,7	6,6	12,7	2,9	8,2
Leitungsfunktion im oberen Management	46,3	11,9	32,0	2,0	7,8
Leitungsfunktion im mittleren Management (Teamleitung, Stationsleitung)	47,1	15,6	20,9	7,8	8,6
Qualitätsmanagement	48,0	13,9	21,7	9,4	7,0
beratende Tätigkeit	20,9	12,3	43,9	14,3	8,6
Lehrtätigkeit in Aus-/ Fort-/ Weiterbildung	34,4	13,1	36,9	8,2	7,4
Forschung und Entwicklung	48,8	11,5	26,2	6,1	7,4
Gesundheits- oder Berufspolitik	61,1	6,6	19,7	2,9	9,8
N= 244					

Tabelle A 62: Interesse an, Aufnahme und Abschluss eines weiteren Studiums (alle Berufsgruppen)

Bitte geben Sie an, ob Sie sich konkret für ein weiteres Studium interessieren oder ein solches bereits aufgenommen/ abgeschlossen haben	Ergotherapie	Logopädie	Physiotherapie	Hebammen-kunde	Pflege
Weiteres Studium abgeschlossen	2,2	12,2	18,1	0,0	11,7
Studiert derzeit	28,3	28,9	26,6	23,3	37,7
Konkretes Interesse an weiterem Studium	58,7	38,9	51,1	56,7	58,9
N	46	90	94	30	231

Tabelle A 63: Interesse an, Aufnahme und Abschluss weiterer Studienrichtungen (alle Berufsgruppen, Angaben in Prozent)

Bitte geben Sie an, ob Sie sich konkret für ein weiteres Studium interessieren oder ein solches bereits aufgenommen/ abgeschlossen haben	Abge-schlossen	Derzeit im Studium	Konkretes Interesse
Pflegewissenschaft/ Hebammenwissenschaft/ Therapiewissenschaft (Masterstudium)	1,9	4,1	12,4
klinisch ausgerichtetes Bachelorstudium		0,2	1,2
klinisch ausgerichtetes Masterstudium	1,4	2,7	15,7
Interprofessionell ausgerichtetes klinisches Bachelorstudium	2,9	0,2	0,6
Interprofessionell ausgerichtetes klinisches Masterstudium		2,9	10,1
klinisch ausgerichtetes Masterstudium UND/ ODER Interprofessionell ausgerichtetes klinisches Masterstudium	*1,4*	*5,0*	*20,0*
Management (Bachelorstudium)	1,0	0,4	3,1
Management (Masterstudium)	1,2	6,0	13,6
Berufspädagogik (Bachelorstudium)	0,4	0,4	2,5
Berufspädagogik (Masterstudium)	0,4	3,3	11,3
Gesundheitswissenschaften (Bachelorstudium)	0,4		1,9
Gesundheitswissenschaften (Masterstudium)	1,7	6,4	11,8
Medizin	0,2	1,4	5,0
Soziale Arbeit (Bachelorstudium)			1,6
Soziale Arbeit (Masterstudium)	0,2	0,6	2,1
Promotion	0,2	1,0	20,8
andere Studienrichtung (Bachelorstudium)	1,7	1,6	3,5
andere Studienrichtung (Masterstudium)	1,2	6,4	5,2
N=515, Mehrfachnennungen möglich			

Tabelle A 64: Interesse an, Aufnahme und Abschluss weiterer Studienrichtungen (Ergotherapie)

Bitte geben Sie an, ob Sie sich konkret für ein weiteres Studium interessieren oder ein solches bereits aufgenommen/ abgeschlossen haben	Abge-schlossen	Derzeit im Studium	Konkretes Interesse
Pflegewissenschaft/ Hebammenwissenschaft/ Therapiewissenschaft (Masterstudium)			17,0
klinisch ausgerichtetes Bachelorstudium			2,1
klinisch ausgerichtetes Masterstudium			10,6
Interprofessionell ausgerichtetes klinisches Masterstudium		8,5	19,1
Management (Bachelorstudium)			2,1
Management (Masterstudium)		6,4	12,8
Berufspädagogik (Masterstudium)		4,3	10,6
Gesundheitswissenschaften (Bachelorstudium)			2,1
Gesundheitswissenschaften (Masterstudium)		2,1	17,0
Medizin			2,1
Soziale Arbeit (Masterstudium)	2,1	2,1	6,4
Promotion			25,5
andere Studienrichtung (Bachelorstudium)		2,1	6,4
andere Studienrichtung (Masterstudium)		8,5	6,4
N=47, Mehrfachnennungen möglich			

Tabelle A 65: Interesse an, Aufnahme und Abschluss weiterer Studienrichtungen (Logopädie)

Bitte geben Sie an, ob Sie sich konkret für ein weiteres Studium interessieren oder ein solches bereits aufgenommen/ abgeschlossen haben	Abge-schlossen	Derzeit im Studium	Konkretes Interesse
Pflegewissenschaft/ Hebammenwissenschaft/ Therapiewissenschaft (Masterstudium)	2,8	5,6	13,9
klinisch ausgerichtetes Masterstudium	2,1	8,4	12,6
Interprofessionell ausgerichtetes klinisches Masterstudium		1,1	6,3
Management (Bachelorstudium)	2,1		3,2
Management (Masterstudium)		1,1	8,4
Berufspädagogik (Bachelorstudium)			1,1
Berufspädagogik (Masterstudium)		1,1	2,1
Gesundheitswissenschaften (Bachelorstudium)			2,1
Gesundheitswissenschaften (Masterstudium)		3,2	5,3
Medizin		2,7	16,2
Soziale Arbeit (Bachelorstudium)			2,9
Promotion		1,1	15,8
andere Studienrichtung (Bachelorstudium)	3,2	1,1	4,2
andere Studienrichtung (Masterstudium)	3,2	9,5	6,3
N=95, Mehrfachnennungen möglich			

Tabelle A 66: Interesse an, Aufnahme und Abschluss weiterer Studienrichtungen (Physiotherapie)

Bitte geben Sie an, ob Sie sich konkret für ein weiteres Studium interessieren oder ein solches bereits aufgenommen/ abgeschlossen haben	Abge-schlossen	Derzeit im Studium	Konkretes Interesse
Pflegewissenschaft/ Hebammenwissenschaft/ Therapiewissenschaft (Masterstudium)	2,1		9,3
klinisch ausgerichtetes Bachelorstudium		1,0	
klinisch ausgerichtetes Masterstudium	5,2	3,1	16,5
Interprofessionell ausgerichtetes klinisches Masterstudium		6,2	4,1
Management (Bachelorstudium)	3,1		3,1
Management (Masterstudium)	1,0	3,1	15,5
Berufspädagogik (Bachelorstudium)		1,0	2,1
Berufspädagogik (Masterstudium)		1,0	8,2
Gesundheitswissenschaften (Masterstudium)	2,1	7,2	14,4
Medizin	1,0	2,1	9,3
Soziale Arbeit (Masterstudium)			1,0
Promotion		1,0	16,5
andere Studienrichtung (Bachelorstudium)	*) 1,0	*) 3,1	*) 5,2
andere Studienrichtung (Masterstudium)	2,1	8,2	8,2
N=97, Mehrfachnennungen möglich			

Tabelle A 67: Interesse an, Aufnahme und Abschluss weiterer Studienrichtungen (Hebammenkunde)

Bitte geben Sie an, ob Sie sich konkret für ein weiteres Studium interessieren oder ein solches bereits aufgenommen/ abgeschlossen haben	Abge-schlossen	Derzeit im Studium	Konkretes Interesse
Pflegewissenschaft/ Hebammenwissenschaft/ Therapiewissenschaft (Masterstudium)		6,3	37,5
klinisch ausgerichtetes Bachelorstudium			6,3
klinisch ausgerichtetes Masterstudium			21,9
Interprofessionell ausgerichtetes klinisches Bachelorstudium			6,3
Interprofessionell ausgerichtetes klinisches Masterstudium		3,1	25,0
Management (Bachelorstudium)			3,1
Management (Masterstudium)		3,1	6,3
Berufspädagogik (Bachelorstudium)			3,1
Berufspädagogik (Masterstudium)			9,4
Gesundheitswissenschaften (Bachelorstudium)			3,1
Gesundheitswissenschaften (Masterstudium)		9,4	25,0
Medizin			3,1
Soziale Arbeit (Bachelorstudium)			3,1
Soziale Arbeit (Masterstudium)			6,3
Promotion			25,0
andere Studienrichtung (Bachelorstudium)			9,4
andere Studienrichtung (Masterstudium)			9,4
N=32, Mehrfachnennungen möglich			

Tabelle A 68: Interesse an, Aufnahme und Abschluss weiterer Studienrichtungen (Pflege)

Bitte geben Sie an, ob Sie sich konkret für ein weiteres Studium interessieren oder ein solches bereits aufgenommen/ abgeschlossen haben	Abge-schlossen	Derzeit im Studium	Konkretes Interesse
Pflegewissenschaft/ Hebammenwissenschaft/ Therapiewissenschaft (Masterstudium)	2,9	7,0	12,3
klinisch ausgerichtetes Bachelorstudium			1,6
klinisch ausgerichtetes Masterstudium		1,2	16,8
Interprofessionell ausgerichtetes klinisches Bachelorstudium		0,4	0,8
Interprofessionell ausgerichtetes klinisches Masterstudium		1,2	10,2
Management (Bachelorstudium)		0,8	3,3
Management (Masterstudium)	2,0	9,4	16,0
Berufspädagogik (Bachelorstudium)	0,8	0,4	3,7
Berufspädagogik (Masterstudium)	0,8	5,3	16,4
Gesundheitswissenschaften (Bachelorstudium)	0,8		2,5
Gesundheitswissenschaften (Masterstudium)	2,9	7,8	10,7
Medizin		1,6	3,7
Soziale Arbeit (Bachelorstudium)			2,5
Soziale Arbeit (Masterstudium)		0,8	2,0
Promotion	0,4	1,2	23,0
andere Studienrichtung (Bachelorstudium)	2,0	1,2	2,0
andere Studienrichtung (Masterstudium)	0,4	4,5	3,7
N=244, Mehrfachnennungen möglich			

Tabelle A 69: Interesse an, Aufnahme und Abschluss von Weiterbildungen (alle Berufsgruppen)

Bitte geben Sie an, ob Sie sich konkret für eine Weiterbildung interessieren oder eine solche bereits aufgenommen/ abgeschlossen haben		Ergo-therapie	Logopädie	Physio-therapie	Hebammen-kunde	Pflege
Weiterbildung abgeschlossen		34,0	9,5	45,4	21,9	12,3
Derzeit in Weiterbildung		21,3	14,7	26,8	6,3	10,2
Konkretes Interesse an Weiterbildung		76,6	60,0	52,6	59,4	54,1
	N	47	95	97	32	244

Tabelle A 70: Interesse an, Aufnahme und Abschluss von Weiterbildungen (Ergotherapie)

Bitte geben Sie an, ob Sie sich konkret für eine Weiterbildung interessieren oder eine solche bereits aufgenommen/ abgeschlossen haben	Abge-schlossen	Derzeit in Weiterbildung	Konkretes Interesse
klinische Zusatzqualifikation/ Fachweiterbildung	23,4	10,6	38,3
auf Beratungskompetenz bezogene Weiterbildung	4,3	4,3	57,4
pädagogische Weiterbildung	6,4	8,5	29,8
leitungsbezogene Weiterbildung	2,1		29,8
andere Weiterbildung	4,3	2,1	8,5
N=47, Mehrfachnennungen möglich			

Tabelle A 71: Interesse an, Aufnahme und Abschluss von Weiterbildungen (Logopädie)

Bitte geben Sie an, ob Sie sich konkret für eine Weiterbildung interessieren oder eine solche bereits aufgenommen/ abgeschlossen haben	Abge-schlossen	Derzeit in Weiterbildung	Konkretes Interesse
klinische Zusatzqualifikation/ Fachweiterbildung	6,3	7,4	45,3
auf Beratungskompetenz bezogene Weiterbildung	1,1	1,1	28,4
pädagogische Weiterbildung	2,1	4,2	23,2
leitungsbezogene Weiterbildung	2,1	2,1	24,2
andere Weiterbildung		4,2	4,2
N=95, Mehrfachnennungen möglich			

Tabelle A 72: Interesse an, Aufnahme und Abschluss von Weiterbildungen (Physiotherapie)

Bitte geben Sie an, ob Sie sich konkret für eine Weiterbildung interessieren oder eine solche bereits aufgenommen/ abgeschlossen haben	Abge-schlossen	Derzeit in Weiterbildung	Konkretes Interesse
klinische Zusatzqualifikation/ Fachweiterbildung	43,3	19,6	17,5
auf Beratungskompetenz bezogene Weiterbildung	3,1	1,0	27,8
pädagogische Weiterbildung	2,1	2,1	19,6
leitungsbezogene Weiterbildung	1,0	2,1	26,8
andere Weiterbildung	4,1	3,1	5,2
N=97, Mehrfachnennungen möglich			

Tabelle A 73: Interesse an, Aufnahme und Abschluss von Weiterbildungen (Hebammenkunde)

Bitte geben Sie an, ob Sie sich konkret für eine Weiterbildung interessieren oder eine solche bereits aufgenommen/ abgeschlossen haben	Abge-schlossen	Derzeit in Weiterbildung	Konkretes Interesse
klinische Zusatzqualifikation/ Fachweiterbildung	18,8	3,1	28,1
auf Beratungskompetenz bezogene Weiterbildung			53,1
pädagogische Weiterbildung	3,1	3,1	21,9
leitungsbezogene Weiterbildung			9,4
N=32, Mehrfachnennungen möglich			

Tabelle A 74: Interesse an, Aufnahme und Abschluss von Weiterbildungen (Pflege)“

Bitte geben Sie an, ob Sie sich konkret für eine Weiterbildung interessieren oder eine solche bereits aufgenommen/ abgeschlossen haben	Abge-schlossen	Derzeit in Weiterbildung	Konkretes Interesse
klinische Zusatzqualifikation/ Fachweiterbildung	5,3	3,7	33,2
auf Beratungskompetenz bezogene Weiterbildung	3,7	2,0	33,6
pädagogische Weiterbildung	3,3	2,0	19,7
leitungsbezogene Weiterbildung	1,2	2,5	23,4
andere Weiterbildung	2,5	1,2	1,6
N=244, Mehrfachnennungen möglich			