

Qualitätsmanagement in der Ausbildung Physiotherapie in den EU-Ländern

Eine vergleichende Untersuchung

Inauguraldissertation

zur Erlangung des Grades eines Dr. phil.

an der Fakultät für

Verhaltens- und empirische Kulturwissenschaften

der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

vorgelegt von

Mieke Wasner – Heidelberg 2006

Danksagung

An dieser Stelle bedanke ich mich für die Unterstützung, die mir während der Durchführung und Darstellung dieser Studie zuteil geworden ist. Ohne die inhaltliche Verbundenheit meines Betreuers Prof. Volker Lenhart zur Physiotherapie wäre dieses Thema nicht durchführbar gewesen. Die Unterstützung durch Experten und durch fachliche Kollegen war zur Erstellung des Fragebogens und zur Beendigung der Studie sehr wichtig.

Bei meinem Mann, meiner Mutter und meinen Söhnen möchte ich mich ganz besonders für die vielen Stunden bedanken, die ich am Computer verbringen konnte, um diese Arbeit zu schreiben. Frau Paul hat in keinem Anruf versäumt, nach den Fortschritten der Arbeit zu fragen. Sie alle haben an die Fertigstellung der Arbeit geglaubt und mich durch diese Einstellung sehr motiviert und tatkräftig unterstützt. Vielen Dank!

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	X
1. Einleitung	1
2. Qualitätsmanagement	4
2.1 Grundeinsichten zum Verständnis von Qualität in der beruflichen Bildung	4
2.2 Gründe für Qualitätsmanagement in der beruflichen Bildung	8
3. Berufsprofil Physiotherapie	11
3.1 Berufsprofil des Weltverbandes Physiotherapie	12
3.2 Dänemark	14
3.3 Deutschland	16
3.4 Österreich	18
3.5 Finnland	19
3.6 Großbritannien	20
3.7 Niederlande	22
3.8 Unterschiede und Ähnlichkeiten – Ein europäisches Berufsprofil?	22
3.8.1 Ziele der Physiotherapie	23
3.8.2 Art der physiotherapeutischen Anwendung	27
3.8.3 Tätigkeitsbereiche	32
3.9 Zusammenfassung Berufsprofil	35
4. Ausbildung Physiotherapie im Ländervergleich	37
4.1 Dänemark	37
4.1.1 Rechtliche Grundlagen	37
4.1.2 Institutionalisierung	39
4.1.3 Curriculum	40
4.1.4 Leistungsnachweis	44

4.2	Deutschland	45
4.2.1	Rechtliche Grundlagen	46
4.2.2	Institutionalisierung	47
4.2.3	Curriculum	50
4.2.4	Leistungsnachweis	51
4.3	Österreich	52
4.3.1	Rechtliche Grundlagen	52
4.3.2	Institutionalisierung	53
4.3.3	Curriculum	54
4.3.4	Leistungsnachweis	58
4.4	Finnland	59
4.4.1	Rechtliche Grundlagen	59
4.4.2	Institutionalisierung	60
4.4.3	Curriculum	61
4.4.4	Leistungsnachweis	66
4.5	Großbritannien	66
4.5.1	Rechtliche Grundlagen	66
4.5.2	Institutionalisierung	67
4.5.3	Curriculum	68
4.5.4	Leistungsnachweis	77
4.6	Niederlande	77
4.6.1	Rechtliche Grundlagen	77
4.6.2	Institutionalisierung	78
4.6.3	Curriculum	79
4.6.4	Leistungsnachweis	82
4.7	Vergleich und Diskussion	83
5.	Qualitätsmanagement in der Ausbildung Physiotherapie	90
5.1	Europa	90
5.2	Dänemark	93
5.3	Deutschland	94
5.4	Österreich	97
5.5	Finnland	98
5.6	Großbritannien	99

5.7	Niederlande	101
5.8	Vergleich und Diskussion nationaler QMS	102
6.	Methodik der Datenerhebung	106
6.1	Entwicklung des Forschungsinstrumentes	106
6.1.1	Erstellung des Fragebogens	107
6.1.2	Expertenbefragung zur Validitätsprüfung	107
6.1.3	Pilotstudie	108
6.1.4	Auswertung der Pilotstudie	109
6.2	Auswahl der Stichprobe	110
6.3	Datenerhebung	111
6.4	Datenanalyse	112
7.	Qualitätsmanagement in der Ausbildung Physiotherapie: Ergebnisdarstellung	114
7.1	Darstellung von Ergebnissen	118
7.1.1	Strukturqualität in der Ausbildung Physiotherapie	121
7.1.1.1	Anforderungen an die Teilnehmer	121
7.1.1.2	Anforderungen an Schulleitung, Lehrer und Praktikumsanleiter	123
7.1.1.3	Ausstattung	126
7.1.1.4	Zusammenfassung Strukturqualität	127
7.1.2	Prozessqualität in der Ausbildung Physiotherapie	128
7.1.2.1	Prozessqualität durch die Befragung von Lernenden und Lehrenden	128
7.1.2.2	Maßnahmen des Qualitätsmanagements zur Verbesserung der Prozessqualität	131
7.1.2.3	Staatliche Einflüsse auf die Prozessqualität	134
7.1.2.4	Zusammenfassung Prozessqualität	137
7.1.3	Ergebnisqualität in der Ausbildung Physiotherapie	137
7.1.4	Zusammenfassung der Ergebnisdarstellung	138

7.2	Länder im Vergleich	139
7.2.1	Strukturqualität im Ländervergleich	148
7.2.1.1	Anforderungen an die Teilnehmer	148
7.2.1.2	Anforderungen an die Schulleitung, Lehrer und Praktikumsanleiter	150
7.2.1.3	Ausstattung im Ländervergleich	155
7.2.1.4	Zusammenfassung Strukturqualität im Ländervergleich	158
7.2.2	Prozessqualität im Ländervergleich	158
7.2.2.1	Befragung von Lernenden und Lehrenden	159
7.2.2.2	Maßnahmen des Qualitätsmanagements zur Verbesserung der Prozessqualität	166
7.2.2.3	Staatliche Einflüsse auf die Prozessqualität	173
7.2.2.4	Zusammenfassung Prozessqualität im Ländervergleich	174
7.2.3	Ergebnisqualität im Ländervergleich	176
7.2.4	Zusammenfassung Länder im Vergleich	177
8.	Diskussion	182
8.1	Welche Aspekte des Qualitätsmanagements gibt es an europäischen Ausbildungsstätten für Physiotherapie und wie werden sie umgesetzt?	182
8.1.1	Teilnahme an Qualitätsmanagementverfahren	182
8.1.2	Strukturqualität	184
8.1.3	Prozessqualität	189
8.1.4	Ergebnisqualität	195
8.1.5	Zusammenfassung	197
8.2	Sind die erhobenen Aspekte des Qualitätsmanagements untereinander vergleichbar?	198
8.3	Kann aus den erhobenen Daten eine Empfehlung für ein Qualitätsmanagement an europäischen Ausbildungsstätten für Physiotherapie geformt werden? Wenn ja, wie sieht die Empfehlung aus?	202
8.4	Zusammenfassung	205

9.	Ausblick	208	
10.	Literaturverzeichnis	210	
11.	Anlagen	219	
	Anlage 1	Gründe für Qualitätsmanagement	220
	Anlage 2	Ländervergleich der Berufsprofile Physiotherapie	221
	Anlage 3	Ländervergleich der Ausbildung Physiotherapie	230
	Anlage 4	Interviewleitfaden	236
	Anlage 5	Ankündigungsschreiben für Fragebogenerhebung	237
	Anlage 6	Anschreiben für Fragebogenerhebung	238
	Anlage 7	Fragebogen	239
	Anlage 8	Dankes-Brief für die Teilnahme an der Fragebogenerhebung	247

Abkürzungsverzeichnis

A	Österreich
Anm.	Anmerkung
BEK	Bekendtgorelse
BIG	Beropen in de Individuele Gezondheidszorg
B.Pt.	Bachelor Degree in Physiotherapy
BFS	Berufsfachschulen
CSP	The Chartered Society of Physiotherapy
D	Deutschland
DIN	Deutsches Institut für Normierung
Dipl.-Med.-Päd.	Diplom-Medizin-Pädagogik
DK	Dänemark
ECTS	European Credit Transfer System
EFQM	European Foundation of Quality Management
ENPHE	European Network of Physiotherapy in Higher Education
ENQA	European Network for Quality Assurance in Higher Education
EVA	Danmarks Evalueringsinstitut
F	Frage
FAP	Finnish Association of Physiotherapists
FI	Finnland
FINHEEC	Finnish Higher Education Evaluation Council
GB	Großbritannien
HAVO	Hooger Algemeen Vormend Onderwijs
HEIs	Higher Education Institutions
HRK	Hochschul Rektoren Konferenz
HPC	Health Professional Council
ICF	International classification of functioning
ISQ	Interessenverband zur Sicherung der Qualität der Ausbildung an den deutschen Schulen für Physiotherapie e.V.
IT	Information Technology
KG	Krankengymnastik
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
LBK	Bekendtgorelse af lov
MPhG	Masseur- und Physiotherapeutengesetz

MTD	Medizinisch-Technischer Dienst
MTD-Gesetz	Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste
MTD-AV	Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste - Ausbildungsverordnung
NL	Niederlande
NVAO	Nederlands-vlaamse accreditatie organisatie
ÖBIG	Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OECD	Organisation for economic co-operation and development
PBL	Problem Based Learning
PhysTh-AprV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten
PNF	Propriozeptive Neuromuskuläre Facilitation
POL	Problemorientiertes Lernen
PSM	Professions Supplementary to Medicine
PT	Physiotherapie
QAA	Quality Assurance Agency for Higher Education
QM	Qualitätsmanagement
QMS	Qualitätsmanagementsysteme
QMV	Qualitätsmanagementverfahren
SROF	Studie Richtings Overleg Physiotherapie
Std. Abw.	Standartabweichung
UCAS	Universities and College Admissions Service
UK	United Kingdom
VWO	Vorbereidend wetenschafppelijik Onderwijs
WCPT	World Confederation for Physical Therapy
WHO	World Health Organization
WHW	Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappenlijik Onderzoek
ZVK	Zentralverband für Physiotherapeuten/Krankengymnasten

Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1 Darstellung des physiotherapeutischen Prozesses (WCPT/Physio Austria) bzw. des methodischen Handelns (KNGF) in der Physiotherapie im europäischen Vergleich
- Tabelle 2 Schematic overview of aims and skills acquisition in practical training
- Tabelle 3 Absolventen der Ausbildung Physiotherapie pro Jahr und Einwohner der einzelnen Bundesländer in Deutschland
- Tabelle 4 Aufbau der finnischen Studiengänge Physiotherapie in ECTS-Credits
- Tabelle 5 Verteilung der Praktika innerhalb der finnischen Studiengänge Physiotherapie in ECTS-Credits
- Tabelle 6 Beispiele von physiotherapeutischen Studienprogrammen in Großbritannien
- Tabelle 7 Verteilung der Praktika innerhalb einiger Studiengänge Physiotherapie in Großbritannien in Wochen
- Tabelle 8 Vergleich der Zulassungskriterien zur Ausbildung Physiotherapie
- Tabelle 9 Nationale Curricula Physiotherapie
- Tabelle 10 Arten der Qualitätssicherung in Europa
- Tabelle 11 Ergebnisse der HRK Studien zu Maßnahmen der Qualitätssicherung an Hochschulen in Deutschland von 1999 und 2002
- Tabelle 12 Richtlinien der QAA und der CSP zum Qualitätsmanagement in der Ausbildung Physiotherapie
- Tabelle 13 Nationale QMS in der Ausbildung Physiotherapie im internationalen Vergleich
- Tabelle 14 Rücklauf der Datenerhebung mittels eines Fragebogens
- Tabelle 15 Anzahl der Antworten je Land im Verhältnis zu der Anzahl der angeschriebenen Bildungseinrichtungen
- Tabelle 16 Funktion der Person versus Höchster Bildungsabschluss der Person, die den Fragebogen ausgefüllt hat (F25xF26)
- Tabelle 17 Art der Qualitätsverfahren mit und ohne Zertifikat, die in der Ausbildung Physiotherapie Anwendung finden (F21)

- Tabelle 18 Qualitätsmanagementverfahren versus Mission Statement (F21xF20)
- Tabelle 19 Inhaltliche Auswertung der Leitbilder (F20)
- Tabelle 20 Einstiegsbedingungen Schüler/Studenten (F1)
- Tabelle 21 Eignungsprüfung (F2)
- Tabelle 22 Anforderungen an Schulleitung und Lehrer (F9, F10, F12)
- Tabelle 23 Anforderungen an Praktikumsanleiter (F11)
- Tabelle 24 Ausstattung (F19)
- Tabelle 25 Schriftliche Befragung von Lernenden und Lehrenden (F3xF6)
- Tabelle 26 Schriftliche Befragungsthemen bei Schülern/Studenten (F4)
- Tabelle 27 Schriftliche Befragungsthemen bei Lehrern (F7)
- Tabelle 28 Maßnahmen des Qualitätsmanagements in der Ausbildung (F15)
- Tabelle 29 Maßnahmen des Qualitätsmanagements im Praktikum (F16)
- Tabelle 30 Maßnahmen des Qualitätsmanagements aufgrund von staatliche Vorschriften (F18)
- Tabelle 31 Art der Bildungseinrichtung im Ländervergleich (F22xF24)
- Tabelle 32 Anzahl der Schüler/Studenten pro Einrichtung und Ausbildungsjahr (F23)
- Tabelle 33 Physiotherapieabsolventen pro Jahr und Land und Einwohner
- Tabelle 34 Zufriedenheit der Person mit QM im Ländervergleich (F27xF24)
- Tabelle 35 Qualitätsmanagementverfahren im Ländervergleich (F21xF24)
- Tabelle 36 Mission Statement im Ländervergleich (F20xF24)
- Tabelle 37 Einstiegsbedingungen der Teilnehmer im Ländervergleich (F1xF24)
- Tabelle 38 Eignungsprüfung im Ländervergleich (F2xF24)
- Tabelle 39 Anforderungen an Schul-, Studienleitung im Ländervergleich (F12xF24)
- Tabelle 40 Anforderungen an Lehrer für ein theoretisches Fach im Ländervergleich (F10xF24)
- Tabelle 41 Anforderungen an Lehrer für ein praktisches Fach im Ländervergleich (F9xF24)
- Tabelle 42 Anforderungen an Praxisanleiter im Ländervergleich (F11xF24)
- Tabelle 43 Ausstattung im Ländervergleich (F19xF24)

Tabelle 44	Schriftliche Befragung von Lernenden im Ländervergleich (F3xF24)
Tabelle 45	Themen der Befragung von Lernenden im Ländervergleich (F4xF24)
Tabelle 46	Häufigkeit der Befragung der Lernenden im Ländervergleich (F4)
Tabelle 47	Schriftliche Befragung von Lehrenden im Ländervergleich (F6xF24)
Tabelle 48	Themen der Befragung von Lehrenden im Ländervergleich (F7xF24)
Tabelle 49	Häufigkeit der Lehrerbefragung im Ländervergleich (F7)
Tabelle 50	Veröffentlichung von Befragungsergebnissen im Ländervergleich (F8xF24)
Tabelle 51	Befragungen im Ländervergleich (F3 und F6xF24)
Tabelle 52	Fortbildungspflicht für Lehrende im Ländervergleich (F13xF24)
Tabelle 53	Wissenschaftliches Arbeiten der Lehrenden im Ländervergleich (F14xF24)
Tabelle 54	Maßnahmen des Qualitätsmanagements 1 im Ländervergleich (F15xF24)
Tabelle 55	Häufigkeit der Maßnahmen QM 1 im Ländervergleich (F15)
Tabelle 56	Maßnahmen des QM 2 im Ländervergleich (F16xF24)
Tabelle 57	Häufigkeit der Maßnahmen QM 2 im Ländervergleich (F16)
Tabelle 58	QM aufgrund von staatlichen Vorschriften im Ländervergleich (F17xF24)
Tabelle 59	Staatliche Maßnahmen des QM im Ländervergleich (F18xF24)
Tabelle 60	Studentenbefragung zum Arbeitsplatz im Ländervergleich (F5xF24)
Tabelle 61	Ländervergleich im Überblick

1. Einleitung

In dieser international vergleichenden Studie wird der Frage nachgegangen, ob und wie physiotherapeutische Ausbildungsstätten in Europa die effektive Ausbildung¹ der Teilnehmer über ein Qualitätsmanagementsystem (QMS) kontrollieren und sicherstellen.

Die Kosten im Bereich der Gesundheitsversorgung steigen beständig. Durch den Einsatz von Qualitätsmanagement (QM) in Einrichtungen des Gesundheitswesens wird versucht, die Effektivität des Gesundheitssystems zu verbessern (Schubert, Zink, 2001). Pietsch-Breitfeld (1998) beschreibt den Stand der Qualitätskonzepte in deutschen Gesundheitsorganisationen. In der Studie geht es vor allem um QM in der Medizin, allerdings werden Physiotherapeuten oder auch die Ausbildung der medizinischen Mitarbeiter hier und auch in späteren Studien nicht erwähnt.

Physiotherapeuten sind Mitarbeiter des Gesundheitswesens und sind damit eine Ressource, deren effektiver Einsatz im Qualitätsmanagementprozess überprüft wird. Grundsätzlich hängt die Qualität einer sozialen Dienstleistung (z. B.: Physiotherapie) auch von der Ausbildung des Dienstleisters ab (Schubert, Zink, 2001). Um Kosten im Gesundheitswesen zu optimieren, ist es somit wichtig, dass die Anbieter von Ausbildung bzw. Studiengängen für medizinische Berufe dafür Sorge tragen, dass die Teilnehmer eine qualitativ hochwertige Ausbildung erhalten und somit in der Lage sind, sich professionell und aktiv in das Gesundheitswesen einzugliedern.

Seit Jahren gehört die Diskussion um die Qualität der Ausbildung (Kapitel 2) zur Tagesordnung von nationalen und internationalen Bildungsexperten. Der Bologna-Prozess fordert seit 2005 von den unterzeichnenden Staaten für die Ausbildung an Hochschulen nationale Qualitätssicherungssysteme nach den Vorgaben der „Standards and guidelines for quality assurance in the European Higher Education Area as proposed by ENQA“ (Bologna Process Bergen, 2005). Durch die Eröffnung des europäischen Binnenmarktes und der damit verbun-

¹ In dieser Studie wird unter dem Begriff „Ausbildung“ grundsätzlich die berufliche Bildung verstanden, die sowohl im sekundären als auch im tertiären Bildungsbereich liegen kann.

denen Möglichkeit einer länderübergreifenden Mobilität der Auszubildenden und Arbeitnehmer, ist und bleibt die Qualitätsfrage der beruflichen Aus- und Weiterbildung hoch aktuell.

Auch im Bereich der Physiotherapie wird eine europäische Mobilität angestrebt. Allerdings ist bisher das qualitative Niveau der Ausbildungen durch mangelnde Transparenz der verschiedenen Ausbildungssysteme nicht deutlich. Es ist ein Ziel vom „European Network of Physiotherapy in Higher Education“ (ENPHE) europäische Ausbildungsstrukturen transparenter zu machen und den Austausch der Ausbildungsstätten untereinander zu fördern. In einem ersten Schritt hat ENPHE eine Studie veröffentlicht, „Basic Physiotherapy Education - Report of physiotherapy education in European institutes“ (Marx, Scheepers, Staes, Stappaerts, 1996), in welcher die Ausbildungsstrukturen der unterschiedlichen Länder verglichen werden. Die Studie sammelte die Daten mittels eines Fragebogens. Innerhalb des Fragebogens beschäftigten sich drei Fragen mit dem Thema Qualitätsmanagement. In der Ausarbeitung der Daten wurde auf viele methodische Probleme hingewiesen, so dass sich aus den erhobenen Daten wenig allgemeingültige Aussagen treffen ließen.

Neben dieser Studie gibt es keine Literatur über die europäischen Ausbildungsstrukturen und QMS im Bereich der Physiotherapie. Daher ist es wichtig mehr Informationen über die unterschiedlichen Ausbildungsstrukturen und deren QMS zu sammeln.

In dieser Studie sollen folgende Fragen bearbeitet und beantwortet werden:

1. Welche Qualitätsmanagementsysteme gibt es an europäischen Ausbildungsstätten für Physiotherapie?
2. Wie sieht Qualitätsmanagement an europäischen Ausbildungsstätten für Physiotherapie aus?
3. Sind die gefundenen Ansätze des Qualitätsmanagements untereinander vergleichbar?
4. Kann aus den erhobenen Daten eine Empfehlung für ein Qualitätsmanagement an europäischen Ausbildungsstätten für Physiotherapie geformt werden? Wenn ja, wie sieht diese Empfehlung aus?

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden sechs Länder, Dänemark (DK), Deutschland (D), Finnland (FI), Großbritannien (GB), die Niederlande (NL) und Österreich (A), unter dem Augenmerk der Diversität der Ausbildungsstrukturen ausgewählt. Zur Schaffung einer einheitlichen Untersuchungsgrundlage wurden die nationalen Berufsprofile (Kapitel 3), Ausbildungsstrukturen der Physiotherapie (Kapitel 4) und Qualitätsansätze in der Ausbildung Physiotherapie (Kapitel 5) der sechs Länder dargestellt, untereinander und mit europäischen Vorgaben verglichen. Die empirische Untersuchung (Kapitel 6), führte zu allgemeinen (Kapitel 7) und länderspezifischen (Kapitel 7.2) Ergebnissen. In der Diskussion wird die Fragestellung dieser Arbeit mittels der Ergebnisse der Literaturliteraturarbeit und der empirischen Erhebung diskutiert und beantwortet (Kapitel 8). Der Ausblick zeigt Möglichkeiten auf, wie die Qualität der Ausbildung Physiotherapie aneuropäischen Ausbildungsstätten zu verbessern ist, bzw. durch welche Maßnahmen die Erkenntnisse der Studie erweitert werden können (Kapitel 9).

2. Qualitätsmanagement

Zur Beantwortung der Forschungsfragen ist es wichtig, die Bedeutung von Qualität und QM im Bildungssystem grundsätzlich zu verstehen. Da Qualität im Bildungswesen ein sehr umfassendes Thema darstellt, werden, um die Grenzen der Studie darzustellen, in diesem Kapitel als erstes einige Definitionen des QM dargestellt. Zusätzlich wird das Verhältnis von Qualität und Bildung erläutert und es werden die Gründe einer Notwendigkeit von QM in der beruflichen Bildung ausführlich dargestellt. Das Thema Qualität in der beruflichen Bildung wird erst allgemein und dann aus einer europäischen Perspektive am Beispiel der Physiotherapie beleuchtet. Die Physiotherapie ist in den europäischen Ländern in verschiedenen Bildungsstufen verankert (Kapitel 4). Dadurch spielt neben der europäischen Perspektive auch die Differenzierung nach Hochschulbildung und Berufsausbildung eine wesentliche Rolle in der Betrachtung der QMS.

Da es vielfältige Literatur über die verschiedenen nationalen und europäischen Ansätze des QM in der Hochschul- und Berufsbildung gibt, wird dieser Bereich hier nicht allgemeingültig dargestellt. In der Literaturdarstellung wird speziell untersucht, welche europäischen und nationalen Qualitätsansätze für die Ausbildung Physiotherapie wichtig sind und derzeit in den einzelnen Ländern Anwendung finden.

2.1 Grundeinsichten zum Verständnis von Qualität in der beruflichen Bildung

Nachdem durch die Normenreihe ISO 9000ff in der Wirtschaft die Leistungsfähigkeit und damit die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen stimuliert wird, ist der Gedanke, dass QM auch in der Bildung Nutzen bringen könnte, nicht so fern (Wunder, 1995). Um ein System, welches in der Wirtschaft entwickelt wurde, auf den Bereich der Bildung zu übertragen, braucht es einiger grundlegender Begriffsklärungen.

„Qualität: Grad, in dem ein Satz inhärenter **Merkmale** (3.5.1) **Anforderungen** (3.1.2) erfüllt“ (DIN, 2000, 3.1.1) und „Qualitätsmanagement: aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer **Organisation** (3.3.1) bezüglich **Qualität** (3.1.1)“ (DIN 2000, 3.2.8) sind allgemeine Definitionen, die erst einmal unabhängig von dem Kontext Wirtschaft oder Bildung zu sehen sind. Da sich das Bildungswesen in wesentlichen Aspekten von der

Wirtschaft unterscheidet, ist nach Wunder ein „unverkrampter und kreativer Umgang“ (Wunder, 1995, S. 128) mit den Qualitätssystemen der Wirtschaft notwendig, damit sich Ideen und Möglichkeiten für das Bildungswesen aus diesen Wirtschaftssystemen heraus entwickeln lassen.

Grundsätzlich stellt sich die Frage nach den „Merkmale der Qualität von Bildung“ (Arnold, Faber, 2000, S. 15). Da das gewünschte Ergebnis von Bildung vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung der Gesellschaft gesehen werden muss, kann festgestellt werden, dass diese Merkmale sich in einem kontinuierlichen Prozess der Veränderung befinden. Die Qualität von Bildung kann nicht ausschließlich an der Vermittlung von (Fach-)Wissen gemessen werden, da der Bildungsprozess neben einer beruflichen Qualifizierung auch die Entwicklung der Persönlichkeit des Lernenden einschließt (Arnold, Faber, 2000). Somit muss die Definition von QM an die Bildungsprozesse angepasst werden: „Qualitätsmanagement (oder hier gleichbedeutend: Qualitätsentwicklung) ist die planvolle und systematische Entwicklung und Anwendung eines konzeptionellen Rahmens zur Ermöglichung nachhaltiger Bildungsprozesse von Schülerinnen und Schülern“ (Arnold, Faber, 2000, S. 16).

Der Unterschied zur Wirtschaft lässt sich z.B. an der Rolle des „Kunden“ verdeutlichen. Der Kunde im Bildungswesen ist gleichermaßen Objekt und Subjekt des Bildungsprozesses. Die Dienstleistung wird am Subjekt „Kunden“ vollzogen und kann nur durch das persönliche Potential und der Mitarbeit des Subjektes erfolgreich übermittelt werden. Ohne die Mitarbeit des Subjektes kann Bildung nicht erfolgen. „Pädagogische Qualität ist somit keine Beschaffenheit eines Produktes „Bildung“, sondern letztlich immer eine subjektive Leistung, die somit – auch - selbstorganisiert - und deshalb auch nur eingeschränkt vorausplanbar – entsteht“ (Arnold, Faber, 2000, S. 19).

Das Produkt Bildung wird nicht nur durch den Kunden geprägt, sondern vor allem durch die den Bildungsprozess gestaltenden Personen und Institutionen. „Bildung wird von Institutionen vermittelt, die sich beständig selbst erneuern und sich auf veränderte Anforderungen und Randbedingungen einstellen müssen. Solche Weiterentwicklungen sind eine zentrale Bedingung für die Erfüllung des Auftrags dieser Institutionen, Lernende auf die Herausforderungen

der Zukunft in privaten, gesellschaftlichen und beruflichen Bereichen vorzubereiten. Somit ist die kritische Selbstreflexion und Selbsterneuerung von Bildungssystemen und –Einrichtungen als integraler Bestandteil ihres Auftrags zu betrachten“ (Forum Bildung, 2001a, S. 6). Die Erneuerung von Bildungsinstitutionen kann über das Engagement des Lehrpersonals erfolgen. Kohler beschreibt, dass deshalb im Hochschulbereich ein alleiniger Einsatz von QM, mittels eines Top-down-Ansatzes, „in akademischen Zusammenhängen nicht ohne schädliche Rückwirkungen ist“ (Kohler, 2004, S. 58). Akademiker, wie auch Lehrer, sind der Qualität verpflichtet, aber in ihrem Handeln nur schwierig zu kontrollieren. Daher ist es umso wichtiger, diese Personen von den Zielen und der Notwendigkeit von QM zu überzeugen. Kohler nennt die dazugehörige innere Haltung Qualitätskultur. „Qualitätskultur bezieht sich auf Werte, Haltungen und Verhalten einer akademischen Gemeinschaft, die auf einer geteilten Vorstellung von Aufgaben – den Missions – einer Institution, von dem Verständnis für deren Qualitätsanspruch und Mitteln zu dessen Verwirklichung umfasst“ (Kohler, 2004, S. 59).

QM beschreibt somit die „quasi-mechanischen Elemente“ der Qualitätsentwicklung, die Qualitätskultur dagegen „betrifft Aspekte des Qualitätswissens und –wollens und des entsprechenden Engagements aller Akteure“ (Kohler, 2004, S. 59). Erst im Zusammenwirken von Qualitätskultur, QM und dem „Kunden“ kann das Produkt Bildung seine Qualität unter Beweis stellen.

Um die Qualität des Bildungswesens zu messen, sichern oder zu entwickeln, muss für jede Institution bzw. jeden Bildungsweg ein Bildungsziel definiert sein. Dieses Ziel sollte, wie oben beschrieben, sowohl fachliche als auch überfachliche Aspekte einbeziehen. Der Bildungsprozess ist vielschichtig und muss, aus einer Qualitätsperspektive, in unterschiedliche Facetten unterteilt werden, die eng miteinander verknüpft sind. Somit kann, um die Instrumente der Qualitätssicherung anzusetzen, innerhalb des Bildungsprozesses zwischen Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität unterschieden werden. Die Strukturqualität entspricht den wirtschaftlichen Input-Faktoren und umfasst die Rahmenbedingungen einer Institution, z.B. materielle, finanzielle und personelle Ausstattung, Gesetze und Richtlinien. „Die Prozessqualität beschreibt die Art und Weise, wie Bildungseinrichtungen ihren Auftrag und ihre Ziele um-

setzen“ (Forum Bildung, 2001, S. 3). Die Ergebnisqualität beschreibt das „Output“ des Bildungsprozesses, z.B. fachliche Fähigkeiten und Fertigkeiten und soziale Kompetenzen (Forum Bildung, 2001).

Posch und Altrichter (1997) stellten in Österreich und die Experten des Forum Bildung (2001a) stellten in Deutschland fest, dass bisher die Maßnahmen der Qualitätssicherung hauptsächlich an der Struktur- und der Prozessqualität orientiert waren. Faktoren der Ergebnisqualität wurden bisher, wenn überhaupt, nur in quantitativen Größen (z.B. Abbrecherquote, Absolventenzahlen) berücksichtigt. Die qualitativen Aspekte, wie das Leistungs- oder soziale Kompetenzniveau, fanden bisher keine Berücksichtigung. Somit wird von der Expertengruppe gefordert, dass es in Zukunft keine reine „Input-Steuerung“ des Bildungswesens geben darf. Der gesellschaftliche Auftrag, die Erfüllung von bestimmten Bildungszielen, muss durch die Faktoren der Ergebnisqualität auch qualitativ untersucht werden (Forum Bildung, 2001a). Es wird deutlich, dass in diesem Bereich Forschung notwendig ist, um Instrumente zu entwickeln, die diese Aspekte messen können.

In der Qualitätsdiskussion stellen Fischer-Bluhm und Wolff (2001) die „Wissenschaftsfreiheit und Hochschulautonomie“ der Hochschulen in den Mittelpunkt. Beide Komponenten legen den vorgesetzten Institutionen der Hochschulen (z.B. Ministerien) und den Hochschulen gegenüber ihren Angestellten, einen engen Rahmen in Bezug auf die Aspekte, die mittels eines QM gesteuert werden können, an. Die Freiheit von Lehre und Forschung muss durch eine selbständig durchgeführte Qualitätskontrolle der Lehrenden und Forschenden erhalten bleiben und darf durch Maßnahmen der QMS nicht eingeengt werden (Fischer-Bluhm, Wolff, 2001).

Zur praktischen Umsetzung von Qualitätssicherung im Bildungswesen stellen Posch und Altrichter (1997) fünf Dimensionen der Qualitätsevaluation vor und beschreiben verschiedene Aspekte zu den Fragen: Was wird kontrolliert?, Wer kontrolliert Qualität?, Wie explizit sind die Standards und Prozesse der Qualitätsevaluation?, Welche Funktion erfüllt Qualitätsevaluation?. Neben dieser Handreichung gibt es Literatur (Arnold, Faber 2000; Arnold, Faber, Wicken-

berg 2002; Kempfert, Rolf 1999; Greenwood, Gaunt, 1994; Schratz, Iby, Radnitzky 2000), die sowohl mit den verschiedenen QMS vertraut macht, als auch praktische Hinweise und Anleitungen zu der Implementierung eines QMS in eine Bildungsinstitution gibt. Zum Vergleich von unterschiedlichen QMS stellen verschiedene Autoren Kriterienkataloge zur Verfügung. So stellen z.B. Gonom et. al. (1999) 13 Kriterien dar, die von der Zielsetzung über den Einbezug der Betroffenen bis zum Aufwand des QM, mit verschiedenen Fragen zu jedem Kriterium, „den kritischen Reflexionsgehalt und den Bezug zu den Qualitätssystemen verdeutlichen sollen“ (S. 98). Arnold und Faber (2000) beschreiben sieben Kriterien, ebenfalls mit Fragen, welche die einzelnen Kriterien erläutern sollen. Arnold, Faber, Wickenberg bilden aus einer internationalen Analyse von Qualitätsmodellen ein Modell des „best practice“: „Das Haus der Berufsbildungsqualität“ (Arnold, Faber, Wickenberg, 2002, S. 110). Dieses Modell besteht aus 25 Messpunkten, die auch als Kriterien zur Beurteilung anderer Systeme genutzt werden können.

Im Literaturüberblick zu dem Thema Qualität in der beruflichen Bildung lässt sich feststellen, dass in der Regel die berufliche Bildung nicht als alleiniger Aspekt gesehen wird, sondern die Entwicklung und Sicherung der Qualität des Produktes Bildung in seiner Gesamtheit betrachtet wird. In dieser Gesamtheit ist Bildung ein Produkt, das erst durch die Mitarbeit der Kunden zum individuellen und gesellschaftlichen Nutzen geführt wird. Unter Berücksichtigung des Bildungsrahmens (z.B. Ziele, Verantwortung, Trägerschaft, Finanzen, Freiheit von Lehre und Forschung) gibt es verschiedene Instrumente, um die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Bildung zu messen. Festgestellt wurde, dass die Struktur- und Prozessqualität innerhalb des Bildungswesens zum Teil, die qualitativen Aspekte der Ergebnisqualität aber zu wenig genutzt werden.

2.2 Gründe für Qualitätsmanagement in der beruflichen Bildung

Nach der oben dargestellten Grundlage zum Verständnis von Qualität in der beruflichen Bildung stellt sich die Frage nach den Gründen für den zusätzlichen finanziellen und zeitlichen Aufwand, den ein QM in der Regel mit sich bringt. Welche Faktoren gibt es, die berufliche Bildungseinrichtungen dazu bewegen, sich den Themen der Qualitätssicherung bzw. des QM zuzuwenden?

Ein QM soll laut ISO Norm dazu dienen, die „ständige Leistungsverbesserung“ zu unterstützen, „indem es die Erfordernisse aller interessierten Parteien berücksichtigt“ (DIN, 2000, 0.2). Ist die ständige Leistungsverbesserung eine Notwendigkeit für eine Bildungseinrichtung?

Für die Wirtschaft ist diese Frage leicht zu beantworten. Das Ziel eines einzelnen Unternehmens ist die Steigerung der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit, es geht um die Abgrenzung zu Wettbewerbern und die Transparenz der Leistungsangebote für den Kunden (Wunder, 1995).

Stahl und Severing (2002) beschreiben sehr ausführlich, warum der Bildungssektor heute als bedeutende Dienstleistungsbranche angesehen wird und sich in weiten Teilen gleichen Qualitätsaspekten wie die Wirtschaft stellen muss. Die geistigen Ressourcen und die Effizienz des Bildungswesens sind für eine Volkswirtschaft ein Schlüssel zum Erfolg. „Berufliche Bildung ist zu einem Schlüsselfaktor der Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit der europäischen Volkswirtschaften geworden“ (Stahl, Severing, 2002, S. 33). Diese Aussagen, zeigen, dass es zu einem Perspektivenwechsel für die berufliche Bildung gekommen ist. Die Erwartungen an die Bildungseinrichtungen sind nicht nur von den Teilnehmern als Kunden geprägt, sondern auch von den Erwartungen des Arbeitsmarktes und somit auch den Erwartungen der Politik. Diese Wechselwirkung zwischen Gesellschaft und Bildungseinrichtung wird von Posch und Altrichter (1997) gut beschrieben. Die Kapitel „Komplexität und Geschwindigkeit gesellschaftlicher Veränderungen; Gesellschaftliche Steuerungsprobleme, Dezentralisierung und Sparpolitik; Neue Qualifikationsanforderungen: Dynamische Fähigkeiten; Individualisierung, Aushandlung verbindlicher Regelungen und die Möglichkeit, 'Spuren zu hinterlassen'; Die Wissen-(skeptische) Gesellschaft: Reflexion und eine kritisch-affirmative Einstellung zum Wissen und Die Bewältigung von Heterogenität“ (Posch, Altrichter, 2002, S. 2ff) geben, allein über die Schlagworte der Titel, einen Überblick über die Herausforderungen, denen sich die Bildungseinrichtungen heute stellen müssen. Jede Herausforderung für sich genommen stellt einen alleinigen Grund für die Einführung eines QMS dar.

Die Erwartungen, insbesondere die qualitativen Ansprüche, die von den Trägern (z.B. Ministerien), den Kunden (z.B. Teilnehmer, Arbeitgeber) oder dem professionellen Fachwesen gestellt werden, bringen Bildungseinrichtungen

„Legitimationsprobleme(n) wie sie in der angelsächsischen Literatur oft unter dem Begriff „Accountability“ erfasst sind“ (HRK, 2001, S. 25). Dieser Problematik kann über ein QMS begegnet werden. In der Präambel zur „Vorläufigen Empfehlung des Forum Bildung“ schreiben die Experten „Qualitätsentwicklung und -sicherung kosten Geld. Sie zahlen sich durch die Stärkung der Innovationen im Bildungswesen, bessere Ergebnisse und die höhere Zufriedenheit von Lernenden und Lehrenden aus“ (Forum Bildung, 2001, S. 2).

Neben den inhaltlichen Gründen gibt es für die Hochschulausbildung auch zwingende formale Gründe, eine Qualitätssicherung einzuführen. Der Bologna-Prozess ist fortgeschritten und die Minister haben gesehen, dass „die Qualität der Hochschulbildung der Dreh- und Angelpunkt für die Schaffung des Europäischen Hochschulraumes ist“ (Bologna Prozess Berlin, 2003, S. 3). Daraufhin haben die Minister der teilnehmenden Länder einen Katalog von Maßnahmen zur Qualitätssicherung entworfen, der bis 2005 national umgesetzt sein sollte. In 2005 wurde festgestellt, dass die meisten Länder versucht haben, den Anforderungen zu genügen. Der Prozess ist allerdings noch nicht abgeschlossen und kann noch verbessert werden in Bezug auf die Einbeziehung der Studierenden und internationale Kooperationen. Zusätzlich wurden in 2005 Standards and Guidelines vom „European Network for Quality Assurance in Higher Education“ (ENQA) vorgestellt und von den Ministern angenommen. Daneben wurde die Idee eines „European register of quality assurance agencies based on national review“ begrüßt und ENQA beauftragt, diese Idee umzusetzen (Bologna Prozess Bergen, 2005, p. 3).

In der Zusammenfassung muss festgestellt werden, dass die gesellschaftliche Entwicklung einen wachsenden Einfluss auf die Anforderungen an Bildungseinrichtungen hat. Je nachdem ob eine berufliche Bildungseinrichtung einen staatlichen oder privaten Träger hat, welche Standortfaktoren die Einrichtung prägen und welche Bildungsangebote zu der Produktpalette gehören, gibt es, neben den Anforderungen des Bologna-Prozesses an Hochschulen, vielfältige Gründe zur Einführung eines Qualitätssystems².

² In Anlage 1 ist eine Liste mit zusätzlichen Gründen für QM in der Bildung dargestellt, mit den jeweiligen Literaturhinweisen zur Vertiefung.

3. Berufsprofil Physiotherapie

Der Beruf Physiotherapeut hat allein in Deutschland eine Entwicklung von über 100 Jahren durchlaufen. Über die Grenzen von Deutschland hinweg reicht die Entwicklung zurück bis zu den Griechen des Altertums.

Der Begriff Physiotherapie kommt aus dem Griechischen und setzt sich aus den Worten „phýsis“ und „therapeía“ zusammen. Es wird das „zu griech. phýsis „Natur““, als „Bestimmungswort von Zusammensetzungen mit der Bed. „Natur, Leben, Körper“.“ benutzt (Meyers Lexikonredaktion, 1990, Bd.17, S. 103), wobei „zu griech. therapeía „das Dienen, Pflege“, alle (medizin.) Maßnahmen zur Heilung einer Krankheit“ beschreibt (Meyers Lexikonredaktion, 1990, Bd.22, S. 75). Somit ist die Physiotherapie heute eine Therapie zur Heilung des Körpers: „syn. physikalische Therapie; Behandlung der Krankheiten mit sog. natürl. Mitteln (Wasser, Wärme, Kälte, Licht, Luft, Massage, Heilgymnastik, Elektrotherapie)“ (Pschyrembel, 1986). Die Bezeichnungen Physiotherapie oder auch physikalische Therapie werden in verschiedenen Schreibweisen international für die „bewegungsorientierte Therapie“ benutzt; z.B.

Dänemark: Fysioterapia;

Finnland: Fysioterapiassa;

Großbritannien: Physiotherapy oder Physical Therapy;

Niederlande: Fysiotherapie.

Neuzeitlich hat sich die Physiotherapie im 19. Jahrhundert durch medizinische Ziele der Gymnastik von den herkömmlich pädagogischen Zielen differenziert. Pehr Hendrik Ling (1776 – 1839) lernte bei Johann Friedrich Gutsmuths (1759-1839) und Franz Nachteggall (1777-1847) die pädagogische Gymnastik kennen. Er wandelte Übungen ab und unterbrach Bewegungsabläufe mit dem Ziel, Patienten zu einem besseren Bewegungsverhalten zu verhelfen. Ling erforschte die Wirkung einer Übung und entwickelte so die „Schwedische Gymnastik“, eine Keimzelle der modernen Physiotherapie (Grosch, 1996, S. 234 f). Ausgehend von Schweden breitete sich die Physiotherapie über Europa aus. In Deutschland entstand durch den Kieler Arzt Johann Hermann Lubinus (1865-1937) im Jahre 1900 die erste Lehranstalt für Heilgymnastik (Grosch, 1996, S. 240). Nach einer Phase, in welcher die Tätigkeit der Heilgymnastik

mit dem Begriff „Krankengymnastik“ beschrieben wurde, wurde 1994 mit dem neuen Berufsgesetz in Deutschland der Begriff „Physiotherapie“ (Raps, 2003) eingeführt.

Von der Keimzelle der Physiotherapie, der „Schwedischen Gymnastik“, hat sich die Physiotherapie in jedem Land unterschiedlich weiterentwickelt. Um die Ausbildung Physiotherapie in den sechs Ländern dieser Studie zu verstehen und die heutigen Aufgaben, Ziele und Befugnisse eines Physiotherapeuten darzustellen, wird im nächsten Abschnitt ein europäisches Berufsprofil vorgestellt, bevor die Berufsprofile der einzelnen Länder dargestellt und verglichen werden.

3.1 Berufsprofil des Weltverbandes Physiotherapie

Die Beschreibung des europäischen Berufsbildes Physiotherapie erfolgt durch die Definition der Abteilung „European Region“ der World Confederation for Physical Therapy (WCPT). In der „Description of Physical Therapy 1999“ (European Region of WCPT, 2003) werden die Fragen: „What is Physical Therapy?“, „Where is Physical Therapy Practised?“ und „What Characterises Physiotherapy?“ beantwortet. Diese Einteilung macht deutlich, dass sich der Beruf des Physiotherapeuten nicht in zwei Sätzen beschreiben lässt. Die Darstellung des WCPT Europe umfasst fünf Seiten. Hier wird nur der erste Abschnitt „What is Physical Therapy?“ zitiert:

„1. What is Physical Therapy?

1.1 The nature of physical therapy

Physical therapy is providing services to people and populations to develop, maintain and restore maximum movement and functional ability throughout the lifespan. Physical therapy includes the provision of services in circumstances where movement and function are threatened by the process of ageing or that of injury or disease. Full and functional movement are at the heart of what it means to be healthy.

Physical therapy is concerned with identifying and maximising movement potential within the spheres of promotion, prevention treatment and rehabilitation. Physical therapy involves the interaction between physical therapist, patients or clients, families and care givers, in a process of assessing movement potential and in establishing agreement

upon goals and objectives using knowledge and skills unique to physical therapists.

The physical therapists' distinctive view of the body and its movement needs and potential is central to determining a diagnosis and an intervention strategy and is consistent whatever the setting in which practice is undertaken. These settings will vary in relation to whether physical therapy is concerned with health promotion, prevention, treatment or rehabilitation.

1.2 The nature of the physical therapy process

Physical therapy is the service only provided by, or under the direction and supervision of a physical therapist and includes assessment, diagnosis, planning intervention and evaluation.

Assessment includes both the examination of individuals or groups with actual or potential impairments, functional limitations, disabilities or other conditions of health by history taking, screening and the use of specific tests and measures and evaluation of the results of the examination through analysis and synthesis within a process of clinical reasoning.

Diagnosis arises from the examination and evaluation and represents the outcome of the process of clinical reasoning. This may be expressed in terms of movement dysfunction or may encompass categories of impairments, functional limitations, abilities/disabilities or syndromes.

Planning begins with determination of the need for intervention and normally leads to the development of a plan of intervention, including measurable outcome goals negotiated in collaboration with the patient/client, family or care giver. Alternatively it may lead to referral to another agency in cases which are inappropriate for physical therapy.

Intervention is implemented and modified in order to reach agreed goals and may include manual handling; movement enhancement; physical, electro-therapeutic and mechanical agents; functional training; provision of aids and appliances; patient related instruction and counselling; documentation and co-ordination, and communication. Intervention may also be aimed at prevention of impairments, functional limitations, dis-

ability and injury including the promotion and maintenance of health, quality of life, and fitness in all ages and populations.

Evaluation necessitates re-examination for the purpose of evaluating outcomes" (European Region of WCPT, 2003, p. 34 f).

Die oben genannte Beschreibung der Physiotherapie wurde 1999 vom WCPT veröffentlicht. Seitdem kann diese Beschreibung als Orientierung dienen, wenn die Physiotherapie in den einzelnen Ländern neu definiert wird. Der Stand heute zeigt, dass bisher jedes Land ein eigenes Berufsbild hat, meist unabhängig von der Beschreibung des WCPT. In Dänemark, Deutschland und Österreich sind die Berufsbilder indirekt in den Berufs- und Ausbildungsgesetzen verankert. Neben den indirekten, gesetzlichen Beschreibungen werden die Berufsprofile zusätzlich, wie in Finnland, Großbritannien und den Niederlanden, von den Berufsverbänden definiert und veröffentlicht.

3.2 Dänemark

In DK wird die Physiotherapie über ein Gesetz geregelt. Im dänischen Gesetz „Bekendtgørelse af lov om terapiassistenter“ werden die Rechte und Pflichten der „Terapiassistent“ (Ergotherapeuten und Physiotherapeuten) genannt (LBK nr 631). In der „Bekendtgørelse om fysioterapeutuddannelsen“ (Bekanntmachung der Physiotherapeutenausbildung, BEK nr 236) werden unter §1 die Qualifikationen genannt, die ein Student am Ende der Ausbildung besitzen sollte. Hiermit wird indirekt das Berufsbild beschrieben:

„Zweck und Dauer der Ausbildung

§1. Der Zweck der Ausbildung Physiotherapie ist es, die Studenten nach dem Studium in die Lage zu versetzen, dass sie ihren Beruf auf einem hohen Qualitätsniveau eigenständig ausüben können. Die Ausbildung soll die Studierenden in die Lage versetzen, physiotherapeutische Aufgaben innerhalb der Bereiche Gesundheitsförderung, Krankheitsprophylaxe, Behandlung, Rehabilitation und fachlicher Weiterentwicklung planen, durchführen, bewerten und dokumentieren zu können, damit die Studierenden die Handlungskompetenzen des Professionsbereiches Physiotherapie erreichen.

Teil 2. Durch die Ausbildung werden die Studierenden zu Folgendem befähigt:

- 1) optimale Bewegungs- und Funktionsfähigkeiten bei Personen anzubahnen, wiederherzustellen und Stärken aufrechtzuerhalten, um Funktionsverlust und Einschränkungen vorzubeugen, mit dem Ziel die Gesundheit und die Lebensqualität zu fördern.
- 2) die physiotherapeutische Intervention zielgerecht an einzelne Personen, sowie Gruppen von Menschen, in allen Altersgruppen, in Interaktion mit der Umgebung, mit dem Fokus auf Freizeitleben und Umfeld, hierunter Arbeitsmilieu und Ergonomie, ausüben zu können.
- 3) in der Zusammenarbeit auf Patienten, Angehörige, Kollegen und andere Fachgruppen unabhängig von kulturellem und sprachlichem Hintergrund eingehen zu können.
- 4) an Forschungs- und Entwicklungsarbeiten teilzunehmen zu können.
- 5) nach Abschluss der Grundausbildung an theoretischen und klinischen kompetenzgebenden Weiterbildungen teilnehmen zu können“
(BEK nr 236, §1).

Der dänische Berufsverband hat kein eigenes Berufsprofil veröffentlicht. Die Nachfrage beim Berufsverband hat nur einen Verweis auf das Gesetz und die Beschreibung des WCPT ergeben. Allerdings ist auf der Homepage des Verbandes eine Definition in deutscher Sprache veröffentlicht:

„Physiotherapie

Zur Verhütung, Behandlung und Rehabilitierung von Störungen des Bewegungsapparates wird Physiotherapie eingesetzt. Die Physiotherapeut(inn)en arbeiten mit Körperteilen, die bei Bewegung verwendet werden: Muskeln, Sehnen, Gelenken, Nervensystem, Kreislauf und Atmen.

Bei Erkrankungen der Psyche kann man auch von der Physiotherapie profitieren. Einer der Ecksteine der Physiotherapie ist die Einheit des Körpers und der Seele. Die Physiotherapie kann somit das Selbstverständnis, die intellektuellen und emotionalen Aspekte beeinflussen.

Physiotherapie wird in allen dänischen Krankenhäusern praktiziert sowohl in Physiotherapieabteilungen als auch in anderen Stationen.

Auf regionaler Ebene findet die physiotherapeutische Behandlung auch in Kindergärten, Pflegeheimen und Heimen für Behinderte statt. Bei Sonderbedarf besteht die Möglichkeit zu Hause behandelt zu werden.

Physiotherapiekliniken bieten Behandlungen, prophylaktisches Training und Rehabilitation als ambulante Versorgung bei ärztlicher Überweisung an.

Beispiele der physiotherapeutischen Methoden: Koordinationstraining, Fitness- und Ausdauertraining, Streckübungen, Muskeltraining, Massage, Gelenkübungen, verschiedene Art von Elektrotherapien, Ergonomieberatung, Body-Awareness Training, Atemgymnastik, Beratung bei Bedarf an und Verwendung von Hilfsmitteln sowie spezifische Konsultationen“ (Goldbach-Olsen, 2004).

Die zuletzt zitierte Definition ergänzt das dänische Berufsgesetz um drei Aspekte. Zum einen wird die Einheit von Körper und Seele genannt, die als Eckstein der Physiotherapie gesehen wird. Zusätzlich werden die Einrichtungen aufgeführt, in denen Physiotherapie praktiziert wird und es wird auf die Methoden eingegangen, die in der physiotherapeutischen Behandlung eingesetzt werden. Gerade die letzten zwei Aspekte sind wichtig für den europäischen Vergleich der Berufsprofile.

3.3 Deutschland

In Deutschland werden die Physiotherapie und die Ausbildung zum Physiotherapeuten durch ein Bundesgesetz (MPhG, 1994) geregelt. Das Gesetz heißt „Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz MPhG)“ und regelt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung, die Ausbildung als Masseur und medizinischer Bademeister, die Ausbildung als Physiotherapeut und die jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen. §8 MPhG beschreibt das Ausbildungsziel der Physiotherapie.

„Die Ausbildung soll entsprechend der Aufgabenstellung des Berufs insbesondere dazu befähigen, durch Anwenden geeigneter Verfahren der Physiotherapie in Prävention, kurativer Medizin, Rehabilitation und im Kurwesen Hilfen zur Entwicklung, zum Erhalt oder zur Wiederherstellung aller Funktionen im somatischen und psychischen Bereich zu geben und bei nicht rückbildungsfähigen Körperbehinderungen Ersatzfunktionen zu schulen“ (MPhG, 1994, §8).

Der Kommentar von Raps zum MPhG sagt, dass durch die Angabe des Ausbildungszieles gleichzeitig die Umriss der späteren Berufstätigkeit vermittelt werden.

„Die Vorschrift beschreibt die wichtigsten Ausbildungsziele in der Ausbildung für Physiotherapeuten, wodurch gleichzeitig die Umriss des maßgeblichen Ausbildungsprofils sowie der späteren Berufstätigkeit vermittelt werden...“ (Raps, 2003, S. 41).

In Deutschland gibt es verschiedene Berufsverbände für Physiotherapeuten. Der größte und international anerkannte Berufsverband ist der „Deutscher Verband für Physiotherapie - Zentralverband für Physiotherapeuten/ Krankengymnasten (ZVK) e.V.“ mit Sitz in Köln. Dieser Verband ist Mitglied im WCPT und hat in 2004 eine Erweiterung der Beschreibung des Berufsgesetzes als eigene Definition für das Berufsbild des Physiotherapeuten herausgebracht.

„ Physiotherapie definiert

Während die Begriffe Physiotherapie/physikalische Therapie in der Vergangenheit häufig als Synonym behandelt wurden, hat das Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie – Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG) vom 26.05.1994 - Klarheit in der Begrifflichkeit gebracht: Aus der Ausbildungszielbeschreibung des MPhG (§§3 u.8) wird deutlich, dass es sich bei dem Begriff „Physiotherapie“ um den Oberbegriff handelt, der alle aktiven und passiven Therapieformen umfasst. Unter dem Oberbegriff Physiotherapie findet sich daher einerseits die Krankengymnastik, die dem Physiotherapeuten vorbehalten ist, sowie andererseits die physikalische Therapie, also das Berufsfeld, in dem Physiotherapeuten und Masseur gleichberechtigt nebeneinander tätig werden. Die physikalische Therapie ihrerseits untergliedert sich in die Bereiche Massagen, Elektrotherapie, Hydrotherapie sowie Thermo-therapie.

Physiotherapie (engl. Physiotherapy) umfasst die physiotherapeutischen Verfahren der Bewegungstherapie (engl.: Kinesitherapy; therapeutic exercises) sowie die physikalische Therapie (physical therapy). Physiotherapie nutzt als natürliches Heilverfahren die passive – z.B. durch den Therapeuten geführte – und die aktive, selbständig ausgeführte Bewegung des Menschen sowie den Einsatz physikalischer Maßnahmen zur Heilung und Vorbeugung von Erkrankungen. Physiotherapie findet An-

wendung in vielfältigen Bereichen von Prävention, Therapie und Rehabilitation sowohl in der ambulanten Versorgung als auch in teilstationären und stationären Einrichtungen. Damit ist die Physiotherapie eine Alternative oder sinnvolle Ergänzung zur medikamentösen oder operativen Therapie.....“ (ZVK, 2004a).

Die Definition bietet, neben dem zitierten Inhalt, am Beispiel der Bewegungstherapie eine Aufzählung von möglichen Behandlungsmethoden, die hier nicht mehr relevant sind und deshalb nicht wiedergegeben werden.

3.4 Österreich

Österreich hat als drittes Land neben DK und D den Beruf Physiotherapie über ein Bundesgesetz geregelt. Das Bundesgesetz über die „Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz)“ (MTD-Gesetz, 1992) regelt sieben Berufe unter anderem in ihren Berufsbildern, der Berufsberechtigung, der Ausbildung und Prüfung, der Fort- und Sonderausbildung und den Strafbestimmungen. §2(1) beschreibt das Berufsbild eines Physiotherapeuten:

„Der physiotherapeutische Dienst umfasst die eigenverantwortliche Anwendung aller physiotherapeutischen Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung im intra- und extramuralen Bereich, unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Zusammenhänge auf den Gebieten der Gesundheitserziehung, Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation. Hierzu gehören insbesondere mechanotherapeutische Maßnahmen, wie alle Arten von Bewegungstherapie, Perzeption, manuelle Therapie der Gelenke, Atemtherapie, alle Arten von Heilmassagen, Reflexzonentherapie, Lymphdrainagen, Ultraschalltherapie, weiter alle elektro-, thermo-, photo-, hydro- und balneotherapeutischen Maßnahmen sowie berufsspezifische Behandlungsverfahren und die Mitwirkung bei elektrodiagnostischen Untersuchungen. Weiter umfasst er ohne ärztliche Anordnung die Beratung und Erziehung Gesunder in den genannten Gebieten.“

Der österreichische Berufsverband „Physio Austria, Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs“ hat sich in 2001 mittels einer Studie mit dem Berufsprofil auseinandergesetzt (Physio Austria, 2004). In der Studie wird unter anderem auf die Verantwortungsbereiche, Tätigkeitsfelder, Aufgaben, Kompetenzen, Qualifikationen und den physiotherapeutischen Pro-

zess der Physiotherapeuten in Österreich eingegangen. Eine Definition des Berufsprofils ist in einer Kurzform nicht angegeben³.

3.5 Finnland

In FI gibt es kein Gesetz, welches das Berufsprofil des Physiotherapeuten festlegt. Der finnische Berufsverband „Finlands Fysioterapeutförbund (Finnish Association of Physiotherapists FAP)“ hat 1997 eine Definition für Physiotherapie veröffentlicht, die 1998 ergänzt wurde.

„Physiotherapie - Definition

Physiotherapie basiert auf den Kenntnissen über die Voraussetzungen von Bewegung und Funktionsfähigkeit und verwirklicht sich in der Wechselwirkung zwischen Kunden oder Kundengruppe und Physiotherapeuten wie auch in der Zusammenarbeit mit mehreren Fachrichtungen. Mit Hilfe von Beratung und Anleitung, therapeutischen Übungen, manuellen und physikalischen Therapien wird der Kunde dabei unterstützt und darauf trainiert, die für ihn optimale Bewegungs- und Funktionsfähigkeit zu erreichen, die Kraftreserven für die Gesundheit und das Wohlbefinden sind.

Die Ziele der Physiotherapie bilden sich aus dem Bedürfnis des Individuums, sich in seinem Lebensraum zu bewegen und zu funktionieren und die Anforderungen des täglichen Lebens zu meistern. Der Kunde ist ein sein Leben selbst planendes und beherrschendes Individuum, er nimmt verantwortlich teil an der Planung, Verwirklichung und Beurteilung seiner Physiotherapie.

Die zentrale Aufgabe der Physiotherapie ist dafür zu sorgen, dass die Bevölkerung möglichst lange funktions- und arbeitsfähig bleibt. Die Physiotherapie wirkt sich auf den Lebens- und Arbeitsbereich aus, als auch darauf, dass die in die Behandlung involvierten Fachleute und das Umfeld des Kunden entsprechend den Grundsätzen der Therapie handeln. Physiotherapie ist ein Teil des öffentlichen und privaten Sozial-, Gesundheits- und Rehabilitationssystems“ (FAP, 1997).

³ Daher sei an dieser Stelle auf die gesamte Publikation (Physio Austria, 2004) verwiesen. Im nächsten Abschnitt, dem Vergleich der Berufsprofile, werden einzelne Stellen der Veröffentlichung zitiert.

„Physiotherapeut/in - Definition

Der Physiotherapeut ist eine Person, welche die Prüfung zum Physiotherapeut (amk)/ Physiotherapeuten/ Krankengymnasten oder Spezialkrankengymnasten abgelegt hat.

Der Physiotherapeut arbeitet als Angestellter oder als Selbständiger in verschiedenen Bereichen des Rehabilitationssystems, u.a. in Krankenhäusern oder Gesundheitszentren, Untersuchungs- und Pflegeeinrichtungen, Reha- und Kureinrichtungen, Prävention am Arbeitsplatz, Volksgesundheits-, Sport- und Behindertenorganisationen, auf dem Gebiet der Sozialarbeit in Alten- und Tagesheimen oder Schul- und Sportbereich.

Physiotherapeuten werden in Fachhochschulen ausgebildet. Die Ausbildung dauert durchschnittlich 4 Jahre“ (FAP, 1998).

3.6 Großbritannien

In GB hat der Berufsverband „The Chartered Society of Physiotherapy (CSP)“ einen hohen Stellenwert und arbeitet eng mit den gesetzgebenden und hochschulrechtlichen Organen zusammen. CSP definiert Physiotherapie in dem „Curriculum framework for qualifying programmes in physiotherapy“ wie folgt:

„Definition of physiotherapy

Physiotherapy is a health care profession concerned with human function and movement and maximising potential. It uses physical approaches to promote, maintain and restore physical, psychological and social well-being, taking account of variations in health status. It is science-based, committed to extending, applying, evaluating and reviewing the evidence that underpins and informs its practice and delivery. The exercise of clinical judgement and informed interpretation is at its core.

Physiotherapists are autonomous professionals, able to act as first-contact practitioners, as well as accepting referrals from other health care professionals. Through partnership and negotiation, physiotherapists work with people to optimise their functional ability and po-

tential. In this way, they address problems of impairment, activity and participation and manage recovering, stable and deteriorating conditions. They treat a wide range of physical conditions (particularly those associated with the neuro-muscular, musculo-skeletal, cardio-vascular and respiratory systems), across the life span (from neonate to old age) and those presenting with varying health status (both relating to physical and mental health).

Physiotherapists play a broad role in health promotion, health education and self-care. This can extend to advising and teaching patients' and clients' carers, other health care professionals and support workers in order to provide a coherent approach to maximising individuals' independence and well-being.

Physiotherapists use manual therapy, therapeutic exercise and the application of electro-physical modalities. Through problem-solving, clinical reasoning, goal-setting, evaluation and review, they apply these approaches in response to individual need, working with patients/clients and their carers. Physiotherapists' assessment and evaluation of need – and potential need – includes the consideration of psychological, cultural, social and environmental factors and the impact these have on individuals' functional ability and the needs of their carers.

Physiotherapists practise in evolving and increasingly diverse environments and are committed to working collaboratively with other professions. The profession is receptive to change and welcomes the increasing focus on rehabilitation within the modernisation of healthcare. It encourages innovation in ways that assure the safety, effectiveness and quality of the care it delivers and that are in keeping with its commitment to evidence-based practice" (CSP, 2002, p. 18).

3.7 Niederlande

In den NL hat der Gesetzgeber das Berufsprofil nicht vorgegeben. Der Berufsverband „Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)“ hat einen Artikel (KNGF, 1998) veröffentlicht mit dem Titel: „Doen en laten - Domein en taken van de fysiotherapeut“ (Tun und lassen - Bereich und Aufgaben der Physiotherapeuten; Anm. der Autorin). In diesem Artikel werden die Arbeitsbereiche und die Berufsaufgaben von Physiotherapeuten in den Niederlanden beschrieben. Im Jahr 2005 wurde vom KNGF gemeinsam mit dem Studie Richtings Overleg Physiotherapie (SROF) das Berufsprofil Physiotherapie und die Berufskompetenzen entwickelt und herausgegeben (KNGF, 2005). In den einzelnen Abschnitten des umfangreichen Werkes geht es unter anderem um die Arbeitsbereiche von Physiotherapeuten, um den physiotherapeutischen Prozess, die Ziele, Arbeitsweisen und Verantwortungsbereiche von Physiotherapeuten vor allem vor dem Hintergrund, dass es in den NL seit dem 01.01.2006 einen direkten Zugang von Patienten zu Physiotherapeuten gibt. Die Definition des Berufsprofils ist in einer Kurzform nicht angegeben⁴.

3.8 Unterschiede und Ähnlichkeiten – Ein europäisches Berufsprofil?

Allein durch die Wiedergabe der verschiedenen Berufsprofile lässt sich nicht erkennen, ob Gemeinsamkeiten oder Unterschiede überwiegen. Auffällig ist, dass in den Ländern, in welchen der Gesetzgeber Berufsprofile durch Gesetze direkt oder indirekt vorgibt, diese von den Berufsverbänden ergänzt werden.

Im Folgenden sollen die Berufsprofile auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede untersucht werden. Da die Berufsprofile sehr unterschiedlich gegliedert und dargestellt sind, werden die Inhalte nach drei Kategorien sortiert und analysiert. Innerhalb der ersten Kategorie werden die „Ziele der Physiotherapie“ verglichen. Was soll mit der Physiotherapie erreicht werden? Dies ist eine zentrale Frage in dem Vergleich der Berufsprofile über Ländergrenzen hinweg. Die zweite Kategorie ist die „Art der physiotherapeutischen Anwendung“. In diese Kategorie fallen die Methoden, die von Physiotherapeuten genutzt werden, um gegebene Ziele zu erreichen. Unter Methoden sind in diesem Zusam-

⁴ Somit wird an dieser Stelle auf das Gesamtwerk verwiesen (KNGF, 2005). Die einzelnen inhaltlichen Aspekte werden in Kapitel 3.8 übersetzt und dargestellt.

menhang nicht nur die verschiedenen Techniken oder Behandlungskonzepte wie z.B. Manuelle Therapie oder Bobath und der Einsatz von Gerätehilfen zu verstehen, sondern auch der physiotherapeutische Prozess, von der Anamnese bis zur Evaluation der Therapieeinheit. Innerhalb der dritten Kategorie „Tätigkeitsbereiche“ wird verglichen, wo die Physiotherapie in dem jeweiligen Gesundheitssystem angesiedelt ist, in welchen Institutionen Physiotherapeuten arbeiten und bei welchen Störungsbildern Physiotherapie zum Einsatz kommt. Die Grundlage der Analyse, das Zuordnen von Inhalten des Berufsprofils zu den Kategorien ist in einer tabellarischen Übersicht im Anlage 2 zu finden.

3.8.1 Ziele der Physiotherapie

Der WCPT hat die Ziele der Physiotherapie sehr umfassend dargestellt. Physiotherapeuten beschäftigen sich einerseits mittels präventiver Angebote und Werbung für Gesundheit mit gesunden Menschen. Auf der anderen Seite ist die Verminderung von krankheitsbedingten Einschränkungen das Ziel der Physiotherapeuten bei Patienten/Klienten. Insgesamt soll für alle Patienten/Klienten durch die Arbeit mit Physiotherapeuten die Lebensqualität verbessert werden. Dieser breite und ganzheitliche Ansatz lässt den einzelnen Ländern viel Spielraum zur individuellen Abgrenzung der Physiotherapie.

Der dänische Gesetzgeber hat den umfassenden Ansatz des WCPT in der Beschreibung der Ziele auch verwandt. Der dänische Physiotherapeut soll die Gesundheit und die Lebensqualität fördern und die optimale Bewegungs- und Funktionsfähigkeit von Menschen wiederherstellen, erhalten und entwickeln (BEK nr236 af 30/03/2001, §1). Ohlsen ergänzt auf der Homepage des Verbands diese breite Definition dadurch, dass auch Erkrankungen der Psyche von Physiotherapie profitieren können und die Physiotherapie immer von einer Einheit von Körper und Seele ausgeht (Goldbach-Olsen, 2004). Dies sind Details, die von den Aussagen des Gesetzgebers nicht ausgeschlossen sind und von Goldbach-Olsen auf der Homepage des Verbands als besonders wichtig hervorgehoben werden.

Der deutsche Gesetzgeber hat das Ziel der Physiotherapie in §8 MPhG sehr kurz dargestellt. Mit „der Entwicklung, dem Erhalt und der Wiederherstellung

aller Funktionen im somatischen und psychischen Bereich“ ist hier das Ziel des Berufes beschrieben. Der deutsche Berufsverband ZVK nennt in seiner Definition Physiotherapie als Ziel des physiotherapeutischen Arbeitens, die Steigerung der Belastungsfähigkeit und eine weitgehende Wiederherstellung der normalen Körperfunktion. An anderer Stelle heißt es zusätzlich, dass die Physiotherapie zur Heilung und Vorbeugung von Erkrankungen dient (ZVK, 2004a). Somit ist auch hier sowohl der präventive als auch der wiederherstellende Charakter der Physiotherapie angesprochen. Die Verbesserung der Lebensqualität wird als Ziel nicht gesondert hervorgehoben, somit stellt sich die Frage, ob dieser übergreifende Aspekt zu den Perspektiven der deutschen Physiotherapie gehört.

Der österreichische Gesetzgeber hat in seinen Ausführungen im MTD-Gesetz keine Angaben zu den Zielen der Physiotherapie oder des MTD gemacht. Der Verband dagegen gibt an verschiedenen Stellen des Berufsprofils Hinweise auf das Ziel der Physiotherapie. „Vorrangiges Ziel ist es dabei (bei der Physiotherapie, Anm. der Autorin), den Patienten eine optimale individuelle Bewegungs- und Schmerzfreiheit bzw. Selbständigkeit zu ermöglichen, orientiert nach Erreichung und Erhaltung der Partizipation des Patienten...“ (Physio Austria, 2004, S. 13) und „Physiotherapie ist die professionelle und personenzentrierte Auseinandersetzung mit dem Bewegungssystem des Menschen auf Basis wissenschaftlich fundierter Erkenntnisse“ (Physio Austria, 2004, S. 14). Somit können in der österreichischen Fachzeitschrift über das Berufsprofil die Ziele des WCPT Prävention und Verminderung von Einschränkungen in ähnlicher Form wiedergefunden werden, gehen mit dem wissenschaftlichen Anspruch sogar über die Forderungen des WCPT hinaus. Die Verbesserung der Lebensqualität wird nicht direkt angesprochen, dieses Ziel könnte implizit über den patientenzentrierten Ansatz abgedeckt sein. Eine deutlichere Darstellung in diesem Punkt wäre wünschenswert.

In der in 2000 durchgeführten Umfrage zum Berufsprofil stellte der österreichische Verband z.B. fest, dass 91% der befragten Physiotherapeuten in Österreich „das Wecken des Bewusstseins der Eigenverantwortlichkeit des Patienten/Klienten für die Erhaltung oder Wiedergewinnung der Gesundheit im Hinblick auf die Bedürfnisse des täglichen Lebens und der individuellen Le-

benssituation als sehr wichtig“ erachten (Physio Austria, 2004, S. 13). Als nächst wichtigstes Ziel wurde von 83% der Befragten „die Optimierung des Bewegungsverhaltens zur Prävention und Behandlung bei primären und sekundären Beeinträchtigungen des Bewegungssystems“ angegeben (Physio Austria, 2004, S. 13). Mit 79% fast genauso wichtig ist den österreichischen Physiotherapeuten „die Bekämpfung von Befindlichkeitsstörungen und Schmerzbekämpfung“ (Physio Austria, 2004, S. 13). Diese Umfrageergebnisse zeigen, dass die Ziele der Physiotherapie nicht nur vom Verband erarbeitet sind, sondern von vielen Physiotherapeuten des Landes wahrgenommen und klassifiziert werden.

Der finnische Berufsverband stellt das Individuum und seine Bedürfnisse in den Mittelpunkt der Zielstellung. „Die Ziele der Physiotherapie bilden sich aus dem Bedürfnis des Individuums, sich in seinem Lebensraum zu bewegen und zu funktionieren und die Anforderungen des täglichen Lebens zu meistern. Die zentrale Aufgabe der Physiotherapie ist dafür zu sorgen, dass die Bevölkerung möglichst lange funktions- und arbeitsfähig bleibt“ (FAP, 1997). Diese Darstellung zeigt eine ganz andere Perspektive auf als die oben genannten Definitionen. Hier wird weder von Prävention noch von Wiederherstellung der Körperfunktionen gesprochen, sondern nur von den Bedürfnissen eines Individuums im Alltag. Dies impliziert die Ziele des WCPT und geht mit dem zweiten Teil, dem Blick auf die gesamte Bevölkerung Finnlands, über die Ziele des WCPT hinaus. Was die Ziele der Physiotherapie von den Zielen anderer Gesundheitsberufe unterscheidet, wird durch diese Zieldefinition nicht deutlich. Daher kann der Vergleich mit den anderen Berufsprofilen in diesem Punkt nicht detailliert durchgeführt werden.

Der niederländische Berufsverband KNGF hat in seinem Berufsprofil konkrete Ziele des Physiotherapeuten dargestellt.

„Hiermit folgt die spezifische Zieldarstellung der Physiotherapie:

- schafft Möglichkeiten für die Verbesserung oder die Erhaltung des Partizipationsniveaus des Patienten
- beugt Hilfefragen und Gesundheitsproblemen und dem Wiederauftreten von Gesundheitsproblemen auf dem Gebiet der Bewegung vor

- hilft bei Gesundheitsproblemen (in Funktion, Aktivität und Partizipation), vermindert diese oder hilft diese zu kompensieren
- bietet Begleitung und Unterstützung in dem Leiden des Patienten
- beeinflusst Einstellung, Verhalten und Lebensstil von den Hilfesuchenden, soweit relevant für die Beschwerden des Hilfesuchenden.
- beeinflusst Wohn- und Arbeitsumstände, insoweit diese die Beschwerden des Hilfesuchenden beeinflusst“ (KNGF, 2005, 1.3).

Daneben wird deutlich gemacht, dass die physiotherapeutische Hilfeleistung von den Medizin- und Verhaltenswissenschaften getragen wird. Auf der wissenschaftlichen Grundlage wird das Ziel verfolgt, die Lebensqualität zu erhöhen, indem menschliche Bewegungen verbessert oder Schlüsselfunktionen erhalten werden (KNGF; 2005, 2.3).

In diesen Zielstellungen finden sich die vom WCPT genannten Ziele wieder. Zusätzlich fällt auf, dass mit „Begleiten und Unterstützen in dem Leiden“ und „Beeinflussen von Einstellung, Verhalten und dem Lebensstil“ Ziele genannt werden, die bisher in sonst keinem Land so deutlich formuliert werden und als Unterziele zu der Verbesserung der Lebensqualität angesehen werden können. An dieser Stelle wäre es interessant zu wissen, mit welchen Methoden der Physiotherapeut diese Ziele verfolgen kann, denn dies könnte ein deutlicher Unterschied zu den anderen nationalen Berufsprofilen sein. Dieser Punkt ist aber in dem Dokument des Berufsverbandes nicht weiter erläutert. Wie auch schon in der österreichischen Definition wird auch in den Niederlanden der wissenschaftliche Anspruch der physiotherapeutischen Handlungsweise betont.

Im Rahmenplan des Curriculums der CSP in Großbritannien heißt es zu den Zielen der Physiotherapie: „Physiotherapy is a health care profession concerned with human function and movement and maximising potential. It uses physical approaches to promote, maintain and restore physical, psychological and social well-being, taking account of variations in health status. It is science-based, committed to extending, applying, evaluating and reviewing the evidence that underpins and informs its practice and delivery. The exercise of clinical judgement and informed interpretation is at its core“ (CSP, 2002). Im weiteren Text der Definition findet sich unter den Aufgaben auch der Bereich der Prävention, und es wird das Ziel der „maximising individuals' independen-

ce and well-being“ angesprochen, welches die Lebensqualität anspricht, wenn auch nur implizit. Wie in den Niederlanden wird in Großbritannien Wert darauf gelegt, dass sich die Physiotherapeuten nicht nur um das körperliche Wohlergehen kümmern. In der Definition heißt es, dass Physiotherapeuten sowohl das körperliche, psychische und soziale Wohlergehen unterstützen, erhalten und wiederherstellen sollen. Somit werden auch in Großbritannien die Ziele des WCPT verfolgt, aber auch um Aspekte wie z.B. die wissenschaftliche Basis erweitert.

Insgesamt wird festgestellt, dass FI mit seiner nicht sehr spezifischen Darstellungsweise der Ziele nicht mit den anderen Ländern verglichen werden kann. Die gewählte Perspektive verzichtet auf Details und beschreibt nur zwei Hauptziele, die in der gegebenen Allgemeinheit auch für andere Berufe, wie z.B. Ergotherapeuten und Ärzte, gelten können.

Die WCPT Ziele des präventiven und wiederherstellenden physiotherapeutischen Handelns lassen sich in allen nationalen Zielsetzungen wiederfinden, wenn auch die Wortwahl sehr unterschiedlich ist. Das Ziel „Verbesserung der Lebensqualität“ wird in den NL und in DK explizit angesprochen. In A und in GB können die Inhalte so interpretiert werden, dass implizit dieses Ziel auch erkannt werden kann. In D fehlt die Perspektive „Verbesserung der Lebensqualität“ durch physiotherapeutisches Handeln in den vorhandenen Definitionen.

In A, den NL und GB gehen die angegebenen Ziele über den vom WCPT gesetzten Rahmen hinaus. In diesen Ländern wird für das physiotherapeutische Handeln eine wissenschaftliche Grundlage gefordert, die so vom WCPT nicht erwähnt wird.

Aus der Analyse der im Berufsprofil angegebenen Ziele der Physiotherapie lassen sich einige Ähnlichkeiten und deutliche Unterschiede in Bezug auf die wissenschaftliche Grundlage der Arbeit eines Physiotherapeuten in den sechs Ländern dieser Studie erkennen.

3.8.2 Art der physiotherapeutischen Anwendung

In dieser Kategorie findet sich als übergeordneter Aspekt der „physiotherapeutische Prozess“ und untergeordnet die Methoden der einzelnen Prozessab-

schnitte. Der physiotherapeutische Prozess beschreibt die Arbeitsschritte, die ein Physiotherapeut durchführt, wenn ein Patient/Klient zu ihm kommt. Dieser Prozess wird unterschiedlich definiert. Als Grundlage werden wiederum die Ausführungen des WCPT genutzt. Der WCPT teilt den physiotherapeutischen Prozess in fünf Abschnitte (Tabelle 1). Für jeden Prozessabschnitt gibt es verschiedene Methoden, um das Ziel zu erreichen.

European Region of WCPT (European Region of WCPT, 2003, S. 35)	Physio Austria / WHO / ICF (Physio Austria, 2004, S. 27 ff)	Niederlande / KNGF (KNGF, 2005, 3.2.1)
		Anmeldung, Orientierung an der Fragestellung, Screening der Informationen des Patienten
Assessment	Problemidentifikation	Anamnese
Diagnose		Physiotherapeutische Untersuchung
Behandlungsplan	Therapieplanung	Formulierung der physiotherapeutischen Diagnose und Indikation
Behandlung	Umsetzung	Behandlungsplan
Evaluation		Behandlung
		Evaluation
		Abschluss
	Phasenübergreifende Tätigkeiten	

Tabelle 1: Darstellung des physiotherapeutischen Prozesses (WCPT/Physio Austria) bzw. des methodischen Handelns (KNGF) in der Physiotherapie im europäischen Vergleich

Im Vergleich der Berufsprofile fällt auf, dass die Gesetzgeber in DK, D und A keinen physiotherapeutischen Prozess erwähnen. Im dänischen Gesetz werden zusätzlich auch keine Methoden/Techniken der Physiotherapie genannt. In D begnügt sich der Gesetzgeber mit dem Hinweis auf „Anwendung geeigneter Verfahren der Physiotherapie“ (MPhG, 1994, §8). In A werden Behandlungsmethoden aufgezählt: „Hierzu gehören insbesondere mechanotherapeutische Maßnahmen, wie alle Arten von Bewegungstherapie, Perzeption, manuelle Therapie der Gelenke“ (MTD-Gesetz, 1992, §2).

Wie schon bei den Zielen der Physiotherapie wird auch hier die gesetzliche Grundlage durch Definitionen der Berufsverbände ergänzt. In DK und D wen-

den sich die Berufsverbände in den Definitionen ausschließlich der näheren Beschreibung der Behandlungsmethoden/Techniken zu, so werden in beiden Ländern z.B. die Methoden der physikalischen Therapie ausführlich dargestellt. Die Prozessabschnitte Assessment, Diagnose, Planung und Evaluation werden in den Berufsprofilen beider Länder nicht angesprochen.

Der österreichische Berufsverband hat sich im Vergleich zu anderen Verbänden sehr ausführlich mit dem gesamten physiotherapeutischen Prozess und den Aufgaben der Physiotherapie auseinandergesetzt. In der österreichischen Darstellung bezieht sich der vierstufige, physiotherapeutische Prozess auf die „International classification of functioning (ICF)“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Tabelle 1). Diese Einteilung ist ähnlich den Abschnitten des physiotherapeutischen Prozesses des WCPT. Der Prozessschritt Problemlidentifikation lässt sich inhaltlich mit dem Assessment und der Diagnose des WCPT gleichstellen. Therapie- und Behandlungsplanung sind ebenso wie Behandlung und Umsetzung andere Worte für das gleiche Vorgehen. Nur im letzten Schritt gibt es einige Unterschiede. Während in der Darstellung des WCPT nur von Evaluation gesprochen wird, die eine Behandlung bzw. einen Behandlungsabschnitt beendet, sieht der österreichische Berufsverband diese Kategorie als Pool übergreifender Tätigkeiten an. Hierunter fallen z.B. Tätigkeiten wie Zwischenbefunde, Dokumentation, Reflexion des eigenen Handelns und die Weiterentwicklung der fachlichen Kompetenz.

Unter den Methoden mit denen ein Physiotherapeut in A arbeitet, werden klassische/konventionelle PT-Konzepte genannt (Physio Austria, 2004). Diese Konzepte reichen von „Atemtherapie nach Middendorf“ über das „Maitland Konzept“ bis hin zur „Entwicklungsdiagnostik Zukunft-Huber“.

Neben dem physiotherapeutischen Prozess hat der österreichische Verband in seiner Studie zum Berufsprofil auch die Aufgaben der Physiotherapeuten erhoben. Beispielhaft lässt sich sagen, dass die meisten Physiotherapeuten (92%) angaben, mehrere Behandlungskonzepte in der Therapie anzuwenden. Mit 76% am stärksten eingesetzt werden Konzepte, „die primär am neuromuskulären System ansetzen (z.B. PNF, Bobath, Vojta). Manualtherapeutische Konzepte (z.B. Kaltenborn-Evjenth, Cyriax, Maitland) bilden mit 72% die zweitstärkste Gruppe, gefolgt von vorrangig funktionell orientierten Bewegungskon-

zepten mit 66% (z.B. Klein-Vogelbach)“ (Physio Austria, 2004, S. 32). Neben diesen klassischen Konzepten finden aber immer mehr alternative Methoden wie z.B. die Traditionelle chinesische Medizin oder die Osteopathie Anwendung durch österreichische Physiotherapeuten. Ein weiteres Ergebnis der Studie über das österreichische Berufsprofil ist, dass ein Physiotherapeut während seines Arbeitens eine Vielzahl von Tätigkeiten ausführt, die nicht nur unter dem Begriff „Therapie“ zusammengefasst werden können. So werden z.B. die Patientenberatung, das Durchführen von prophylaktischen Maßnahmen, die Beschaffung und Wartung von Geräten und Hilfsmitteln häufig als zusätzliche Tätigkeiten angegeben (Physio Austria, 2004, S. 34). In der Zusammenfassung der Aufgaben heißt es: „Physiotherapie verfügt über ein breites Spektrum an Untersuchungs- und Therapiekonzepten. Die Arbeit mit dem Patienten/Klienten anhand des physiotherapeutischen Prozesses stellt ein wesentliches Element der physiotherapeutischen Tätigkeit dar. Fachkompetenz beinhaltet aber auch das Lesen von Fachliteratur, die Wissensvermittlung und die Beratungsfunktion.“ (Physio Austria, 2004, S. 35).

Der finnische Berufsverband geht, ohne den physiotherapeutischen Prozess zu erwähnen, in seinem Berufsbild von 1997 auf die Prozessabschnitte Behandlungsplanung und Behandlung ein. Das Assessment, die Diagnose und die Evaluation werden nicht erwähnt. Im Unterschied zu den Berufsverbänden von DK, D und A wird hier nicht eine Vielzahl von physiotherapeutischen Methoden aufgezählt, sondern es wird eine allgemeine Beschreibung mit zusammenfassenden Begriffen z.B. „therapeutische Übungen, physikalische Therapien“ (FAP, 1997) des physiotherapeutischen Arbeitens geliefert.

Der niederländische Berufsverband beschreibt in seinem Berufsprofil als Zentrum des physiotherapeutischen Arbeitens das methodische Handeln. In dem alten Berufsprofil (KNGF, 1998) wurden noch sieben Phasen des methodischen Handelns beschrieben. In dem neueren Berufsprofil (KNGF, 2005) werden 8 Phasen genannt, hier sind Anamnese und Untersuchung zwei getrennte Phasen des methodischen Prozesses. Die acht Phasen des methodischen Handelns lassen sich in die fünf Prozessabschnitte des WCPT übersetzen (Tabelle 1). Im Vergleich fällt auf, dass der erste und der letzte Schritt des methodischen

Handelns über den physiotherapeutischen Prozess des WCPT und des Physio Austria hinausgehen. Zusätzlich werden vom KNGF fünf Kennzeichen des methodischen Handelns genannt, die nicht physiotherapiespezifisch, aber im Verständnis für das Arbeiten der niederländischen Physiotherapeuten wichtig sind. Das methodische, physiotherapeutische Handeln ist „zielgerichtet, es hat einen zyklischen Charakter, es verläuft professionell, es ist ein kognitiver Prozess und es strebt nach Effizienz“ (KNGF, 1998). Die Aufgaben des Physiotherapeuten werden sehr ausführlich dargestellt und lassen sich in sechs übergeordnete Aktivitäten zusammenfassen „Befragen (Anamnese); Testen, messen und analysieren; Begleiten und informieren; Lenken und Anleiten zum Üben; Physikalische Therapie im engeren Sinn; Manuelle Anwendungen“ (KNGF, 2005, 3.3). Daneben werden die Behandlungsmethoden, ähnlich wie in DK, D und A, genannt und zusätzlich Hinweise auf die wissenschaftliche Grundlage des physiotherapeutischen Arbeitens gegeben. Dieser letzte Ansatz ist eine Erweiterung zu dem Berufsprofil des WCPT.

Der britische Berufsverband, spricht nicht von einem physiotherapeutischen Prozess, beschreibt allerdings die Methode, mit der ein Physiotherapeut vorgehen sollte, mit: „Through problem-solving, clinical reasoning, goal setting, evaluation and review...“, und weiter mit „Physiotherapist’s assessment and evaluation of need...“ (CSP, 2002, p. 18). Hier können Parallelen zum physiotherapeutischen Prozess des WCPT gefunden werden. Das Assessment wird wörtlich angegeben und in seinen Inhalten differenziert. Die nächsten Prozessabschnitte werden nicht direkt erwähnt, mit Ausnahme des letzten Abschnitts, Evaluation. Es werden aber Methoden dargestellt, die in den verschiedenen Abschnitten des Prozesses genutzt werden können. So gehört z.B. das Clinical Reasoning oder die Zielsetzung zur Behandlungsplanung und Behandlung. In der Einleitung des Abschnitts erwähnt der britische Berufsverband Methoden, mit denen physiotherapeutische Ziele in der Behandlung erreicht werden sollen. Diese Aufzählung ist ähnlich den Darstellungen, die in DK und D gewählt werden.

Abschließend lässt sich feststellen, dass der physiotherapeutische Prozess zum einen nicht in allen Berufsprofilen angesprochen wird und zum anderen dort,

wo er angesprochen wird, noch nicht einheitlich formuliert ist. Der physiotherapeutische Prozess unterscheidet sich in den verschiedenen Darstellungen im Umfang der Prozessschritte. Die Hauptaspekte des physiotherapeutischen Prozesses werden sehr ähnlich beschrieben.

Die Darstellung des österreichischen Berufsverbandes gibt der Evaluation keinen eigenen Prozessschritt, sondern fasst die Evaluation mit anderen Tätigkeiten im letzten Punkt der phasenübergreifenden Tätigkeiten zusammen. Die Argumentation ist, dass Evaluation in jedem Prozessschritt genutzt werden kann und nicht nur am Ende einer Behandlungseinheit.

Im Kern sieht der physiotherapeutische Prozess so aus, dass ein Problem über das Assessment und die physiotherapeutische Untersuchung diagnostiziert wird. Im Anschluss daran wird ein Behandlungsplan entworfen, der mit dem Patienten umgesetzt wird. Alle Schritte sollen regelmäßig evaluiert werden. Für jeden Prozessschritt gibt es Methoden zur Zielerreichung. In den Berufsprofilen werden überwiegend Methoden der Behandlung angesprochen und aufgezählt. Methoden für die anderen Prozessabschnitte finden sich nur vereinzelt.

Insgesamt ist auch in der Betrachtung der „Art der Anwendung“ ein grundlegender Unterschied in den Berufsbildern Physiotherapie zwischen den Ländern (GB, NL, A), die einen physiotherapeutischen Prozess als Kernbereich des Berufsprofils darstellen und den Ländern ohne Prozessbeschreibung (DK, D, FI) zu erkennen.

3.8.3 Tätigkeitsbereiche

Die Physiotherapie ist laut WCPT ein wichtiger Teil des Gesundheitssystems. In der Kategorie „Tätigkeitsbereich“ wird verglichen, wie die Physiotherapie innerhalb der Berufsprofile in das Gesundheitssystem eingebunden ist und in welchen Einrichtungen Arbeitsplätze zu finden sind. Einen zusätzlichen Aspekt bilden die medizinischen Fachbereiche, in denen Physiotherapeuten eingesetzt werden, bzw. Störungsbilder, bei denen Physiotherapie angewandt wird.

Der WCPT empfiehlt, dass Physiotherapeuten unabhängig von anderen „health care providern“ arbeiten, aber im interdisziplinären Team der Rehabilitation

integriert sind. Daneben wird vom WCPT eine Vielzahl von Einrichtungen genannt, in denen Physiotherapie angeboten werden kann.

Die Gesetzgeber in DK, D und A äußern sich sehr ähnlich, indem mit unterschiedlichen Wortlauten die drei Bereiche Prävention, Therapie und Rehabilitation als Tätigkeitsfelder genannt werden. Der österreichische Gesetzgeber erwähnt zusätzlich die Abhängigkeit des Physiotherapeuten von einer ärztlichen Anordnung. Die Gesetzgeber gehen weder auf die Institutionen noch auf Störungsbilder ein, bei denen Physiotherapie angewandt werden kann.

Die meisten Berufsverbände sind in diesem Punkt ausführlicher. Der deutsche Berufsverband beschränkt sich auf die allgemeine Ergänzung, dass ein Physiotherapeut in der ambulanten Versorgung, der teilstationären und der stationären Versorgung tätig ist. Konkreter wird der dänische Verband durch die Aufzählung von verschiedenen Institutionen, z.B.: Krankenhäuser, Pflegeheime und Kindergärten. Beide Verbände äußern sich nicht über zu behandelnde Störungsbilder.

Der österreichische Verband widmet in seiner Fachzeitschrift das Kapitel 6 den Tätigkeitsfeldern. Hier wird dargestellt, dass die meisten Physiotherapeuten in Praxen und Krankenhäusern arbeiten. In der Zusammenfassung des Kapitels heißt es: „Die Physiotherapie in A wird sowohl im Rahmen eines Dienstverhältnisses als auch freiberuflich ausgeübt, wobei die physiotherapeutische Versorgung zu zwei Drittel extramural erfolgt. Die Spitzenreiter der Tätigkeitsbereiche sind die Rehabilitation, gefolgt von der Kuration und der Prävention. Der rehabilitative Bedarf an Physiotherapie wird schwerpunktmäßig von den freiberuflich tätigen Diplomierten PT abgedeckt, während der kurative Bereich mehr von den angestellten tätigen Diplomierten PT versorgt wird. Die fachliche Ausrichtung der Diplomierten PT konzentriert sich schwerpunktmäßig auf die klinischen Fächer Orthopädie, Neurologie und Traumatologie“ (Physio Austria, 2004, S. 26).

Der finnische Berufsverband geht in dem Berufsprofil nicht auf das Gesundheitssystem und die zu behandelnden Störungsbilder ein. Er gibt einen guten Überblick über die verschiedenen Institutionen, in welchen Physiotherapie benötigt wird, bzw. Arbeitsplätze angeboten werden.

Der niederländische Berufsverband äußert sich in dem Berufsprofil sehr ausführlich über die Tätigkeitsfelder und Störungsbilder. Es wird an verschiedenen Stellen betont, dass seit dem 01.01.2006 der Patient direkt zum Physiotherapeuten gehen kann (KNFG, 2005).

Die CSP ist sehr ausführlich in der Darstellung der Tätigkeitsbereiche von Physiotherapeuten. „They treat a wide range of physical conditions (particularly those associated with the neuro-muscular, musculo-skeletal, cardio-vascular and respiratory systems), across the life span (from neonate to old age) and those presenting with varying health status (both relating to physical and mental health). Physiotherapists play a broad role in health promotion, health education and self-care. This can extend to advising and teaching patients' and clients' carers, other health care professionals and support workers in order to provide a coherent approach to maximising individuals' independence and well-being“ (CSP, 2002).

In dieser Darstellung sind nicht Institutionen, in welchen Physiotherapie benötigt wird, im Zentrum der Aufmerksamkeit, sondern es werden die Menschen beschrieben, die physiotherapeutisch behandelt werden können. Die Beschreibung dieser Menschen beinhaltet Kriterien wie das Alter, die Erkrankung sowie die körperlich und mentale Gesundheit. Neben dieser sehr allgemeinen Beschreibung der Tätigkeit werden ganz konkret die Unterrichtstätigkeiten im Bereich der „Health promotion“ und Gesundheitserziehung angesprochen. Dieser letzte Aspekt ist sehr wichtig, um die gesetzten Ziele der Gesundheitsvorsorge und Prävention zu erreichen. Diese Tätigkeit wird nur von der CSP und der KNGF benannt.

Im Überblick aller sechs Länder lässt sich feststellen, dass Physiotherapeuten ähnliche Tätigkeitsbereiche haben. Physiotherapeuten sind in allen Ländern mindestens in den drei Bereichen Prävention, akute Therapie und Rehabilitation tätig. Auch die Institutionen, in welchen Physiotherapeuten eingesetzt werden, weisen keine deutlichen Unterschiede zwischen den Ländern auf. Welche Rolle die Physiotherapie im Gesundheitswesen spielt, wird allerdings in keinem der Berufsprofile deutlich dargestellt. Vor allem der wichtige Aspekt, das Verhältnis von Arzt zu Physiotherapeut, wird nur zum Teil angesprochen. Hier sind

deutliche Unterschiede zu verzeichnen, denn in den NL und GB steht im Berufsprofil, dass der Physiotherapeut als „first contact practitioner“ arbeiten kann, während der österreichische Gesetzgeber ausführt, dass der Physiotherapeut auf Anweisung des Arztes arbeitet. Da die anderen Länder dazu im jeweiligen Berufsprofil keine klare Aussage treffen, muss dieser wichtige Aspekt an dieser Stelle unbearbeitet bleiben.

3.9 Zusammenfassung Berufsprofil

In diesem Kapitel wurde der Beruf Physiotherapie in den sechs Ländern der Studie anhand der Berufsprofile vorgestellt. Die Berufsprofile der einzelnen Länder wurden dargestellt, mit der Definition der European Region des WCPT und untereinander verglichen.

In der Gesamtschau der Berufsprofile Physiotherapie lässt sich feststellen, dass es bei der Betrachtung der drei Kategorien, Ziele der Physiotherapie, Art der physiotherapeutischen Anwendung und Tätigkeitsbereiche, einige Ähnlichkeiten und einige deutliche Unterschiede in den sechs untersuchten Länder gibt. Die Unterschiede liegen in den Zielen „Verbesserung der Lebensqualität“ und der wissenschaftlichen Basis des physiotherapeutischen Handelns, dem methodischen Prozess des physiotherapeutischen Handelns und der Darstellung der Störungsbilder. Ähnlichkeiten sind in den Zielen des präventiven und rehabilitativen Handelns, den Behandlungstechniken und den Arbeitsfeldern zu finden. Im Ländervergleich sind sich die Berufsprofile der NL und GB am ähnlichsten.

In der Analyse der Berufsprofile wurde deutlich, dass in Europa kein einheitliches Verständnis davon existiert, welche Aspekte in einem physiotherapeutischen Berufsprofil dargestellt werden sollen. Daher kann diese Analyse nur eine Übersicht darüber bieten, was der Gesetzgeber bzw. die Berufsverbände als Berufsprofil definieren. Für ein einheitliches, europäisches Berufsprofil müssen sich entweder alle Länder deutlicher der Definition des WCPT anpassen oder neue Wege gegangen werden.

Nicht geprüft werden konnte, ob die dargestellten Berufsprofile mit der Realität des Berufes Physiotherapie in den einzelnen Ländern übereinstimmen. Dadurch, dass die Berufsprofile ausgewählt wurden, um den Beruf Physiotherapie

der einzelnen Länder miteinander zu vergleichen, fehlen in der Analyse unter anderem die Aspekte: Eingliederung der Physiotherapie in das Gesundheitswesen, Abgrenzung zu angrenzenden Berufsgruppen und nicht zuletzt alle finanziellen Aspekte der Vergütung und Kostenübernahme. Eine Berücksichtigung all dieser Perspektiven ist für einen umfassenden Ländervergleich wichtig, geht aber über die Ziele dieser Studie hinaus und bedarf somit eines weitergehenden Forschungsprojektes.

4. Ausbildung Physiotherapie im Ländervergleich

Nachdem die Analyse der physiotherapeutischen Berufsprofile in den sechs untersuchten Ländern Ähnlichkeiten und Unterschiede ergeben hat, ist es interessant zu sehen, ob sich diese Aspekte in den Ausbildungsprogrammen Physiotherapie wieder finden lassen. Mit dem Ziel der Beantwortung der Forschungsfragen (Kapitel 1), werden in diesem Kapitel die physiotherapeutischen Ausbildungsprogramme der einzelnen Länder dargestellt, auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede untersucht, bevor im nächsten Kapitel die Maßnahmen zur Qualitätssicherung der verschiedenen Ausbildungen analysiert werden. Nur vor dem Hintergrund der Kenntnis der verschiedenen Systeme kann die Frage nach den Gemeinsamkeiten und Unterschieden von QMS innerhalb der Ausbildung beantwortet werden.

Für die Darstellung und den anschließenden Vergleich zwischen den Ausbildungsprogrammen können unterschiedliche Kategorien gewählt werden. Formalitäten, wie die rechtlichen Grundlagen und Aspekte der Institutionalisierung, sind Kriterien, die einen Vergleich leicht machen und werden daher zuerst dargestellt. Im weiteren Verlauf wird mittels einer Analyse der Curricula auf die inhaltliche Ausgestaltung der verschiedenen Programme, die Methoden der Vermittlung und die Überprüfung der Lernergebnisse eingegangen. In Anlage 3 befindet sich eine Tabelle, welche die quantitativen und qualitativen Aspekte der Ausbildung in den sechs Ländern in Kurzform gegenüberstellt.

In diesem Kapitel werden nacheinander die physiotherapeutischen Ausbildungsprogramme der Länder Dänemark (4.1), Deutschland (4.2), Österreich (4.3), Finnland (4.4), Großbritannien (4.5) und die Niederlande (4.6) anhand folgender Kriterien dargestellt und beschrieben:

1. Rechtliche Grundlagen
2. Institutionalisierung
3. Curriculum
4. Leistungsnachweis

Das erste Kriterium umfasst die gesetzlichen Grundlagen und die Benennung der aufsichtsführenden Behörden. Das zweite Kriterium umfasst die Art der Ausbildungsstätten, die Ausbildungsstruktur, den Abschlusstitel, die Aufnah-

mekriterien zur jeweiligen Ausbildung und die Berufszulassungsbedingungen. Das dritte Kriterium beschäftigt sich mit dem Ablauf der Ausbildung, den theoretischen und praktischen Inhalten, den Praktika, den Methoden der Vermittlung und der Qualifikation des Lehrpersonals.

Nach Darstellung der Ausbildungssituation der Physiotherapie in den sechs Ländern werden die erhobenen Daten verglichen und analysiert (4.7).

4.1 Dänemark

In Dänemark wurde mit dem Gesetz „Bekanntmachung vom Gesetz des Therapieassistenten“ (LBK nr631, 2001) die Ausbildung Physiotherapie auf Fachhochschulniveau angehoben. Die bestehenden Fachschulen mussten mit Fachhochschulen kooperieren, um den neuen Anforderungen gerecht zu werden.

4.1.1 Rechtliche Grundlagen

Es gibt drei Gesetze, welche die Ausbildung, die Berufsausübung und den Titel „Berufsbachelor“ der „Therapieassistenten“ regeln. Als Therapieassistenten werden in Dänemark die Ergotherapeuten und die Physiotherapeuten bezeichnet. Das Gesetz: „Bekanntmachung vom Gesetz des Therapieassistenten“ (Bekendtgørelse af lov om terapiassistenten, LBK nr 631) ist in seiner neuesten Fassung seit dem 01.01.1992 gültig. Dieses Gesetz regelt die Zulassung zum Beruf, die Rechte und Berufspflichten und die Aufsicht über die Berufe. Ein wichtiger Aspekt, der das Handeln der Therapieassistenten bestimmt, ist in §7 des Gesetzes geregelt. Hier wird festgestellt, dass ein Therapieassistent nur aufgrund einer ärztlichen Überweisung behandeln darf, dass einer ärztlichen Anordnung gefolgt werden muss, sofern eine Anordnung vorliegt und dass die Gesundheitsbehörde gesonderte Auflagen für die Anwendung der Manuellen Therapie machen kann (LBK nr 631, §7/7a).

Das „Gesetz der Physiotherapieausbildung“ (Bekendtgørelse om fysioterapeutuddannelsen, BEK nr 236) ist zum 01.09.2001 in Kraft getreten und regelt die Ausbildung und die Prüfungen. Die aufsichtsführende Behörde ist nach LBK nr.631 Abschnitt III §9 die Gesundheitsbehörde (Sundhedsministeriet). Beide Gesetze wurden vom Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft (Undervisningsministeriet) erlassen.

Die genannten Gesetze werden durch das Gesetz „Bekanntgabe der Ausbildung zum Berufsbachelor“ (Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor, BEK nr 113) ergänzt. Mit diesem Gesetz wurde durch das Ministerium für Bildung und Wissenschaft zum 01.03.2001 festgelegt, welche Bedingungen gelten müssen, damit der Titel „Professionsbachelor“ (Berufsbachelor) vergeben werden kann. Als Ergänzung fasst die dänische Evaluierungsagentur die Kriterien für einen Professionsbachelor sehr übersichtlich zusammen (Danmarks Evalueringinstitut, 2005). Somit ist die Aufsicht für die Ausbildung und das berufliche Handeln von Physiotherapeuten in Dänemark durch zwei Behörden gewährleistet, dem Ministerium für Bildung und Wissenschaft und dem Bundesministerium für Gesundheit.

4.1.2 Institutionalisierung

Die Ausbildung Physiotherapie, die zu einem Berufsbachelor führt, ist eine Hochschulausbildung (BEK nr 113, §1). Die Ausbildung der Physiotherapeuten findet somit an Fachhochschulen mit anerkanntem Studienverlauf statt. Die Fachhochschulen sind dafür verantwortlich, dass der Lerninhalt in der Kombination von Theorie und Praxis den Ausbildungselementen des Gesetzes entspricht (BEK nr 236, §2). Das Ministerium für Bildung und Wissenschaft ist zuständig für die Anerkennung von Therapieschulen und Praktikumsstellen (LBK nr 631, §1(8)).

Um an einer Fachhochschule in Dänemark studieren zu können, müssen mindestens 12 Jahre Schulbildung nachgewiesen werden (European Region of WCPT, 2005). Spezifische Zugangsvoraussetzungen für den Studiengang Physiotherapie konnten nicht gefunden werden. In Dänemark gibt es zur Zeit acht Ausbildungsstätten für Physiotherapie, die der dänische Berufsverband (Danske Fysioterapeuter) auf seiner Homepage nennt (www.fysio.dk/sw701.asp; 02.10.05). Der Weltverband hat in einer Erhebung festgestellt, dass in Dänemark pro Jahr ca. 630 Physiotherapeuten ihre Ausbildung abschließen (European Region of WCPT, 2005).

Die Ausbildung dauert 3,5 Jahre und ist in 7 Semester zu je 18-24 Wochen aufgeteilt. Für die Ausbildung werden 210 ECTS-Credits vergeben (BEK nr 236, §2(2)), welche sich auf 168 ECTS-Credits für den theoretischen Unter-

richt und 42 Credits für den klinischen Unterricht aufteilen (BEK nr 236, §9). Die Workload für einen Credit entspricht 26-27 Stunden (Polytechnic Esbjerg, 2004, p. 8).

Der Abschlusstitel heißt „Professionsbachelor“ mit der Angabe der Berufsbezeichnung. Im Englischen wird dies als „Bachelor of“ angegeben (BEK nr 113, §4). Somit heißt der Abschluss im Bereich der Physiotherapie „Professionsbachelor i fysioterapi“ oder auf Englisch „Bachelor Degree in Physiotherapy (B.Pt.)“ (BEK nr 236, §3). Nach dem Bachelorabschluss gibt es verschiedene Möglichkeiten zur weiteren Qualifikation. An den Universitäten können die Bachelorabsolventen Studiengänge mit dem Abschluss „Master of Science“ (60 ECTS-Credits) oder „Candidate“ (90 ECTS-Credits) belegen. Daneben kann ein Diplomkurs zu 60 ECTS-Credits belegt werden. Zusätzlich gibt es die Möglichkeit, sich in den verschiedenen Fachbereichen zu spezialisieren (www.fysio.dk/sw701.asp; 28.07.06).

Zu den Berufen Ergotherapie und Physiotherapie hat in Dänemark jeder Zugang, der die vorgegebenen Prüfungen an einer vom Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft anerkannten Therapieschule (LBK nr 631, §1(3)) oder eine ähnliche Ausbildung absolviert hat, die vom Ministerium als gleichwertig angesehen wird. Die Berufszulassung ist begrenzt gegenüber Personen, die körperlichen oder psychischen Einschränkungen unterliegen, oder die anderen Personen in der Therapie gefährlich werden können (LBK nr 631, §1(6)). Über die Vergabe von Berufszulassungen wird im Auftrag des Gesundheitsministeriums ein Verzeichnis geführt (LBK nr 631, §2).

4.1.3 Curriculum

Die Ausbildung Physiotherapie dauert in Dänemark 3,5 Jahre und ist in Semestern aufgeteilt (BEK nr 236, 2001, §2(2)). Die genaue Aufteilung der theoretischen und praktischen Inhalte auf die sieben Semester wird nicht zentral durch ein Gesetz geregelt, sondern durch die Studienführer der jeweiligen Ausbildungsstätte. Diese Studienführer sind gesetzlich verankert und müssen an jeder Ausbildungsstätte vorhanden sein (BEK nr 236, 2001, § 13).

Die physiotherapeutische Ausbildung umfasst im theoretischen Teil 168 ECTS-Credits. Innerhalb der theoretischen Ausbildung wird eine Abschlussarbeit geschrieben, die einen Umfang von 20 ECTS-Credits hat. Zusätzlich stehen dem Studenten 6 Credits aus Wahlbereichen zur Verfügung (BEK nr 236, 2001, §9). Die theoretischen Fächer umfassen:

„1) Gesundheitswissenschaftliche Fächer	118 ECTS
- Physiotherapeutische Fächer	100 ECTS
- Andere Gesundheitswissenschaften	18 ECTS
2) Naturwissenschaftliche Fächer	20 ECTS
3) Gesellschaftswissenschaftliche Fächer	15 ECTS
4) Humanistische Fächer	15 ECTS“

(BEK nr 236, 2001, §10).

Die Ziele und Inhalte der einzelnen Fächer sind zum Teil in Anlage 1 des Gesetzes BEK nr 236 dargestellt. Zusätzlich wird auf die genauere Darstellung in den Studienführern der einzelnen Ausbildungsstätten verwiesen.

Die praktische Ausbildung umfasst 42 ECTS-Credits (BEK nr 236, 2001, §9). In den Kriterien für die Ausbildung des Berufsbachelors wird festgelegt, dass das Ziel des Praktikums die Entwicklung der professionellen Kompetenzen des Studenten ist (BEK nr 113 §5 (5)). „Der klinische Unterricht sollte die Anwendung, Weiterentwicklung und Perspektivierung des theoretischen Teils der Ausbildung der Studenten sichern, damit sie die physiotherapeutischen Methoden in einem realistischen Erfahrungsraum lernen, üben und betrachten. Der klinische Unterricht soll zur Sozialisierung und Aneignung von Werten und Normen des Berufs beitragen“ (BEK nr 236, 2001, Anlage 1). Die genauen Inhalte und Regelungen rund um das Praktikum sind wiederum im Studienführer der einzelnen Ausbildungsstätte zu finden. So wird z.B. in dem Studienführer von der Polytechnischen Hochschule Esbjerg festgelegt, dass das Praktikum 28 Wochen umfasst und in vier Praktikumsperioden eingeteilt wird, welche im 4., 5., 6. und 7. Semester abgeleistet werden müssen (Polytechnic Esbjerg, 2004, p. 36). Die Ziele der einzelnen Perioden sind im Studienführer ausführlich beschrieben. Ein schematischer Überblick über die Ziele und Fertigkeiten der praktischen Ausbildung wurden in Anlehnung an die Arbeit von Dreyfus und

Dreyfus (Dreyfus, Dreyfus, 1991) dargestellt und in der folgenden Tabelle wiedergegeben:

	Level of skills	Keywords	Goals are to be achievable
1st period	Beginner	Initial meeting Structure	With help
2nd period	Advanced beginner	Relevance Reason- ing	With supervision
3rd period	Competent	Integration Clinical Reasoning	Independently

Tabelle 2: „Schematic overview of aims and skills acquisition in practical training“ (Polytechnic Esbjerg, 2004, Appendix 3, p. 6)

„The students' ability, via the acquisition of manual, pedagogical, theoretical and practical skills, to construct clinical reasoning and put this into practice will occupy a prominent position in all 3 periods of practical training. Clinical reasoning thus counts as a considerable part of the training“ (Polytechnic, Esbjerg, 2004, Appendix 3, p. 6). Besondere Beachtung sollte an dieser Stelle die 4. Praktikumsperiode finden. Als generelles Ziel der 4. Periode wird angegeben: „In their practice students must contribute to the development of physiotherapeutic intervention in co-operation with other relevant professionals“ (Polytechnic Esbjerg, 2004, Appendix 3, p. 5). Der Student bleibt in der gleichen Einrichtung wie in der 3. Periode und führt dort ein interdisziplinäres Projekt mit mindestens einer anderen Berufsgruppe durch.

Um die Ziele der Ausbildung zu erreichen, regelt das Berufsgesetz das Qualifikationsniveau der Lehrer innerhalb der Ausbildung. „Der Lehrerstab der Ausbildung muss einen Qualitätsstand haben, der höher ist als die Abschlussebene der Ausbildung. Unter Qualitätsstand ist außer pädagogischer Kompetenz, zertifizierte, theoretische, fachliche und/oder berufsmäßige Kompetenz zu verstehen“ (BEK nr 113, §5(8)). Zusätzlich ergänzt die Evaluierungsagentur – sollte es nicht genügend Lehrer mit der richtigen Qualifikation geben – dass Maßnahmen getroffen werden müssen, damit mehr Lehrer solche Qualifikationen erreichen können (Danmarks Evalueringsinstitut, 2005).

Innerhalb der Gesetzgebung werden einige grundlegende pädagogische Ansätze vorgegeben, die in jeder Umsetzung beachtet werden müssen. Zum Beispiel soll die Ausbildung so organisiert sein, dass Theorie und Praxis miteinander verbunden werden (BEK nr 236, 2001, §4). Innerhalb der Fachinhalte soll ein steigender Schwierigkeitsgrad und eine steigende Komplexität organisiert werden, so dass die Studenten langsam an die physiotherapeutischen Problemstellungen herangeführt werden (BEK nr 236, 2001, §5). Nationale und internationale Forschungsergebnisse sollen, soweit möglich, in den Unterricht Eingang finden (BEK nr 236, 2001, §6). „In dem theoretischen und praktischen Teil der Ausbildung sind Unterrichtsformen zu wählen und Lernmilieus zu schaffen, welche das Ziel haben die Selbständigkeit, Teamfähigkeit und Reflexionsfähigkeit der Studenten zu entwickeln, sowie die Fähigkeit eine fachliche Erneuerung herzustellen“ (BEK nr 236, 2001, §7(2)). „Bei der Organisation der Ausbildung, hierunter die Praktika, werden Unterrichts- und Arbeitsformen benutzt, welche die Selbständigkeit, die Teamfähigkeit und die Reflexionsfähigkeit der Studenten entwickeln. IT ist als Hilfsmittel, pädagogische Methode und Informationsvermittlung ein Teil des Unterrichts“ (BEK nr 113 §5 (7)).

Die pädagogischen Forderungen des Gesetzgebers sind z.B. im Studienführer der Ausbildungsstätte Esbjerg in die Praxis umgesetzt worden. Das Curriculum von Esbjerg ist kompetenzorientiert und soll den Studenten anleiten, die Lernverantwortung zu übernehmen. „This is manifest in, for example, the way that projects make increasing demands on students' ability to work independently in problem formulation and choice of method“ (Polytechnic Esbjerg, 2004, p. 8). Zusätzlich wird auch in der Begleitung des Praktikums zunehmend die Verantwortung an den Studenten abgegeben:

“There are three practice preparation periods in each of the 8-week periods with clinical training (semesters 4, 5 and 6).

1. The first practice preparation period is planned mainly by the teacher in consultation with the student and the clinical practice institution involved.
2. The second preparation period is planned jointly by the student and the teacher.

3. The third practice preparation period is planned by the student, with guidance from the teacher.

Follow-up after the first period for clinical practice is directed by the teacher in scheduled lessons. Follow-up after the second period of clinical practice is carried out by the students working together, and the experience gained is to be used in planning the third practice period. Follow-up after the third period of clinical practice is individual and is used in physiotherapy development work." (Polytechnic Esbjerg, 2004, p. 9)

4.1.4 Leistungsnachweis

Das Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft hat für die Prüfungsformen, Benotungen und Zeugnisse Vorschriften erlassen (BEK nr 236, §12 (4)). Innerhalb der Ausbildung Physiotherapie gibt es sechs externe Prüfungen, „wovon eine Prüfung mit dem Abschluss des 2. Semesters und eine Prüfung mit dem Abschluss des 7. Semesters (der Bachelorarbeit) stattfindet“ (BEK nr 236, 2001, §12(1)). Die anderen externen Prüfungen und die internen Prüfungen werden im jeweiligen Studienführer näher beschrieben. Im Studienführer der Fysioterapeutuddannelsen i Esbjerg (Polytechnic Esbjerg, 2004) wird das Prüfungssystem im Detail dargestellt. Im Folgenden wird die Physiotherapeutische Ausbildung Esbjerg stellvertretend für die anderen Ausbildungsstellen in Dänemark vorgestellt.

Es werden mündliche, schriftliche und praktische Prüfungen abgenommen, welche ein oder mehrere Aufgaben beinhalten. Zusätzlich kann die aktive Teilnahme an einer Lehrveranstaltung, das Praktikum oder eine Kombination von aktiver Teilnahme und einer Prüfung vorgeschrieben sein. Die Prüfungen werden mit der dänischen Notenskala von 1-13, „passed/failed“ oder „approved/not approved“ bewertet. Interne Prüfungen werden von mindestens einem Dozenten abgenommen, welcher vom Rektor der Ausbildungsstätte bestellt wurde. Die sechs gesetzlich festgelegten, externen Prüfungen werden von mindestens einem Prüfer der Bildungsstätte und einem vom Ministerium benannten Prüfer abgenommen (Polytechnic Esbjerg, 2004, p. 44). Insgesamt werden an der Ausbildungsstätte Esbjerg 12 Prüfungen abgenommen. Die sechs extern bewerteten Prüfungen finden in den folgenden Bereichen statt:

- Anatomie (Oral examination),

- Physiotherapie Theorie und Methoden: (Oral/practical examination),
- Physiologie (Oral examination),
- Manuelle Gewebeuntersuchung und Behandlung (Oral/practical examination based on cases and on-the-spot questions),
- Physiotherapie Theorie und Methoden, Psychologie, Pädagogik und Gesprächsführung (Oral examination based on a case report written during a period of clinical training in semester 6)
- Bachelorprojekt (Oral examination based on the Bachelor project) (Polytechnic Esbjerg, 2004, p. 48).

Die praktische Ausbildung wird durch verschiedene Prüfungsformen begleitet. So wird der Erfolg der ersten Praktikumsperiode durch ein „Internal test assessed by the clinical instructor at the place of practical training“ mit „pass/fail“ bewertet (Polytechnic Esbjerg, 2004, Appendix 3, p. 15). Für die 2. und 3. Periode wird eine gemeinsame mündlich-praktische Prüfung durchgeführt. Dazu muss der Student am Ende der 3. Periode eine Untersuchung am Patienten durchführen, darüber einen Bericht schreiben und eine Vorbehandlung präsentieren, die von dem Anleiter der Praktikumsstelle und einem zweiten internen Prüfer abgenommen wird (Polytechnic, 2004, Appendix 3, p. 16f). Während der Praktikumsperioden muss der Student verschiedene schriftliche Arbeiten ausführen.

Das Studium endet mit einer Bachelor-Projektarbeit. Die Bachelorarbeit wird von externen Prüfern bewertet und mit der dänischen 13-Punkt-Skala bewertet (Polytechnic Esbjerg, 2004, p. 48). Die genauen Prüfungsanforderungen für interne und externe Prüfungen wie Zeitpunkt der Prüfung, Art der Prüfung, Bewertung der Prüfung und Voraussetzungen für die Prüfung sind im Studienführer dargestellt (Polytechnic Esbjerg, 2004, p. 45f).

4.2 Deutschland

Seit 1959 gilt in Deutschland eine bundesweite Regelung für die Berufe der Physiotherapie (Grosch, 1996). Die Physiotherapie hieß in zu diesem Zeitpunkt „Krankengymnastik“ und wurde in einem zweijährigen Lehrgang unterrichtet. Im Anschluss musste eine einjährige praktische Tätigkeit nachgewiesen werden, bevor die Urkunde „staatlich geprüfter Krankengymnast“ von der aufsichtsführenden Behörde ausgegeben wurde. Die praktische Tätigkeit war un-

abhängig von dem schulischen Lehrgang und musste von den Teilnehmern selbständig organisiert werden.

4.2.1 Rechtliche Grundlagen

In 1994 wurde ein Gesetz erlassen, welches die Berufe der Physiotherapie neu regelte. Das „Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz- MPhG)“ wurde am 26. Mai 1994 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht (MPhG, 1994). Dieses Gesetz regelt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung, die Ausbildung als Masseur und medizinischer Bademeister und die Ausbildung Physiotherapie. Im gleichen Jahr wurde die „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-AprV)“ überarbeitet und am 6. Dezember 1994 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht (PhysTh-AprV, 1994).

Da die Bildungshoheit in Deutschland dezentralisiert ist, sind die aufsichtsführenden Behörden für die Ausbildung Physiotherapie je nach Bundesland unterschiedliche Institutionen. In Hessen z.B. fallen die Berufsfachschulen Physiotherapie in die Zuständigkeit des Regierungspräsidiums Darmstadt, welches wiederum dem Ministerium für Gesundheit und Soziales untersteht. In Nordrhein-Westfalen ist dies ähnlich geregelt, jedoch ist die Zuständigkeit in der Hierarchie weiter nach unten delegiert und liegt bei den einzelnen Gesundheitsämtern. In Bayern und Sachsen dagegen fallen die Schulen für Physiotherapie in die Zuständigkeit der Kultusministerien und werden von den Bezirksregierungen beaufsichtigt. Diese Unterschiede sind in verschiedenen Punkten von Bedeutung. Die oben genannten Gesetze sind Bundesgesetze, die aber von den aufsichtsführenden Behörden interpretiert werden. Aspekte der Ausbildung, die nicht vom Gesetz geregelt sind, werden entweder von der Behörde oder von der einzelnen Ausbildungsstätte entschieden. Dies führt dazu, dass die Ausbildungsbedingungen zwischen den einzelnen Bundesländern, trotz einheitlicher Grundlage, sehr unterschiedlich sind.

Als Beispiel kann hier die Betreuung der Schüler in der praktischen Ausbildung am Patienten dienen. Das Gesetz besagt in §9: „Schulen, die nicht an einem Krankenhaus angeschlossen sind, haben die praktische Ausbildung im Rahmen einer Regelung mit Krankenhäusern oder anderen geeigneten medizinischen

Einrichtungen sicherzustellen“ (MPhG, §9). Der §9 wird durch §17 ergänzt und dort heißt es: „Findet die Ausbildung als Physiotherapeut (§9) an einer Schule statt, die nicht an einem Krankenhaus eingerichtet ist, kann abweichend von §9 Satz 1 und 3 die praktische Ausbildung bis zur Dauer von zwölf Monaten auch als praktische Tätigkeit außerhalb des Lehrgangs an einem zur Annahme von Praktikanten ermächtigtem Krankenhaus unter Aufsicht eines Krankengymnasten oder eines Physiotherapeuten und unter ärztlicher Verantwortung durchgeführt werden.“ Im Gesetz ist nicht geregelt, wie genau die Schüler im Praktikum angeleitet werden. Das niedersächsische Kultusministerium legt in den „Mindestanforderungen an Lehranstalten für nichtärztliche Heilberufe“ fest, „das Zahlenverhältnis zwischen Anleiterin/Anleiter und Schülerin/Schüler soll in den Fachbereichen Chirurgie, Innere Medizin, Neurologie, Pädiatrie sowie akute bzw. operative Orthopädie 1:4 nicht überschreiten“ (Kultusministerium Niedersachsen, 1996). Im weiteren Verlauf wird ausgeführt, dass „in anderen Bereichen, wie z.B. der Gynäkologie, Psychiatrie sowie Geriatrie und orthopädische Rehabilitation, ein Zahlenverhältnis von 1:6 vertretbar“ ist (Kultusministerium Niedersachsen, 1996, 3.4.6). Das hessische Regierungspräsidium Darmstadt dagegen führt in der „Staatlichen Anerkennung von Lehranstalten für die Fachberufe des Gesundheitswesens“ aus, dass das „Verhältnis der Praxisanleiter zu Praktikanten nicht größer als 1:2 sein“ darf (Regierungspräsidium Darmstadt, 1999, Pkt.9.). Zusätzlich wird im gleichen Absatz erwähnt, dass Lehrkräfte der Schule pro Woche eine regelmäßige, mindestens zweistündige Betreuung der Praktikanten in der medizinischen Einrichtung leisten müssen. Dieser Aspekt bleibt in Niedersachsen unberücksichtigt. Der dargestellte Unterschied in der Praktikumsbetreuung ist nur einer von vielen Punkten in der unterschiedlichen Auslegung des MPhGs. Somit verursachen die unklare Gesetzgebung und die Interpretation durch die Behörden in Deutschland Unterschiede in den Qualitätsansprüchen und in der Durchführung der Ausbildung, aber auch in den daraus resultierenden finanziellen Aufwendungen der einzelnen Bildungseinrichtungen.

4.2.2 Institutionalisierung

Die Ausbildung Physiotherapie wird nur an staatlich anerkannten Schulen angeboten. In Deutschland gibt es mindestens 243 staatlich anerkannte Ausbil-

dungsstätten für Physiotherapie (ZVK, 2004). Es ist auffällig, dass sich in den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen mehr als doppelt so viele Ausbildungsplätze pro Einwohner finden lassen wie z.B. in Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein, Bayern und Baden-Württemberg (Tabelle 3). Über die Bedingungen zur Eröffnung einer Ausbildungsstätte gibt es im Gesetz keine Angaben.

Absolventen der Ausbildung Physiotherapie pro Jahr/Einwohner

Bundesland	Anzahl der PT Schulen*	Absolventen pro Jahr**	Einwohner (2004)***	Einwohner / Absolventen pro Jahr
Baden-Württemberg	27	790,29	10 693 000	13 530,48
Bayern	26	761,02	12 423 000	16 324,14
Berlin	7	204,89	3 388 000	16 535,70
Brandenburg	7	204,89	2 575 000	12 567,72
Bremen	2	58,54	663 000	11 325,59
Hamburg	4	117,08	1 734 000	14 810,39
Hessen	16	468,32	6 089 000	13 001,79
Mecklenburg-Vorpommern	10	292,7	1 732 000	5 917,32
Niedersachsen	32	936,64	7 993 000	8 533,69
Nordrhein-Westfalen	41	1200,07	18 080 000	15 065,79
Rheinland-Pfalz	16	468,32	4 059 000	8 667,15
Saarland	3	87,81	1 061 000	12 082,90
Sachsen	17	497,59	4 321 000	8 683,86
Sachsen-Anhalt	15	439,05	2 523 000	5 746,50
Schleswig-Holstein	6	175,62	2 823 000	16 074,48
Thüringen	14	409,78	2 373 000	5 790,91
Deutschland	243	7112,61	82 532 000	11 603,61

* Schulen für Physiotherapie, Mitteilung des Zentralverbandes (ZVK, 2004)

** Errechnet aus den Daten der Fragebogenerhebung: Summe der Schülerzahl aller Schulen / Anzahl der Fragebögen / 3 Jahre Ausbildung x Anzahl der PT Schulen im Bundesland

*** www.statistikportal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtab1.asp; 30.08.05

Tabelle 3: Absolventen der Ausbildung Physiotherapie pro Jahr und Einwohner der einzelnen Bundesländer in Deutschland

Die Ausbildungs- und Prüfungsordnung von 1994 sieht vor, dass die Ausbildung drei Jahre dauert und die praktische Ausbildung am Patienten mit dem

Unterricht der theoretischen Inhalte besser verbunden wird. Der Abschluss, der nach der dreijährigen Ausbildung erreicht wird, heißt „Physiotherapeut“ bzw. „Physiotherapeutin“. Die Urkunde über den Titel und das Recht zum Tragen der Berufsbezeichnung wird auch nach der neuen Prüfungsordnung von der aufsichtsführenden Behörde vergeben (Raps, 2003).

Aufbauend auf eine abgeschlossene Ausbildung werden seit 2001 Physiotherapie-Studiengänge an Fachhochschulen angeboten. Auf diesem Weg können die Abschlüsse Bachelor, Diplom oder Master erworben werden (Elzer, Sciborski, 2005).

Das Berufsgesetz regelt den Zugang zur Ausbildung und die Vergabe der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Physiotherapeut“ bzw. „Physiotherapeutin“.

„Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung nach §9 ist,

3. die Vollendung des 17. Lebensjahres und die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufs und
4. der Realschulabschluss oder eine gleichwertige Ausbildung oder eine andere abgeschlossene zehnjährige Schulbildung, die den Hauptschulabschluss erweitert oder eine nach Hauptschulabschluss oder einem gleichwertigen Abschluss abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer (MPhG, 1994, §10).

Die Führung der Berufsbezeichnung bedarf einer Erlaubnis, und die Erlaubnis wird auf schriftlichen Antrag unbefristet erteilt,

„wenn der Antragsteller

1. die vorgeschriebene Ausbildung abgeleistet und die staatliche Prüfung bestanden hat,
2. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt,
3. nicht wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche seiner geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufs unfähig oder ungeeignet ist“ (MPhG, 1994, §2).

4.2.3 Curriculum

Das Gesetz gibt wenig Informationen über den Ablauf der dreijährigen Ausbildung. In §1 der Ausbildungs- und Prüfungsordnung (PhysTh-AprV, 1994) ist festgelegt, dass die Ausbildung mindestens 2900 Stunden Unterricht und eine praktische Ausbildung von 1600 Stunden umfasst. In Anlage 1 der PhysTh-AprV werden die Unterrichtsfächer und die Mindeststundenzahlen genannt, aber es wird kein Ablauf für die theoretischen Fächer und praktischen Inhalte vorgegeben oder empfohlen. Dagegen wird das schriftliche, mündliche und praktische Staatsexamen, welches am Ende der Ausbildung steht, sehr detailliert dargestellt.

Die PhysTh-AprV benennt in Anlage 1 die Unterrichtsfächer der Ausbildung mit groben Inhaltsangaben und einer Mindeststundenzahl. Die 2900 Stunden werden auf 20 Fächer verteilt, wobei die Stundenzahl pro Fach zwischen 20 und 700 variiert.

Für die praktische Ausbildung am Patienten wird festgelegt, dass dieser Teil in „Krankenhäusern oder anderen geeigneten medizinischen Einrichtungen in den medizinischen Fachgebieten: Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie, Pädiatrie, Psychiatrie und Gynäkologie“ mit vorgegebenen Mindeststundenzahlen stattfinden muss (PhysTH-AprV, 1994, Anlage 1 Teil B). Es gibt 240 Stunden für die freie Verteilung auf die angegebenen Fachgebiete und zusätzliche 80 Stunden, die für sonstige Einrichtungen und Exkursionen vorgesehen sind. Was genau die Schüler in der praktischen Ausbildung tun sollen ist nicht weiter differenziert. Der Inhalt der praktischen Ausbildung obliegt somit der aufsichtsführenden Behörde oder der Ausbildungsstätte.

Sowohl das Berufsgesetz, als auch die Ausbildungs- und Prüfungsordnung (PhysTh-AprV, 1994) machen keine Angaben zu der Qualifikation der Lehrkräfte. Indirekt lässt sich aus der Auflistung der Mitglieder des Prüfungsausschusses in §3 der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Physiotherapeuten ableiten, dass Unterrichtsveranstaltungen bei Ärzten, Physiotherapeuten, Diplom-Medizinpädagogen oder Medizinpädagogen mit einer abgeschlossenen Ausbildung als Physiotherapeut“ (§3.3) stattfinden sollten. Ansonsten gibt die ge-

setzliche Grundlage keine Hinweise auf die Qualifikation der Lehrkräfte, so dass auch dieser Punkt im Ermessen der aufsichtsführenden Behörde liegt, welches wiederum zu deutlichen Unterschieden zwischen den Bundesländern beiträgt.

Weder das Berufsgesetz noch die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Physiotherapeuten geben einen Hinweis über die Art des Unterrichts. Alle pädagogischen Aspekte sind ausgeklammert. Um diese Lücke zu füllen und die gegebenen Mindeststundenzahlen in guter Methodik /Didaktik mit aktuellen Inhalten zu füllen, sind unter dem gleichen Gesetz zwei verschiedene Curricula entstanden. Ein Curriculum wurde von dem deutschen Berufsverband ZVK in Zusammenarbeit mit dem Erziehungswissenschaftlichen Seminar der Universität Heidelberg entwickelt. Dieses Curriculum liegt seit 2006 in einer überarbeiteten Form vor (ZVK, 2006), es ist allen Schulen zugänglich und hat einen empfehlenden Charakter. Bayern hat als einziges Bundesland ein eigenes Curriculum entwickelt, welches 1997 veröffentlicht wurde und für die Physiotherapieschulen in Bayern seither bindend ist (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 1997).

Im Vergleich der beiden Curricula muss festgestellt werden, dass in beiden Curricula die Methoden der Vermittlung nicht erwähnt werden. Beide Curricula beschreiben sehr detailliert die Lernziele und die Lerninhalte und geben den Lehrenden auch Hinweise auf Literatur und Materialien oder die inhaltliche Verknüpfung zwischen den Lernzielen einzelner Fächer. Im bayrischen Curriculum wird angegeben, welche Lernziele in welchem Ausbildungsjahr gelehrt werden und wie die Fächer über die Jahre verteilt und mit den praktischen Anteilen integriert werden sollen. Dieser Aspekt fehlt im dem Curriculum des ZVK.

4.2.4 Leistungsnachweis

Für die dreijährige Ausbildung, die als Vorbereitung für ein abschließendes Staatsexamen dient, gibt es im Gesetz nur einen indirekten Hinweis auf Prüfungen. In §1 (4) der PhysTh-AprV steht: „Die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme an den Ausbildungsveranstaltungen nach Absatz 1 oder 2 ist durch eine Bescheinigung nach dem Muster in Anlage 4 nachzuweisen“ (PhysTh-

AprV, 1994). Wie die erfolgreiche Teilnahme geprüft wird, unterliegt der Entscheidung der aufsichtsführenden Behörde oder der einzelnen Ausbildungsstätte. In der Regel werden in den einzelnen Fächern schriftliche, mündliche oder praktische Prüfungen durchgeführt in Anlehnung an die Situation, die der Teilnehmer später im Staatsexamen erfährt. Das die Ausbildung abschließende Staatsexamen ist mit seinen Fächern und Prüfungsmodalitäten recht genau durch die PhysTh-AprV geregelt. Es gibt im Staatsexamen vier schriftliche Prüfungen, die jeweils mehrere Fachinhalte umfassen (PhysTh-AprV, §12 (1)). Weiter werden die Teilnehmer in den drei Fächern, Anatomie, Physiologie und Spezielle Krankheitslehre mündlich geprüft (PhysTh-AprV, §13). Der praktische Teil der Prüfung bezieht sich auf fünf Fächer (Behandlungstechniken, Bewegungstherapie, Massagetherapie, Elektrotherapie und Hydrotherapie) und die Vorbehandlung von zwei Patienten (PhysTh-AprV, §14). Die Prüfungen werden mit den Noten 1-5 bewertet und in den Ergebnissen zu jeweils einer schriftlichen, einer mündlichen und einer praktischen Note zusammengezählt. Der Absolvent erfährt über sein Zeugnis nur die drei Gesamtnoten der schriftlichen, mündlichen und praktischen Examina.

4.3 Österreich

In Österreich gibt es Tendenzen zu Reformen. Mit der Gesetzesnovelle von 2005 werden die Diplomstudiengänge Physiotherapie, die „nicht im regulären tertiären Bildungswesen integriert“ sind (Physio Austria, 2004), in Bachelorbabschlüsse weiterentwickelt, die eine direkte Weiterbildung auf Universitäts-ebene ermöglichen. In dieser Studie werden allerdings noch die Diplomstudiengänge Physiotherapie betrachtet.

4.3.1 Rechtliche Grundlagen

Die Physiotherapie gehört in Österreich zu der Berufsgruppe der „gehobenen medizinisch-technischen Dienste“. Diese Berufsgruppe ist unter anderem in ihrer Berufsausübung, der Ausbildung und Prüfung und der Fort- und Sonderausbildung durch das „Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz)“ (MTD-Gesetz, 1992) reglementiert. Daneben gibt es die Ausbildungsverordnung „Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz betreffend die

Ausbildung in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten (MTD-Ausbildungsverordnung – MTD-AV)“ (MTD-AV, 1993). Die aufsichtsführende Behörde für die medizinisch-technischen Dienste ist das Österreichische Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz.

4.3.2 Institutionalisierung

Die Ausbildung zum Physiotherapeuten findet in Österreich an medizinisch-technischen Akademien statt, die für die jeweiligen Fachrichtungen einzurichten sind (MTD-Gesetz, 1992, §13). In Österreich bestehen derzeit 15 Akademien, welche ausschließlich oder unter anderem die Fachrichtung Physiotherapie anbieten. Pro Jahr schließen ca. 350 Absolventen die Ausbildung Physiotherapie ab (European Region of WCPT, 2005). Das Gesetz regelt in §15, dass Akademien nur mit Genehmigung des Landeshauptmannes errichtet und geführt werden dürfen. Eine Akademie muss laut Gesetz „die für die Abhaltung des theoretischen und praktischen Unterrichtes erforderlichen Räumlichkeiten und Lehrmittel zur Verfügung“ stellen (MTD-Gesetz, 1992, §15.1), die erforderlichen Lehrkräfte stellen (MTD-Gesetz, 1992, § 4.1 und §15.2), an eine Krankenanstalt angeschlossen sein (MTD-Gesetz, 1992, §14.1) und von einem Arzt medizinisch-wissenschaftlich geleitet werden (MTD-Gesetz, 1992, §14.2), wobei die fachspezifische und organisatorische Leitung einem fachlich und pädagogisch geeigneten Direktor, der die Berufsberechtigung zur Ausübung der Physiotherapie besitzt (MTD-Gesetz, 1992, §14.3) obliegt.

Die österreichische Ausbildung für den physiotherapeutischen Dienst dauert drei Jahre (MTD-Gesetz, 1992, §18) und führt zu einer Tätigkeit mit der Berufsbezeichnung: „Diplomierte Physiotherapeutin“ – „Diplomierter Physiotherapeut“ (MTD-Gesetz, 1992, §10.1). Seit Juli 2005 gibt es eine Ergänzung des MTD-Gesetzes. In dieser Ergänzung wird festgelegt, dass die Berufsbezeichnung nun „Physiotherapeutin“ – „Physiotherapeut“ lautet (MTD-Gesetz, 2005, Artikel 1.5 (1)). Der Diplomabschluss bot den Absolventen keine Möglichkeit der direkten Weiterbildung auf Universitätsebene. Der neue Abschluss, der mit einem neuen Studienkonzept einhergeht, ermöglicht es, durch ein ergänzendes Studium den Masterabschluss zu erreichen, der jetzt in verschiedenen Spezialisierungen in Österreich angeboten wird.

Das Gesetz regelt neben dem Titel auch die Berufsberechtigung, die Berufsausübung und die Aufnahme an der medizinisch-technischen Akademie. Die Bedingungen für die Berufsberechtigung sind: Eigenberechtigung, körperliche, geistige Eignung und Vertrauenswürdigkeit, sowie die erfolgreiche Teilnahme an der entsprechenden Ausbildung und an den Diplomprüfungen. Zusätzlich werden die für die Berufsausübung erforderlichen Sprachkenntnisse gefordert (MTD-Gesetz, 1992, §3.1).

Für die „Aufnahme in eine medizinisch-technische Akademie“ (MTD-Gesetz, 1992, §16) ist vom Bewerber nachzuweisen, dass er die nötige körperliche, geistige und gesundheitliche Eignung, die Unbescholtenheit und die Reifeprüfung einer allgemein bildenden höheren Schule hat. Zusätzlich müssen Bewerber für den physiotherapeutischen Dienst die notwendige körperliche Eignung durch einen Eignungstest an der Akademie nachweisen. Über die Aufnahme des Bewerbers an der Akademie entscheidet eine Kommission, deren Zusammensetzung (mind. 5 Personen) in §17 des MTD-Gesetzes genau festgelegt ist.

4.3.3 Curriculum

Die österreichische Ausbildungsverordnung gibt nur zum Teil genaue Bestimmungen über den Ablauf der Ausbildung. Es wird in der Ausbildungsverordnung z.B. festgelegt, wieviel Stunden eines Faches in welchem Ausbildungsjahr unterrichtet werden sollen und in welchem Jahr die Prüfung stattfinden soll. Das Fach „Physikalische Medizin und Rehabilitation“ wird z.B. mit 20 Stunden im 2. Jahr und mit 40 Stunden im 3. Jahr unterrichtet. Es ist festgelegt, dass im ersten Jahr 1170 Stunden unterrichtet werden sollen und in den folgenden 2 Jahren zwischen 640 und 680 Stunden. Die Pflichtpraktika finden in den letzten zwei Jahren der Ausbildung statt. Die genaue Verteilung der Praktika bleibt im Gesetz offen und somit den Ausbildungsstätten überlassen (MTD-AV, 1993, Anlage 1/Teil A).

Im Gesetz werden 23 Gebiete genannt, die in der dreijährigen theoretischen und praktischen Ausbildung gelehrt werden sollen (MTD-Gesetz, 1992, §17). Der theoretische Unterricht umfasst mindestens 2525 Stunden. In Anlage 1/Teil A der Ausbildungsverordnung werden den Unterrichtsinhalten entspre-

chende Stundenzahlen in den einzelnen Jahren zugeordnet. Die Inhalte reichen von den medizinischen Grundlagen über die physiotherapeutischen Techniken bis hin zu physiotherapeutischen Anwendungsverfahren. Darüber hinaus umfasst die Ausbildung die Einführung in angrenzende Berufsfelder und das Training von allgemeinen Fähigkeiten wie EDV, medizinisches Englisch und Grundzüge der Betriebsführung. Insgesamt sind 35 Stunden für Exkursionen und Gastvorträge eingeplant.

Die praktische Ausbildung umfasst mindestens 2000 Stunden. Davon sind 1400 Stunden für Pflichtpraktika vorgesehen. Die Inhalte der Pflichtpraktika sind:

- „Allgemeine Krankenpflege im Ausmaß von 80 Stunden,
- Geriatrie,
 - Gynäkologie und Geburtshilfe,
 - Innere Medizin,
 - Neurologie,
 - Orthopädie,
 - Kinderheilkunde,
 - Psychiatrie und Psychosomatik,
 - Physikalische Medizin,
 - Unfallchirurgie“ (MTD-AV, 1993, Anlage1/TeilB).

Die genaue Verteilung der Praktikumsstunden auf die Ausbildungsjahre oder auf die oben genannten Inhalte ist im Gesetz nicht festgelegt und bleibt somit den Ausbildungsstätten überlassen. Neben den Pflichtpraktika gibt es die Wahlpraktika von mindestens 600 Stunden. Die Studenten können aus sieben Gebieten vier auswählen. Die Wahlbereiche sind: „Arbeitsmedizin, Chirurgie, Intensivmedizin, Kardiologie, Onkologie, Pulmologie, Rheumatologie“ (MTD-AV, 1993, Anlage1/TeilB).

Neben den medizinischen Gebieten der Praktika sind im Gesetz keine weiteren Einzelheiten beschreiben. So werden die Praktikumsbetreuung oder die Aufgaben der Praktikanten während der Praktikumszeit nur indirekt angegeben. In §12 „Praktische Ausbildung“ der MTD-AV wird angegeben, in der „praktischen Ausbildung hat die Ergänzung der theoretischen Ausbildung und die Umsetzung der theoretischen Ausbildung in die Berufspraxis zu erfolgen“ (MTD-AV,

1993, §12(1)). Die praktische Ausbildung erfolgt unter der Betreuung von Lehrperson und den Personen der Praktikumsstelle (MTD-AV, 1993, §13).

An verschiedenen Stellen des MTD-Gesetzes wird die Qualifikation der Lehrkräfte angesprochen. So heißt es in §15.2, dass die Lehrkräfte sowohl „fachlich als auch pädagogisch geeignet“ sein sollen, als auch „über die nötige Berufserfahrung verfügen“ sollen. In §14 dieses Gesetzes wird angesprochen, dass ein Arzt die Akademie leiten und der Fachbereich von einem fachlich und pädagogisch geeignetem Direktor mit der nötigen Berufserfahrung organisiert und geleitet werden soll. Unter §32 Sonderausbildung (MTD-Gesetz, 1992) ist vorgeschrieben, dass unter anderem für Lehr- und Unterrichtstätigkeiten Kurse einzurichten sind. Das Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz ist die aufsichtsführende Behörde für diese Kurse. So wird z.B. in der „Satzung des Universitätslehrganges für lehrendes Personal im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten“ (Johannes-Kepler-Universität Linz, 2001) festgelegt, dass der Universitäts-Lehrgang für lehrendes Personal im Gesundheitsbereich 4 Semester umfasst und mit Prüfungen abschließt. Für die Teilnahme an diesen Kursen muss der Teilnehmer ein Diplom eines Gesundheitsberufes vorlegen, eine dreijährige Berufspraxis und mindestens sechs Monate Unterrichtstätigkeit nachweisen. Der erfolgreiche Absolvent erhält die Bezeichnung: „Akademische Lehrerin/akademischer Lehrer im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege“ oder „Akademische Lehrerin/akademischer Lehrer im gehobenen medizinisch-technischen Dienst“. Neben dem Titel hat der Kurs als Ziel: „die Erlangung von sozialer und pädagogischer Kompetenz“ und die „Vertiefung der berufsspezifischen Fachkompetenz an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege, medizinisch-technischen Akademien und anderen Schulen für Gesundheitsberufe.“ (Johannes-Kepler-Universität Linz, 2001; 1) In der MTD-Ausbildungsverordnung (MTD-AV, 1993) werden die Qualifikationen und Aufgaben von dem Direktor der Akademie und seinem Stellvertreter (MTD-AV §1), der medizinisch-wissenschaftlichen Leitung und deren Stellvertretung (MTD-AV §2) und dem Lehrpersonal (MTD-AV §3) genau festgelegt. In der Anlage zur Ausbildungsverordnung wird für jedes Unterrichtsfach die formale Qualifikation des Lehrpersonals dargelegt. So soll z.B. das Fach „Erste

Hilfe und Verbandslehre“ von einer Ärztin/Arzt oder einer fachkompetenten Person unterrichtet werden (MTD-AV, 1993, Anlage1/TeilA). Das Qualifikationsspektrum reicht unter anderem von „Ärztin/Arzt“ und „Diplomierte Physiotherapeutin/Diplomierter Physiotherapeut“ über „Sportlehrerin/Sportlehrer“ bis hin zur „fachkompetenten Person“.

Innerhalb der MTD-Gesetze wird die Methode des Unterrichts nicht festgelegt. Somit mussten die Akademien dies selbst bestimmen. In 2004 hat das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) die „Curricula MTD Physiotherapeutischer Dienst“ (ÖBIG, 2004) herausgegeben. Das Curriculum ist seit 2005 für die Akademien zugänglich und hat einen empfehlenden Charakter. Das Ausbildungsziel ist innerhalb des Curriculums in Form von Kompetenzen beschrieben. Die fachlich-methodischen, wissenschaftlichen und sozial-kommunikativen und berufsspezifischen (Selbst-) Kompetenzen wurden mit Kompetenzerwerbsstufen versehen, die festlegen, in welchem Umfang die Kompetenzen innerhalb der Grundausbildung erworben werden. Die drei Kompetenzerwerbsstufen umfassen: K.....kennen gelernt, G.....geübt und B.....beherrscht (ÖBIG, 2004, S. 16-17).

Innerhalb der Curricula MTD Physiotherapeutischer Dienst Kapitel 2.2 „Spartenübergreifende pädagogisch-didaktische Leitlinien“ (ÖBIG, 2004, S. 19) sind Leitlinien definiert, die eine Lehrerfortbildung nicht ersetzen, aber Hinweise geben, wie die Inhalte aufbereitet und vermittelt werden sollen. Die Leitlinien umfassen Ausführungen zu den folgenden übergeordneten Punkten:

- Situationsorientiert versus gegenstandsorientiert
- Handlungsorientiert versus reine Wissensvermittlung
- Prinzip des Exemplarischen (Mut zur Lücke) versus Vollständigkeit
- Schulung und Förderung des eigenständigen Wissenserwerbs (lebenslanges Lernen – „lifelong learning“)
- Definition von Lernorten
- Didaktische Vielfalt
- Fächerübergreifende Prüfungsformen
- Individuelle Lernförderung

Als Ergänzung zu den Leitlinien werden in einem Exkurs verschiedene Lehrmethoden vorgestellt (ÖBIG, 2004, S. 23-26). Folgende Methoden werden mittels

der Beschreibung der Methode, der Angabe, welche Kompetenz gefördert wird, und der notwendigen Lehrkompetenz beschrieben und zur Anwendung empfohlen:

- Problemorientierter Unterricht
- Projektunterricht
- Frontalunterricht
- Exkursion
- Umfrage/Interview/Erkundung
- Rollenspiel
- Arbeit mit Texten und Büchern, Referate
- Diskussion
- Praktische Übungen

Innerhalb des Curriculums für den Physiotherapeutischen Dienst findet sich für jedes Unterrichtsfach eine Tabelle mit einer genauen Beschreibung der Lehrziele, der Inhalte und eines methodisch-didaktischen Kommentars. In der letzten Spalte werden für jedes Fach Empfehlungen zur Lehrform gemacht. So wird z.B. im Fach „Spezielle Anatomie inkl. Anatomie in vivo UF5“ vorgeschlagen: „Mediengestützter, problemzentrierter Vortrag (mit Fallbeispielen); Anschauungsmaterial/Präparate, Selbststudium/Referate, Übungssequenz (z.B. praktisches Arbeiten aneinander), Herstellen von Modellen“ (ÖBIG, 2004, S. 69). In einem praktischen Fach gibt es andere methodisch-didaktische Kommentare, z.B. in dem Fach „Wahrnehmungs-, Haltungs-, Bewegungsschulung UF8: Konzeptfrei, Als Selbsterfahrung (nicht therapeutisch), Reflexion des Selbsterfahrung, Gruppendiskussion“ (ÖBIG, 2004, S. 75).

4.3.4 Leistungsnachweis

Die Ausbildungsverordnung (MTD-AV, 1993) legt in dem 2. Hauptstück unter anderem die Art der Prüfungen, die Bewertung der Prüfungen und weitere Details zur Wiederholbarkeit von Prüfungen bzw. den Praktika fest. Während der Ausbildung gilt es, mündliche oder schriftliche Prüfungen abzulegen, die „sich auch auf den praktischen Nachweis der Beherrschung der Fertigkeiten (zu) erstrecken, die für die Ausübung des Berufes erforderlich sind“ (MTD-AV, 1993, §14 (4)). Daneben gibt es Fächer, bei denen nur eine verpflichtende Teilnahme erforderlich ist (§14 (1)). Die Leistungen der Studenten im theore-

tischen und praktischen Teil der Ausbildung werden mit den Noten 1-5 bewertet, wobei die Leistungen des Praktikums nur mit den drei Noten „ausgezeichnet bestanden“, „bestanden“ oder „nicht bestanden“ bewertet werden (MTD-AV, 1993, §15). In Anlage 1/Teil A der MTD-AV (1993) ist festgelegt, welches Fach in welchem Jahr geprüft wird. In der Ausbildung Physiotherapie gibt es als „Art der Prüfung“ nur „Einzelprüfungen“ und die „verpflichtende Teilnahme“. Es ist nicht festgelegt, wie die Einzelprüfung zu erfolgen hat. Für die praktische Ausbildung ist im Gesetz festgelegt, dass es eine Bewertung gibt. Es ist aber nicht zu erkennen, nach welchen Kriterien oder Prüfungsverfahren die Bewertung erfolgt (MTD-AV, 1993, §15(3)).

Am Ende der Ausbildung muss der Student eine Diplomarbeit schreiben und eine Diplomprüfung absolvieren. Die Diplomarbeit wird im letzten Ausbildungsjahr angefertigt. Der Mindestumfang wird von jeder Akademie eigenständig festgelegt. Auch über den Bearbeitungszeitraum gibt es keine allgemeingültigen Regelungen (MTD-AV, 1993, §23). Die Diplomprüfungen dürfen frühestens vier Monate vor dem Ende des 3. Ausbildungsjahres abgenommen werden, wobei die letzte Prüfung in den letzten zwei Wochen des Ausbildungsjahres liegen muss (MTD-AV, 1993, §24). Die Diplomprüfung für den physiotherapeutischen Dienst umfasst drei Prüfungen aus den unterschiedlichen Gebieten der Fächer: Physiotherapie in den Bereichen der Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation, mindestens eine Befunderhebung und Behandlung von einem Patienten und die Rechtfertigung der Diplomarbeit (MTD-AV, 1993, §32). Das Diplom schließt in einer Gesamtwertung „mit ausgezeichnetem Erfolg“ oder „mit Erfolg“ ab. In der Verordnung hinterliegen die genauen Bedingungen für diese Bewertungen (MTD-AV, 1993, §31).

4.4 Finnland

In Finnland kann an Polytechnischen Hochschulen seit 1992 Physiotherapie studiert werden. Somit kann die finnische Physiotherapie auf eine lange Hochschulerfahrung im Bereich Physiotherapie zurückblicken.

4.4.1 Rechtliche Grundlagen

Die aufsichtsführende Behörde für alle Programme der Polytechnischen Hochschulen ist das „Ministry of Education“. Die polytechnischen Hochschulen

gründen „on the law (Polytechnics Act 351/2003) and the statute (Government Decree on Polytechnics (352/2003)) and the operating license decision made by the Council of State on 5th February 1999“ (Pirkanmaan, 2004). Auf Antrag entscheidet das Ministerium, welche „degree programmes“ von einer Polytechnischen Hochschule angeboten werden.

4.4.2 Institutionalisation

Die berufszulassende Ausbildung Physiotherapie wird in Finnland seit 1992 im tertiären Bildungssektor angeboten. Seit 1992 kann an Polytechnischen Hochschulen Physiotherapie studiert werden. In Finnland gibt es 17 Ausbildungsstätten für Physiotherapie. In jedem Jahr erwerben ca. 350 Physiotherapeuten den berufseinsteigenden Bachelorabschluss (European Region of WCPT, 2005). Der Studiengang Physiotherapie wird mit 210 Credits (3,5 Jahre) auf Bachelorniveau angeboten. Der erworbene Abschluss heißt in der Regel: „Bachelor of Science“. Es werden aber zum Teil abweichende Titel vergeben, z.B. an der Polytechnischen Hochschule in Pirkanmaan der „Bachelor of Health Care“ (Pirkanmaan, 2004). Aufbauend auf dem Bachelorabschluss wird ein Masterniveau angeboten, welches zu Dozenten- und Forschungstätigkeiten qualifiziert. Zusätzlich kann nach dem Masterabschluss ein „Licentiate“ oder eine Promotion angeschlossen werden. Das „Licentiate“ berechtigt zu direktem Patientenkontakt ohne vorherige Überweisung vom Arzt.

Neben den akademischen Ausbildungsstrukturen bietet der finnische Physiotherapeutenverband eine Vielzahl von Weiterbildungsmöglichkeiten, um die fachliche Qualifikation zu erhalten, zu erweitern oder die Leitungsfähigkeiten zu trainieren. Physiotherapeutische Fortbildung im Kurssystem wird auch durch die polytechnischen Hochschulen, die Universitäten und andere Anbieter angeboten.

Die Zulassungskriterien für eine Polytechnische Hochschule in Finnland setzen den Abschluss der 12jährigen Schulphase voraus. „General or vocational upper secondary education. The requirement is a Finnish matriculation certificate, i.e. an upper secondary school leaving certificate, a basic vocational qualification, or an equivalent international or foreign qualification“ (Ministry of Education Finland, 1999).

Das National Board of Education verwaltet das nationale Bewerbungssystem für die polytechnischen Hochschulen. Daneben hat jede Hochschule eigene Anforderungen an die Studenten, welche von jeder Hochschule individuell ausgesucht werden. Die Auswahl der Studenten erfolgt auf der Grundlage von Schulleistungen, der Arbeitserfahrung und einem Eingangstest (Ministry of Education Finland, 1999).

4.4.3 Curriculum

Das Studium Physiotherapie umfasst an allen Hochschulen 210 ECTS-Credits und wird in der Regel nach 3,5 Jahren abgeschlossen. Alle Studienprogramme sind in Halbjahre/Semester eingeteilt, wobei es an einigen Hochschulen, z.B. Jyväskylä Polytechnic, eine weitere Unterteilung des Semesters in Blöcken zu acht bis neun Wochen gibt (Jyväskylä Polytechnic, 2005). Gemeinsam ist allen angebotenen Studiengängen, dass sich die Studieninhalte auf grundlegende Studien (Basic Studies), spezialisierte Studien (Professional Studies), Wahlbereiche (Electives), Praktika (Placements) und die Bachelorarbeit (Bachelor Thesis) aufteilen. Wie die einzelnen Studienangebote auf die Studiendauer von 3,5 Jahren verteilt werden, obliegt jeder einzelnen Hochschule.

Die Gewichtung der einzelnen Studieninhalte ist sehr unterschiedlich, allein die Gewichtung des Wahlbereichs und der Bachelorarbeit sind in fast allen untersuchten Studienprogrammen gleich (Tabelle 4).

Polytechnic*	Basic studies	Basic Prof. Studies	Prof. studies	Ges. Prof. Studies	Electives	Placement	Bachelor Thesis	Overall
Carelia; SCP ¹	26	37	72	109	15	45 (+20)	15	210
Helsinki Stadia ²	135				15	45	15	210
Jyväskylä ³	30	30	86	116	15	34	15	210
Lahti ⁴	22	25	73	98	15	60	15	210
Laurea ⁵	30	105		105	15	45	15	210
Mikkeli ⁶	22	68+15		83	15	75	15	210
Oulo ⁷	24	33	73,5	106,5	15	49,5	15	210
Pirkanmaan ⁸	10	93		93	10	82	15	210
Rovaniemi ⁹	15	56	59	115	15	50	15	210
Mini – Max	10-30	25-56	59-86	83-116	10-15	34-82	15	210
Durchschnitt	22,43			103,18	14,38	56,17	15	210

(*Quellen: ¹South Carelia Polytechnic, 2005; ²Helsinki Polytechnic Stadia, 2005a; ³Jyväskylä Polytechnic, 2005; ⁴Lahti Polytechnic, 2005; ⁵Laurea Polytechnic, 2005; ⁶Mikkeli Polytechnic, 2005; ⁷Oulo Polytechnic, 2005; ⁸Pirkanmaan Polytechnic, 2005; ⁹Rovaniemi Polytechnic, 2005)

Tabelle 4: Aufbau der finnischen Studiengänge Physiotherapie in ECTS-Credits

Die theoretischen Inhalte (Basic Studies, Prof. Studies und Electives) haben im Durchschnitt einen Umfang von 140 ECTS-Credits, dies entspricht etwa 67% der Ausbildung. Davon sind etwa 22,43 ECTS-Credits für die Basisausbildung vorgesehen, die sich inhaltlich mit Sprachen, Computer-Skills, Kommunikation und gemeinsamen Inhalten von Pflege und Sozialarbeit beschäftigt (Lahti Polytechnic, 2005; Helsinki Polytechnic Stadia, 2005). Die speziellen physiotherapeutischen Inhalte umfassen im Durchschnitt 103,18 ECTS-Credits. In den Studienführern werden sehr ausführlich alle Bereiche von Anatomie und Physiologie über das Bewegungslernen, bis hin zur physiotherapeutischen Anwendung in den verschiedenen Bereichen dargestellt. Nicht ganz transparent ist, welche theoretischen Inhalte zusätzlich praktische Anteile am Patienten enthalten. So stellt z.B. South Carelia Polytechnic in einer Fußnote dar: „20cr of supervised clinical practice is integrated into professional studies“ (South Carelia Polytechnic, 2005). Solche Hinweise fehlen in den anderen Studienführern, könnten aber die weite Spanne von 83 – 116 ECTS-Credits für theoretische Anteile erklären. Der Wahlbereich gibt den Studenten die Möglichkeit, Stu-

dienangebote von anderen Studienprogrammen oder sogar anderen Hochschulen zu nutzen. Das Ziel ist die persönliche Entwicklung des Studenten und ein „Multi-professionalism“ (Rovaniemi, 2005, p. 33).

Auffallend ist, dass in allen Studiengängen entweder in den Basisfächern oder in den professionellen Inhalten Betriebswirtschaftslehre und Forschungsmethoden gelehrt werden.

Die praktische Ausbildung am Patienten hat im Durchschnitt einen Umfang von 56,17 ECTS-Credits, dies entspricht etwa 27% des Studiums. Die Praktika werden von den einzelnen Hochschulen selbständig auf die Semester verteilt, so dass es hier zu großen Unterschieden kommen kann (Tabelle 5).

Polytechnic	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Ge- samt	Quellen
Carelia; SCP	4	13	18	10	45	South Carelia Polytechnic, 2005
Helsinki Stadia	4	6	21	8-14	45	Helsinki Polytechnic Stadia, 2005a
Jyväskylä	0	22	12	0	34	Jyväskylä Polytechnic, 2005
Lahti	9	18	18	9	60	Lahti Polytechnic, 2005
Laurea	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	45	Laurea Polytechnic, 2005
Mikkeli	12	25	28	10	75	Mikkeli Polytechnic, 2005
Oulo	14,5	16,5	3,5	15	49,5	Oulo Polytechnic, 2005
Pirkanmaan	14	30	30	8	82	Pirkanmaan Polytechnic, 2005
Rovaniemi	3	13,5	29,5	4	50	Rovaniemi Polytechnic, 2005
Mini – Max	0-14,5	6-30	3,5-30	0-15	34-82	
Durchschnitt	7,56	18	20	8,38	56,17	

Tabelle 5: Verteilung der Praktika innerhalb der finnischen Studiengänge Physiotherapie in ECTS-Credits

In der Regel beginnt das Praktikum im ersten Studienjahr und wird im Umfang zum 2. und 3. Jahr gesteigert. Da im letzten Halbjahr (4. Jahr) die Abschlussarbeit geschrieben werden muss, ist in diesem Abschnitt der Praktikumsanteil

nicht mehr so hoch. Auffällig ist, dass die Jyväskylä Polytechnic im ersten und letzten Jahr keine praktischen Anteile angibt und insgesamt einen sehr geringen Praktikumsumfang aufweist. Dies könnte mit einer nicht transparenten Struktur der Praktika in dem Studienführer zusammenhängen (Jyväskylä Polytechnic, 2005). Die Praktika werden in der Regel mit „Bestanden/Nicht bestanden“ bewertet und finden an verschiedenen Einrichtungen im In- und Ausland statt (Lahti Polytechnic, 2005). Die Hochschulen haben verschiedene Perspektiven zur Einteilung der Praktika gewählt. An der Laurea Polytechnic sind die Ziele der Praktika beschrieben. „Placements of the first year involve acquainting the student with the work field..... The second year focuses more intensively on theoretical skills and the application of basic skills.....The third year is devoted to research and developmental working skills....“ (Laurea Polytechnic, 2005). An der Pirkanmaan Politechnic dagegen werden die Praktika nach Lebensphase der Patient eingeteilt „Physiotherapy for children and adolescents, Physiotherapy for adults, Physiotherapie for the elderly, Special fields of physiotherapy....“ (Pirkanmaan Polytechnic, 2005) und an der Jyväskylä Polytechnic nach Funktionssystemen des Körpers (Cardiovaskular-, Respiratory-, Central Nervesystem...) (Jyväskylä Polytechnic, 2005).

Im Vergleich der einzelnen Studienprogramme lässt sich feststellen, dass es viele Unterschiede gibt und die Praktika durch die verschiedenen Umfänge und Perspektiven der Einteilung schwierig zu vergleichen sind. Somit stellt sich natürlich die Frage nach dem nationalen Qualifikationsziel für Physiotherapeuten in Finnland. Dieser Frage wird in Kapitel 4.3.5 nachgegangen.

An Polytechnischen Hochschulen wird beim Lehrpersonal in zwei Kategorien unterschieden. Zum einen gibt es den „Principal lecturer“, welcher ein „licentiate“ oder eine Promotion nachweisen muss. Zum anderen gibt es den „Lecturer“, der einen Masterabschluss nachweisen muss. Für beide Kategorien müssen mindestens drei Jahre Arbeitserfahrung nachgewiesen werden (Ministry of Education Finland, 1999a). Innerhalb des Studienführers von Lahti werden die Lehrer des Studienganges Physiotherapie als „organiser of learning and creator of the learning environment“ beschrieben (Lahti Polytechnic, 2005). Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, sollten die Lehrer gute Kooperations- und Interaktionsfähigkeiten und pädagogische Innovationsfähigkeiten haben.

Die physiotherapeutische Praxiserfahrung der Studenten wird gemeinsam durch „tutoring physiotherapist and academic teacher“ supervidiert (Satakunta Polytechnic, 2002). Die Zusammenarbeit von Praxisanleitern und Lehrern ist sehr groß, wenn es um die Supervision des praktischen Trainings der Studenten geht (Lahti Polytechnic, 2005).

Die Inhalte der Studienprogramme werden den Studenten auf verschiedene Weise nahe gebracht. In der Regel muss der Student sehr aktiv sein. Beispiele von Hochschulen zeigen, dass auf dem Feld der methodischen Vermittlung der Inhalte jede Hochschule ihre eigenen Vorstellungen umsetzen kann. „Physiotherapy education is organised in Pirkanmaan Polytechnic by using the problem based learning (PBL) approach. PBL is a pedagogical alternative for handling the continuously growing amount of knowledge during a limited study time. The aim is that the student reaches the abilities needed for lifelong independent learning“ (Pirkanmaan Polytechnic, 2005). An der Helsinki Polytechnic Stadia wird eher nach herkömmlichen Methoden unterrichtet. „Degree programme studies consist of theoretical lectures, exercises, group work, laboratory work, independent studies, project work and work placement/clinical practice. The methods vary from field to field, and from course to course. One Study course, usually combines many of these different kinds of teaching and learning methods“ (Helsinki Polytechnic Stadia, 2005, p. 37). An der Lahti Polytechnic sollen sich die Studenten verschiedenen Fähigkeiten im Lernprozess aneignen, die in der Physiotherapie gebraucht werden. „Reflectiveness, critical thinking and self-evaluation skills are among the meta-skills needed for physiotherapy. To refine these skills students keep learning diaries analysing their own work from video and in other ways and participate in peer evaluation. Seminar-style teaching solutions are conducive to discussion and exchange of opinions, which are important for the development of self-evaluation skills“ (Lahti Polytechnic, 2005).

4.4.4 Leistungsnachweis

In den Studienprogrammen für Physiotherapie gibt es, je nach methodischem Konzept, verschiedene Arten von Leistungsnachweisen. Die Leistungen werden einheitlich nach einer 5-stufigen Notenskala mit 1-5 bewertet. Fünf ist die beste Bewertung und mit einer eins ist die Prüfung gerade noch bestanden. Neben dieser Skala gibt es auch Leistungsnachweise, wie z.B. die Praktika, die mit „bestanden/nicht bestanden“ gewertet werden. Prüfungsformen wie Selbstevaluationen der Studenten, geschriebene Berichte und die Demonstration von praktischen Fähigkeiten sind in den Studienführern angegeben (Lahti Polytechnic, 2005). An der Rovaniemi Polytechnic gibt es auch „online learning assignments“ (Rovaniemi Polytechnic, 2005). Es lässt sich feststellen, dass in den Studienführern wenig bis gar nichts über die Inhalte und den Umfang der Leistungsnachweise gesagt wird. Die Bachelorarbeit als Leistungsnachweis für das Gesamtstudium wird von allen Hochschulen mit einem Umfang von 15 ECTS-Credits gefordert. Aber auch hierzu gibt es keine weiteren Details, wie z.B. der Umfang der Arbeit oder die Bewertungskriterien.

4.5 Großbritannien

Großbritannien hat eine lange Geschichte der Physiotherapie und der Qualitätssicherung im Hochschulwesen, in welchem die Physiotherapie verankert ist.

4.5.1 Rechtliche Grundlagen

Die aufsichtsführende und professionelle Organisation für die Bereiche: „defining the professional code of practice, code of conduct, the curriculum framework appropriate for graduates to enter the profession, and tasks related to self-regulation“ ist die „Chartered Society of Physiotherapy“ (QAA, 2001, p.6). Dieser Berufsverband wurde 1922 als Folge eines Gerichtsurteils der Royal Charter gegründet. Physiotherapie ist eine der „Allied Health Care Professions“ und wurde als eine die Medizin ergänzende Profession im „Professions Supplementary to Medicine (PSM) Act“ 1960 aufgenommen. Die gesetzlich regelnde Behörde, das „Physiotherapy Board of the Council for Professions Supplementary to Medicine“, gestaltet die Ausbildung seit 1960. Diese Einrichtung wurde durch den „Health Professions Council“ abgelöst (QAA, 2001, p.6).

4.5.2 Institutionalisation

Die physiotherapeutische Ausbildung wird in Großbritannien an „Higher Education Institutions“ angeboten. In Großbritannien gibt es an über 30 Universitäten die Möglichkeit, Physiotherapie zu studieren (QAA, 2001, p.7). Jedes Jahr schließen ca. 1833 Physiotherapeuten die Ausbildung auf Bachelorniveau ab (European Region of WCPT, 2005). Physiotherapie kann in einem Vollzeit- oder Teilzeitprogramm absolviert werden und beinhaltet immer einen verpflichtenden praktischen Anteil (QAA, 2001, p.7). Es werden Abschlüsse mit dem „honours degree“ und auf „postgraduate levels“ angeboten.

Der Abschluss „Bachelor of Science in Physiotherapy“ wird in England und Wales nach 3 Jahren, in Schottland und Ulster nach 4 Jahren Studium vergeben (The British Council, 2002). Über einen zweijährigen Masterstudiengang kann sich ein Absolvent dann zu einem „Master of Science“ weiterbilden. Darüber hinaus werden in Großbritannien an verschiedenen Universitäten mindestens 3-jährige Promotionsstudiengänge für Physiotherapie angeboten (www.hotcourse.com/postgraduate_courses; 08.04.06).

Studenten, die sich für das Studium Physiotherapie in Großbritannien bewerben wollen, müssen dies über einen zentralen Studentenservice (Universities and College Admissions Service UCAS) tun. Für die Aufnahme in den Studiengang Physiotherapie gibt es bestimmte Fächerkombinationen und Notendurchschnitte, die von den einzelnen Hochschulen gefordert werden. So wird z.B. für die Universität in Birmingham als das Minimum für die Noten auf „honours level“ die Note AABBBB angegeben. Die Universität Nottingham gibt: „AABBBB to include Maths, English and Biology at one sitting“ und die Universität Queen Margaret „AAABB to include English, Maths, and 1, preferably 2 sciences“ an (The British Council, 2002, 8). Neben den Mindestanforderungen an Fächer und Noten stellen manche Ausbildungsstätten ergänzende Kriterien auf. „Apart from the academic requirements Admission Tutors will also be looking for evidence of the following skills/qualities: reliability, honesty, caring skills, dedication, determination and the ability to work as an effective member of a team. Currently one of the most popular courses, relevant work experience (voluntary or otherwise) is essential“ (The British Council, 2002, 2.). Um diese Aspekte zu bewerten werden die Bewerber interviewt und zum Tag der offenen

Tür oder anderen Veranstaltungen eingeladen. Das Interview und die formalen Zugangsvoraussetzungen müssen in der Regel ergänzt werden durch ein Gesundheitszeugnis und einen „Criminal Records Bureau disclosure“ (University of Bradford, 2006, p. 9).

Jeder Physiotherapeut muss sich über „The Health Professional Council (HPC)“ registrieren lassen. Für die Registrierung stehen Formulare im Internet bereit. Der Bewerber muss, neben den Informationen über seine Vorbildung, ein Gesundheitszeugnis, eine Referenz für den Nachweis eines guten Charakters und den Nachweis der kriminellen Unbescholtenheit erbringen. Alle zwei Jahre muss die Registrierung verlängert werden (HPC, 2004).

4.5.3 Curriculum

Das Studium Physiotherapie wird in der Regel als 3-jähriger Vollzeitstudiengang angeboten. An manchen Universitäten kann das gleiche Programm als Teilzeitstudiengang von 4 Jahren absolviert werden. In dieser Studie wird nur der Vollzeitstudiengang betrachtet. Die Studiengänge in Großbritannien sind bisher nicht an die Kriterien des Bologna Prozesses angepasst worden. Daher werden die Lerninhalte nicht mit ECTS-Credits bewertet. In Großbritannien muss ein Vollzeitstudent 120 Credits im Jahr erarbeiten, wobei 60 Credits auf ein Semester entfallen. Theoretische und praktische Inhalte sollen integriert werden, und es müssen in den drei Jahren 1000 Stunden klinische Praktika erbracht werden (CSP, 2002). Die Inhalte des Studiengangs Physiotherapie werden in der Regel in Modulen unterrichtet.

Abfolge und Inhalte der Module werden von jeder Universität selbständig festgelegt, so dass sehr unterschiedliche Ablaufpläne für ein 3-jähriges Studium existieren.

Den Hochschulen ist es nicht freigestellt, welche Inhalte unterrichtet werden. Der Berufsverband hat ein „Curriculum Framework“ veröffentlicht, in dem die grundlegenden Inhalte beschrieben sind (CSP, 2002). Als Ausbildungsthemen werden „Underpinning professional knowledge“ (p. 33ff) mit „biological sciences, physical sciences, behavioural sciences, clinical sciences, health care policy, organisation and delivery, the legal framework of practice; Underpinning professional skills (p. 38ff)“ mit „assessment, clinical reasoning, critical

evaluation, and appraisal, intervention planning, implementation of intervention plans, self- and caseload management, communication, teamworking and inter-professional practice; Professional attributed, identity and relationships" (p. 53ff) mit „appreciating ethical, moral and legal issues, Understanding scope of practice and professional self-regulation, Active engagement with patient partnership, Active engagement with research and evidence-based health care, Ability and aptitude for inter-professional teamworking" genannt (CSP, 2002). Die Umsetzung des Curriculum Framework in Studienpläne wird exemplarisch in Tabelle 6 an drei Beispielen dargestellt.

Universi- tät	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Bradford ¹	Musculoskeletal Physiology Interprofessional working Professional Practice 1 Research Physiotherapy inter- vention in context Professional Practice 2	Management of cardio- vascular and respira- tory conditions Musculoskeletal: Spine Rehabilitation of the older person Neurosciences Orientation to clinical practice Clinical practice 1,2,3 Elective clinical practice	Research Proposal Clinical practice 4,5,6 Physiotherapy reflexion in context Interprofessional learn- ing Evidence based clinical guideline development
Keele ²	Structure & Function of the Human Body Personal & Profes- sional Development Evaluation 1 Health Principles of Assess- ment & Rehabilitation Practice Based Learn- ing 1	Therapeutic Manage- ment Practice-Based Learn- ing 2 Personal & Professional Development 2 & Prac- tice Based Learning 3 Evaluation 2&3	Practice Based Learning Modules 4&5 Evaluation 4 Integrated Physiother- apy Practice Personal & Professional Development 3 Practice Based Learning 6
West of England ³	Kinaesiology for Physiotherapists Introduction for Physiotherapy Studies Introduction for Physiotherapy Prac- tice Interprofessional Module 1	Rehabilitation Studies for Physiotherapists Developing Clinical Reasoning & Practice Interprofessional Mod- ule 2	Continuing the Devel- opment of the Physio- therapist in Practice Appraising Physiother- apy Practice Research Studies for Allied Health Profes- sionals Interprofessional Mod- ule 3

(Quellen: ¹University of Bradford, 2006; ²Keele University, 2006; ³University of the West of England, 2003)

Tabelle 6: Beispiele von physiotherapeutischen Studienprogrammen in Groß-
britannien

Anhand der Beispiele lässt sich das Curriculum Framework nicht wiedererkennen. Eine Übereinstimmung lässt sich an der University Bradford und der University of the West of England in der „Interprofessionelle“ Arbeit feststellen. Die drei Beispiele belegen eine Übereinstimmung nur in den Praktika, auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

Die praktische Ausbildung, welche etwa einem Drittel des Ausbildungsprogramms entspricht, umfasst ungefähr 1000 Stunden (CSP, 2002, p. 27). Innerhalb der praktischen Ausbildung soll der Student mit den Kernbereichen der Physiotherapie „neuro-muscular, musculo-skeletal, cardio-vascular and respiratory systems within acute and primary care environments“ (CSP, 2002, p. 50) in Kontakt kommen. Für die 1000 Stunden der praktischen Ausbildung am Patienten liegt die Verantwortung bei der Universität. In Tabelle 7 wird dargestellt, wie die Praktika in die verschiedenen Ausbildungsprogramme integriert werden.

Universität	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Gesamt	Quellen
Birmingham	4 Wo.	3x6 Wo.	3x6 Wo.	34 Wo.	University of Birmingham, 2006
Bradford	0 Wo.	1x3 und 2x5 Wo	3x5 Wo.	28 Wo./ 30 St./Wo.	University of Bradford, 2006
West of England	4 Wo.	2x5 Wo.	3x5 Wo.	29 Wo.	University of the West of England, 2003
Herfordshire	5 Wo.	3x5 Wo.	3x5 Wo.	35 Wo.	University of Herfordshire, 2006
Keele	1 Wo.	11 Wo.	17 Wo.	29 Wo./ 35 St./Wo.	Keele University, 2006
Leeds	2 Wo.	3x4 Wo.	3x5 Wo.	29 Wo.	Leeds Metropolitan University, 2005
Brunel	0 Wo.	4x4 Wo.	3x6 Wo.	34 Wo.	Brunel University, 2006
Min – Max	0-5 Wo.	10-18 Wo.	15-18 Wo.	28-35 Wo.	
Durchschnitt	2,28	13,57	16,14	29,71	

Tabelle 7: Verteilung der Praktika innerhalb einiger Studiengänge Physiotherapie in Großbritannien in Wochen (Wo.)

Alle Einrichtungen geben an, die geforderten 1000 Stunden Praktika anzubieten. Allerdings ist dies aus den gefundenen Daten nicht in jedem Fall nachvollziehbar. Auch ließen sich bei vielen Programmen die Dauer der Praktika und die Verteilung auf die Studienjahre aus dem Studienprogramm nicht herauslesen. Der Umfang der Praktika nimmt bei den meisten Studienprogrammen zum dritten Jahr hin zu und es wurde festgestellt, dass die Spannweite der Daten im dritten Jahr am geringsten ist. Im Durchschnitt haben die Teilnehmer in den 3 Jahren Studium 29,71 Wochen Praktika, wobei der Umfang der Praktika nicht ganz transparent ist, da nur zwei Einrichtungen (University of Bradford, 2006; Keele University, 2006) Angaben zu den am Praktikumsort geleisteten Stunden machen.

Die Ausbildungsstätte muss dafür Sorge tragen, dass die Praktikumsanleiter an der Praktikumsstelle durch ausreichende Fortbildung und Unterstützung vor, während und nach dem Praktikumseinsatz in der Lage sind, die Studenten im praktischen Lernen so zu unterstützen, dass sie zu kompetenten Physiotherapeuten ausgebildet werden. Durch die Fortbildung bekommen die Praktikumsanleiter ein gutes Bild von der theoretischen und praktischen Vorbildung der Studenten und sollten zusätzlich die Prüfungsinhalte und Bewertungsmaßstäbe verstanden haben (CSP, 2002a, p. 42).

Das Curriculum Framework des CSP unterstreicht, dass Physiotherapeuten mit verschiedenen Patienten und Klientengruppen umzugehen lernen sollen, wobei die Kategorien „Conditions – for example, learning difficulties or mental health; System – for example, orthopaedics or neurology; Age group – for example, paediatrics or elders“ (CSP, 2002, p. 46f) das Ausmaß der Heterogenität der zu behandelnden Personen beschreibt. Die in der Praxis anzuwendenden Techniken werden unter den Begriffen: „Manual Therapy, Exercise and movement, Electro-physical modalities“ und „Health education and promotion“ (CSP, 2002, p. 47ff) zusammengefasst. Neben den Patientengruppen und den Techniken soll ein Student im Praktikum die Bewegungsmöglichkeiten des menschlichen Körpers und das Potential für dessen Veränderungen kennenlernen. In den Studienprogrammen der einzelnen Universitäten wird z.T. auf die Einrichtungen der Praktika eingegangen, so z.B. an der University of Bradford „Approximately one-third of your time you will spend in clinical placements in hospitals, health centres, clinics and specialised clinical units“ (University of Bradford, 2006, p. 4).

Innerhalb der „Subject benchmark statements“ beschreibt die Quality Assurance Agency for Higher Education (QAA) den Level der physiotherapeutischen Kompetenzen, den ein Absolvent eines Studienganges Physiotherapie besitzen sollte. In den Rubriken: „A The physiotherapist as a registered health care practitioner; expectations held by the profession, employers and public“, „B Physiotherapy skills and their application to practice“ und „C Physiotherapy: subject knowledge, understanding and associated skills“ werden in der Form „The awardholder will be able to...“ die Fähigkeiten und Fertigkeiten eines Absolventen als Zielgröße dargestellt (QAA, 2001, p. 8ff).

Der Ablauf der Praktikums ist durch die CSP Richtlinien „Clinical Education Placement Guidelines“ (CSP, 2003) und „Code of practice – Section 9: Placement learning“ (QAA, 2001) strukturiert. Somit sollte auch bei sehr unterschiedlicher Struktur der Praktika ein einheitliches Ausbildungsziel erreicht werden.

Bis Dezember 1992 wurde in Großbritannien ein „Diploma for Teachers of Physiotherapy (DipTP)“ angeboten (CSP, 2003a, p. 2). Die Bedingung, ein solches Diplom für den Unterricht zu erwerben, ist mit der Begründung aufgehoben worden, dass der Aufwand für die zukünftigen Lehrer zu groß wäre. Heute sind die Bedingungen für einen Lehrer: ein Master- oder Research- Degree, mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit seit Abschluss der Ausbildung und Erfahrung als Praktikumsanleiter (CSP, 2005). Lehrer sollten auch ohne das formale Diploma for Teachers methodische und didaktische Unterrichtsansätze kennen und anwenden können. Diese Verantwortung wird an die Universitäten und deren „inhouse education schemes for new staff“ abgegeben. Von den Universitäten soll eine Möglichkeit zum „continuing professional development“ für die Lehrer angeboten werden (CSP, 2003a, p. 2).

Während des Praktikums werden die Anleitungs- und Supervisionsaufgaben anders verteilt als im theoretischen oder theoretisch-praktischen Unterricht. Die verschiedenen Aufgaben sind auf den „Clinical educator, Clinical educator co-ordinator“ und den Hochschullehrer verteilt. Innerhalb der „Clinical Education Placement Guidelines“ (CSP, 2003) wird die Rolle des Clinical educators durch Aufgaben mit genauen Erfüllungskriterien dargestellt. So ist eine Aufgabe:

“The clinical educator prepares for the placement. Criteria:

Prior to the arrival of the student(s), the clinical educator undertakes the following:

- reviews the learning outcomes of the placement and plans the student's and clinicians' caseload, taking into account the student's entry level and local learning opportunities
- plans the induction period for the student
- identifies and contacts any other team members who may be involved in the learning experience

At the beginning of the placement the clinical educator should:

- provide the student(s) with the information identified in student support and information section
- carry out an induction as identified previously in this section
- agree with the student their personal learning outcomes for the placement" (CSP, 2003, p. 4).

Um die Aufgaben des Clinical educators erfüllen zu können, muss ein Physiotherapeut folgende Bedingungen erfüllen:

"The clinical educator meets the following specifications:

- would have normally practised physiotherapy for at least two years
- has undertaken regular updating of knowledge and skills
- demonstrates a positive commitment to physiotherapy student education
- conforms with the CSP Standards of Physiotherapy Practice (CSP Oct 2000)
- The clinical educator has undertaken appropriate training prior to educating students and is ideally pursuing CSP accreditation."

(CSP, 2003, p. 4/5)

Über zwei verschiedene Ausbildungswege ist es Physiotherapeuten in Großbritannien möglich, eine Weiterbildung zum "Accredited clinical educator (ACE)" an einer Hochschule abzuschließen. Diese Weiterbildung wurde in Zusammenarbeit zwischen der CSP und den Hochschulen des Landes entwickelt und soll die Anerkennung für die wichtige Arbeit der Clinical educator vergrößern und die Qualität der praktischen Ausbildung in Großbritannien verbessern (CSP, 2005a).

Der „Clinical educator coordinator“ ist in der Regel an der Hochschule angesiedelt und sollte eng mit den Hochschuldozenten zusammenarbeiten, welche die Studenten auf den praktischen Einsatz vorbereiten. Er nimmt die Aufgabe der Verwaltung der Daten und die Prüfung der Verfügbarkeit der Praktikumsstellen wahr. Des Weiteren hält er den Kontakt zu den Praktikumsstellen und akquiriert neue Praktikumsmöglichkeiten. Zusätzlich organisiert er die Fortbildung und Unterstützung der Clinical educators (CSP, 2001, p. 44/45). Nur im Zusammenwirken von den Lehrern, dem Clinical educator coordinator und den

Clinical educators können Theorie und Praxis für den einzelnen Studenten gut aufeinander abgestimmt werden.

Innerhalb des Curriculum Framework der CSP werden Lern- und Lehrstrategien für das Studium Physiotherapie ausführlich vorgestellt. In dem Kapitel „The learning process“ werden in dem Abschnitt „Learning and teaching strategies“ (CSP, 2002, p. 26) acht Lernmethoden vorgestellt, mit welcher Hilfe die Studenten die durch das Curriculum Framework vorgegebenen Ziele erreichen können. Als besonders wichtig werden neue Ansätze in der Programmgestaltung und Anwendung hervorgehoben. „The creation of flexible opportunities for students' knowledge and skill acquisition, sustained by the recognition that learning takes place through a range of activities and in a variety of settings“ (CSP, 2002, p. 27) wird als ein Ansatz besonders erwähnt. Daneben sollen die Studenten durch die Bildung von Lerngruppen Vorteile erlangen. Somit soll die Bildungseinrichtung eine Lernumgebung schaffen, die individuelles Lernen und das Lernen in der Gruppe fördert.

Das praktische Lernen am Patienten ist ein wichtiger Bereich des Lernprozesses. Hier sollen die Studenten in der Anwendung und Reflexion der klinisch-praktischen Arbeit im gesamten Anwendungsbereich der Physiotherapie Erfahrungen sammeln. In diesem Abschnitt des Curriculum Frameworks werden viele Ziele und Methoden des praktischen Lernens erwähnt. In der Zusammenfassung werden „Illustrative issues“ für den Studenten, den Praktikumsanleiter und den Lehrer der Hochschule angegeben, die sich als Checkliste für die einzelnen Aufgaben verwenden lassen. „All those involved in supporting students' learning (including university educators, clinical educators and service managers) must have a shared and coherent picture of physiotherapists' role and responsibilities in the early career stages. The integration of learning through facilitated reflection, discussion and critical debar needs to be achieved to enable students to exercise the capacity, on qualification and within their scope of practice, to manage a full patient caseload in a range of environments within acute and primary care“ (CSP, 2002, p. 28). Dieses Zitat umfasst einen großen Bereich des praktischen Lernens, wobei das interdisziplinäre Lernen, welches weiter oben als wichtig identifiziert wurde, noch nicht erwähnt wurde.

Innerhalb des „Subject benchmark statement: Health care programmes“ gibt es auch einen Abschnitt über „Teaching, learning and assessment“ (QAA, 2001, p. 12f). Die QAA beschreibt den Lehr- und Lernprozess der Physiotherapie mit vier sich gegenseitig beeinflussenden Themen: „Cognitive and conceptual, clinical and technical, social and personal context and generic and enabling skills“. Zu jedem dieser Themen werden nähere Details beschrieben. In der Einleitung wird hervorgehoben, dass das Lernprogramm so geplant werden muss, dass universitäres und praktisches Lernen integriert sein müssen. Weiterhin soll ein studenten-orientiertes Lernen dazu führen, dass Studenten zunehmend für die Identifizierung ihrer Lernbedürfnisse verantwortlich sind (QAA, 2001, p. 12). Indem sowohl der Berufsverband als auch die Akkreditierungsbehörde eine bestimmte Form der pädagogischen Arbeit anregen, sind die Universitäten gehalten, diese Form auch umzusetzen.

4.5.4 Leistungsnachweis

Die Prüfmethode sollen, laut QAA, die Lehr- und Lernmethoden ergänzen und eine Vielzahl an Möglichkeiten umfassen. Folgende Methoden werden aufgezählt: „case study presentation and analysis, practice-focused assignments, essays, project reports, clinical assessments and examinations of a written or practical nature. The requirements of honours degree programmes in physiotherapy should usually include an extended piece of written work that is typically completed in the final year“ (QAA, 2001, p. 13). Die Überprüfungen des studentischen Lernens sollen in den Lernprozess eingebettet sein. Es ist wichtig, dass der Student durch die Prüfungen eine regelmäßige Rückmeldung über sein Lernen und Handeln erhält. Der Student soll in denjenigen Bereichen Unterstützung erfahren, in welchen er seine Fertigkeiten und sein Wissen erweitern muss (CSP, 2002, p. 29).

In der Umsetzung dieser Vorgaben in die Studienprogramme machen die Universitäten entweder sehr allgemeine Angaben wie z.B. „written examinations, assignments, practical assessments, poster presentations, case studies and oral presentation depending on the module being studied“ (University of Bradford, 2006), oder sie beschreiben jedes Modul mit den jeweiligen Prüfungsmodalitäten sehr genau (University of the West of England, 2003). Über die Gewichtung der Prüfungen konnte, bis auf den Umstand, dass an der University Bradford die Bewertung der Praktika 50% für die Abschlussnote zählt (University Bradford, 2006), nichts gefunden werden. Eine Bachelorarbeit oder ein Abschlussexamen wird in keinem Studienprogramm explizit erwähnt.

4.6 Niederlande

4.6.1 Rechtliche Grundlagen

Der Beruf Physiotherapie wird in den Niederlanden grundsätzlich von zwei Ministerien geregelt. Zum einen sorgt das Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport für die Umsetzung des „Individual health care professions act“. Dieses Gesetz hat als Ziel den Schutz von Patienten „protect the patient against professional carelessness and incompetence. The act focuses on individual health care, i.e. care that is aimed directly at the individual“ (Ministry of Health, Welfare and Sport, 2001). Daneben ist das Ministerium auf der Grundlage des „BIG ACT“ für die Registrierung der fertigen Physiotherapeuten und

somit für eine Qualität der Anwendungen am Patienten verantwortlich (Ministry of Health, Welfare und Sport, 2004). Dieser Aspekt ist seit dem 01.01.06 noch wichtiger geworden, denn seit diesem Zeitpunkt kann der Patient mit seinen gesundheitlichen Beschwerden direkt zu Physiotherapeuten gehen. Es bedarf keiner Überweisung eines Arztes mehr (Hogeschool Zuyd, 2005). Das Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap ist die aufsichtsführende Behörde für alle Schulen und Ausbildungsstätten in den Niederlanden. Das Ministerium hat eine Abteilung, die Inspectie van het Onderwijs, welche die Aufgabe hat, auf der Basis des Gesetzes „Wet of het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW) vom 02.08.2006 (Ministry of Education, Culture and Science, 2006) dessen Umsetzung und die Qualität der verschiedenen Hochschulangebote zu verfolgen (www.minocw.nl; 01.08.06).

Daneben haben sich die Hogescholen selbst in der „Niederländische Organisation der Fachhochschulen“ (HBO-RAAD) organisiert. Der HBO-RAAD nimmt die Interessenvertretung der Fachhochschulen gegenüber dem Ministerium wahr, aber auch die Überprüfung der selbst gesetzten Qualitätsmaßstäbe an den einzelnen Fachhochschulen (www.hbo_raad.nl; 01.08.06).

4.6.2 Institutionalisation

In den Niederlanden gibt es 11 Studienprogramme für Physiotherapie. Jedes Jahr beenden etwa 950 Physiotherapeuten das Bachelorstudium (European Region of WCPT, 2005). Das Studium dauert in der Regel 3-4 Jahre. Es umfasst 240 Studienpunkte (ECTS-Credits) und wird an einer Hogeschool (Fachhochschule) absolviert (Ministry of Education, Culture and Science, 2006, §7.4b). Die Absolventen des Studiums erwerben den Titel: „Bachelor“ (Ministry of Education, Culture and Science, 2006, §7.19a) Es gibt neben der Vollzeitvariante noch ein verkürztes Programm von drei Jahren für internationale Studenten (Hogeschool van Amsterdam, 2003) und längere Teilzeitprogramme. Neben dem grundlegenden Bachelorstudiengang werden weiterführende Masterstudiengänge angeboten, die einen Umfang von mind. 60 ECTS-Credits haben und verschiedene inhaltliche Vertiefungen (z.B. Pädiatrie, Geriatrie) anbieten (Hogeschool Utrecht, 2005).

Dadurch, dass Physiotherapie als Studium an einer Hogeschool angesiedelt ist, wird als formelle Voraussetzung ein Abschluss „VWO, HAVO, VHBO, of MBO niveau 4“ benötigt (Hogeschool Zuyd, 2005). VWO (Voorbereidend wetenschappelijk Onderwijs) ist ein Abschluss ähnlich der allgemeinen Hochschulreife in Deutschland und berechtigt zum Zugang zu Universitäten, der HAVO Abschluss (Hooger Algemeen Vormend Onderwijs) ist vergleichbar mit der Fachoberschule und berechtigt zum Studium an Fachhochschulen (Hogescholen) und das MBO niveau 4 beschreibt einen Zugangsweg über Schulbildung plus Berufsausbildung

(http://195.185.214.165/europa_kommt/countries/NL/bildung/content.html;18.05.04).

Um einen Studienplatz Physiotherapie an einer der Hochschulen zu erhalten, muss sich der Bewerber über eine zentrale Bewerbungsstelle (Informatie Beheer Group) gezielt für einen Studienstandort bewerben. Es gibt in der Regel mehr Bewerber als Studienplätze, so dass am Ende das Los entscheidet (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, 2003). Einige Hochschulen erwarten zusätzlich zu einer Bewerbung vom Bewerber einen Eignungstest und vor allem von ausländischen Studenten noch einen Sprachnachweis in Niederländisch (Hogeschool Zuyd, 2005).

Die Berufszulassung Physiotherapie wird über eine Unterabteilung des Ministerie van Volksgezondheid, Wlzijn en Sport (Ministry of Health, Welfare and Sport), die „Beropen in de Individuele Gezondheidszorg“ (BIG), geregelt. Seit 1997 ist über ein Gesetz, den „BIG-ACT“, festgelegt, dass sich verschiedene Berufe, zu denen die Physiotherapie gehört, in den Niederlanden registrieren lassen müssen, um ihren Titel tragen und die Berufstätigkeit ausüben zu dürfen. Ein Absolvent einer für die Ausbildung Physiotherapie anerkannten Hochschule muss für die Registrierung lediglich ein Formular ausfüllen und eine Kopie des Abschlusszeugnisses beilegen. Alle fünf Jahre muss die Registrierung erneuert werden. Dafür muss der Bewerber seine Berufstätigkeit im Berufsfeld und Fortbildung nachweisen (Ministry of Health, Welfare and Sport, 2004)

4.6.3 Curriculum

Das Vollzeitstudium Physiotherapie in den Niederlanden umfasst in der Regel vier Jahre und 240 ECTS-Credits. Für die Vollzeitstudiengänge beginnt das

Studienjahr am 01. September. Das Studium unterteilt sich in die Propädeutik von einem Jahr bzw. 60 ECTS-Credits (Ministry of Education, Culture and Science, 2006, §7.8b) und in das Hauptstudium von drei Jahren bzw. 180 ECTS-Credits. Ein ECTS-Credit wird in den Niederlanden mit 28 Studienbelastungsstunden berechnet (Ministry of Education, Culture and Science, 2006, §7.4). Innerhalb des Studiums wird das belegte Hauptfach, z.B. Physiotherapie, als „Major“ bezeichnet. Daneben gibt es noch einen „Minor“ von 30-60 ECTS-Credits, den der Student im Hauptstudium nach seinen Neigungen wählen kann. In der Regel werden im „Minor“ Veranstaltungen anderer „Majors“ besucht (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, 2003).

Das Studienjahr ist nicht in Semester unterteilt, sondern in 4 Studienblöcke von zehn bis elf Wochen (Hogeschool Utrecht, 2005; Hogeschool Zuyd, 2005). Jede Woche wird mit 40 Studienbelastungsstunden geplant. Am Ende eines Blockes finden Prüfungen zu den Inhalten der Blöcke statt (Hogeschool Utrecht, 2005). Das Studium in den Niederlanden wird in der Regel sehr studen-
tenzentriert und problemorientiert angeboten. Somit spielt die Studienbegleitung des Studenten eine große Rolle. Im ersten Jahr bekommt jeder Student einen „Studienlaufbahnbetreuer“, und danach gibt es zu jedem Block einen Dozenten als Tutor, der hilft, wenn der Student Probleme hat. Zur Umsetzung dieses Systems sind kleine Studiengruppen unerlässlich (Hogeschool Zuyd, 2005).

Die Propädeutik, das erste Studienjahr, dient der Orientierung im Gesundheitswesen und innerhalb des Berufes Physiotherapie. Die Inhalte des Studiums werden nicht in Fächern unterrichtet, sondern in der Regel an Hand von Problem- bzw. Fallbeispielen spezifisch in Blöcken angeboten. An der Hogeschool Utrecht haben die Unterrichtsblöcke Themen. So werden im ersten Jahr die Themen „Mens in blance; Stap voor stap; Pas op de plaats; De handige mens“ behandelt (Hogeschool Utrecht, 2005a). Zu jedem dieser Blöcke gibt es Blockbücher, die den Studenten als Arbeitsleitfäden dienen.

An der Hogeschool van Amsterdam werden die Inhalte nach einem anderen System aufbereitet. So werden in der Propädeutik 4 Blöcke behandelt, die folgende Themen untersuchen: Gesundheitszentrum: Information, Prävention und Begleitung von Sportverletzungen; Behandlungs- und Präventionszent-

rum: Behandlung von Patienten und die Erstellung von Effektiven Behandlungs- und Präventionsprogramme für Patienten mit Herz-, Gefäß- oder Lungenproblematiken; Die Gruppenpraxis: Behandlung von Patienten mit peripher neurologischen Störungen und Das Pflegehaus: Vertiefung der vorgenannten Themen im letzten Block (Hogeschool van Amsterdam, 2006).

Im Hauptstudium wechseln sich theoretische Blöcke mit praktischen Blöcken ab. Es wird nicht nach den medizinischen Fachgebieten unterrichtet, sondern die Studienangebote werden an den folgenden Patientenkategorien orientiert: Menschen mit Beschwerden des Haltungs- und Bewegungsapparates, Menschen mit zentral neurologischen Störungen, Menschen mit Beschwerden im Herz-Lungensystem und Menschen mit anderen Beschwerden und Störungen, die die Bewegung beeinträchtigen (Hogeschool Utrecht, 2005a). Zum Abschluss des Studiums wird eine Studienaufgabe mit einer Fragestellung aus der Praxis bearbeitet. Diese wird in Form einer Bachelorarbeit oder eines Artikels abgegeben.

Die praktische Anwendung der Physiotherapie am Patienten umfaßt insgesamt ca. 40 Wochen. Diese Zeit beginnt je nach Studienprogramm im 2. Studienjahr mit einem Juniorpraktikum (Hogeschool Utrecht, 2005a) oder erst im 3. Studienjahr (Hogeschool Arnhem en Nijmegen, 2003). Der Umfang des Praktikums steigert sich zum Ende des Studiums. In den Informationen der Hochschulen werden keine genaueren Angaben zu der Verteilung der Praktika gemacht. Die Praktikumsorte sind Krankenhäuser, physiotherapeutische Praxen und Gesundheitszentren. Viele Hochschulen bieten den Studenten die Möglichkeit, eine Praktikumsperiode im Ausland zu absolvieren.

Während der Praktika finden regelmäßig Veranstaltungen statt, zu denen die Studenten an die Hochschule zurückkommen. Solche Veranstaltungen können methodische Praktikumsbegleitung, Fallbeispielarbeit, Capita selecta oder die Vertiefung von wissenschaftlichem Arbeiten sein (Hogeschool Utrecht, 2005a).

In den Niederlanden wird im Fach Physiotherapie hauptsächlich die Form des „problemorientierten Lernens (POL)“ angewandt. Diese Methode soll dazu bei-

tragen, dass die Studenten sich aktiv die Studieninhalte erarbeiten und somit verinnerlichen. Unter dieser Methode gibt es verschiedene Veranstaltungsformen. Im Folgenden werden zwei Umsetzungsbeispiele beschrieben.

An der Hogeschool Utrecht werden die eher kognitiv ausgerichteten Inhalte im Rahmen von POL in Kleingruppenstunden erarbeitet. Der Unterricht in praktischen Fertigkeiten ist gekoppelt an die oben genannten Patientenkategorien und wird parallel zu den POL Stunden angeboten. Die praktische Erfahrung wird in Form von Praktika am Patienten erworben. In einem Themenblock der Hogeschool Utrecht können somit verschiedene Programmelemente gefunden werden: POL Kleingruppenstunde, Vorlesung, Klinischer physiotherapeutischer Unterricht, Begleitung des Selbststudiums, Fertigungsunterricht, Selbststudium und Studentenbegleitung. Der Student hat ca. 17 Stunden pro Woche Anwesenheitspflicht und muss mit ca. 23 Stunden Selbststudium pro Woche rechnen (Hogeschool Utrecht, 2005a).

Von diesem Schema etwas abweichend ist das Physiotherapieprogramm der Hogeschool Arnhem en Nijmegen organisiert. Hier gibt es in jedem Block das Zentralfach Physiotherapie, das Skillslab Physiotherapie, die Grundlagenwissenschaften und übrige Fächer. Im Zentralfach Physiotherapie werden anhand eines Fallbeispiels die Anamnese, die Untersuchung und Behandlung erlernt, wiederum in der Form des problemorientierten Unterrichts. Im Skillslab werden physiotherapie-spezifische Fertigkeiten gelernt. Der Student erhält ein Studienbuch mit Studienaufträgen, in denen die Fertigkeiten selbständig erarbeitet werden. Im Anschluss findet ein Training mit einem Fachdozenten statt. Die Grundlagenwissenschaften werden als Hörvorlesungen und Respons-Veranstaltungen angeboten. Die übrigen Fächer werden im Klassenverband über verschiedene Lernaktivitäten vermittelt. Der Student muss für diese Veranstaltungen mit ca. 25 Stunden pro Woche Anwesenheit und 15 Stunden Selbststudium rechnen (Hogeschool Arnhem en Nijmegen, 2003).

4.6.4 Leistungsnachweis

Da die Prüfungen immer am Ende eines Veranstaltungsblockes liegen, ist ein direkter zeitlicher Zusammenhang zwischen Lernen und Prüfung gegeben. Die Form der Leistungsnachweise muss zu den angebotenen Veranstaltungen passen. Somit wird an der Hogeschool Utrecht die POL Veranstaltung anhand von

schriftlichen Blocktests (in denen auch die Inhalte der Vorlesungen erfragt werden), der Anwesenheit, der Aktivität während der Anwesenheit und einem Bericht beurteilt. Der Inhalt des Fertigungsunterrichts wird anhand von Fertigkeitstests am Ende des Blockes geprüft, zusätzlich wird der Student noch aufgrund der Anwesenheit und seiner Aktivität im Unterricht beurteilt. Daneben muss der Student ein digitales Portfolio seiner Ergebnisse führen, in das alle bestandenen Aufgaben eingeordnet werden. Anhand des Portfolios findet die Begleitung der Studenten durch einen Dozenten/Mentor statt (Hogeschool Utrecht, 2005a).

Die Prüfungen werden mit der in den Niederlanden üblichen Notenskala 1-10 bewertet. Hierbei ist 1 die schlechteste Note und 10 die beste Note. Um ein Fach zu bestehen, muss eine 6 erreicht werden

(www.hbo-raad.nl/upload/bestand/beschrijving_nederlands_onderwijs.pdf: 01.08.06).

4.7 Vergleich und Diskussion

Zur Beantwortung der Forschungsfragen trägt das Hintergrundwissen über die Ausbildungssysteme der einzelnen Länder entscheidend bei. In diesem Abschnitt werden die Ausbildungssysteme untereinander verglichen und die Ergebnisse diskutiert. Der Vergleich und die Diskussionsansätze folgen der Struktur, die in der Darstellung der einzelnen Länder auch angewandt worden ist. In Anlage 3 findet sich eine Tabelle mit dem Ländervergleich in Kurzform. Im Vergleich der rechtlichen Grundlagen lässt sich feststellen, dass die Ausbildung Physiotherapie entweder dem Bereich der Gesundheitsministerien oder sowohl dem Gesundheits- als auch dem Bildungsministerium untergeordnet ist. Dies ist nicht weiter verwunderlich, da die Physiotherapie in DK, FI, GB und den NL auf Hochschulniveau angesiedelt ist und somit dort den Bildungsministerien untersteht. Die Berufstätigkeit wird in der Regel durch das Gesundheitsministerium gesteuert. Nur in den NL und GB wird eine regelmäßige Registrierung von Physiotherapeuten gefordert. In den anderen Ländern reicht eine einmalige Zulassung durch das Gesundheitsministerium.

Der Beruf Physiotherapie ist in DK, D und A über ein Bundesgesetz geregelt. In den anderen Ländern (FI, GB, NL) gibt es Gesetze zur Reglementierung der Hochschulausbildung. Die Physiotherapie wird hier, als ein Fach unter vielen,

nicht besonders angesprochen. In GB spielt der Berufsverband CSP eine entscheidende Rolle auch in der Gestaltung der Ausbildung. Die vom CSP veröffentlichten Dokumente, wie das Curriculum Framework (CSP, 2002), sind daher ähnlich einem Gesetz bindend für die Universitäten.

Außer in D ist die Ausbildung Physiotherapie in allen Ländern im tertiären Bildungssektor angesiedelt, in DK, FI und NL an Fachhochschulen, in A an speziellen Akademien und in GB an Universitäten. Nur in D wird die Ausbildung an staatlich anerkannten Schulen angeboten, die dem sekundären Bildungssektor angehören. Somit sind die Zulassungsbedingungen zur Ausbildung Physiotherapie in den Ländern unterschiedlich (Tabelle 8).

Kriterien	DK	D	A	FI	GB	NL
Eignungstest		Im Ermessen der Schule, oft schriftl., prakt., mündl. Test	Gesetzlich gefordert praktischer Test	Gesetzlich gefordert, nicht näher definiert	Im Ermessen der Uni, oft Interview	Im Ermessen der FH, meist kein Test
Schulbildung	12 Jahre	10 Jahre	12 Jahre	12 Jahre	13 Jahre	13 Jahre
Noten					Ja, von Uni festgelegt	
Gesundheitszeugnis		Ja	Ja		Ja	
Führungszeugnis		Ja	Ja		Ja	
Sonstiges				Arbeits- erfahrung	Guter Charakter	

Tabelle 8: Vergleich der Zulassungskriterien zur Ausbildung Physiotherapie

Neben der formalen Schulbildung müssen in D, A und GB schon zur Zulassung zur Ausbildung ein Gesundheitszeugnis und ein Führungszeugnis vorgelegt werden. In den anderen Ländern ist diese Anforderung entweder in den Unterlagen nicht transparent, oder die Unterlagen werden erst nach Beendigung der Ausbildung zur Zulassung zum Beruf benötigt. Die Noten der formalen Vorbildung spielen laut Unterlagen nur in GB eine Rolle, aber Eignungstests sind in vielen Ländern eine Hürde. In A und FI sind Eignungstests gesetzlich vorge-

schrieben. In A ist ein praktischer Test gesetzlich gefordert aber in FI gibt es keine gesetzliche Vorschrift über Art und Umfang der Tests. Auch die finnischen Studienführer geben darüber keine Auskunft. In den NL fordern die meisten Einrichtungen keinen Eignungstest, da die Bewerber über ein zentrales Bewerbungssystem auf die Bildungsstätten verteilt werden.

Solch ein System gibt es auch in GB, trotzdem geben viele Einrichtungen an, mit den Bewerbern noch ein Interview durchzuführen. In D wird an den Schulen in der Regel ein Eignungstest durchgeführt.

Eignungstests als Zulassungskriterium sind somit eine gängige Methode. Allerdings stellt sich die Frage, ob die Absolventen mit erfolgreich absolviertem Eignungstest sich von den Absolventen, die ohne Eignungstest in die Ausbildung gelangt sind, in den Ausbildungsergebnissen voneinander unterscheiden. Hier stellt sich, wie bei jedem Testverfahren, die Frage nach Effizienz und Effektivität. Unbestritten ist der Aufwand für einen Eignungstest, egal welchen Ausmaßes, kurzfristig höher als ohne Test. Die Frage nach dem Sinn der Eignungstests lässt sich für die Bildungseinrichtungen nur klären, wenn die Abbrecherquote über die Zeit der Ausbildung und die Ergebnisse des Eignungstests mit den Ergebnissen der Absolventen abgeglichen werden.

Die Ausbildung zum Physiotherapeuten dauert in allen Ländern 3-4 Jahre und schließt in D und A mit dem Titel „Physiotherapeut/in“ und in den anderen Ländern mit einem Bachelor-Titel ab. Der zeitliche Aufwand, der für den Abschluss geleistet werden muss, ist sehr unterschiedlich. In DK, FI und NL sind die physiotherapeutischen Ausbildungen auf das ECTS-Credit-System umgestellt. Die Ausbildung umfasst in DK und FI 210 ECTS und in NL 240 ECTS-Credits. Von gleichem Aufwand bei gleicher Anzahl von ECTS-Credits kann nicht gesprochen werden, denn in DK wird mit einem Aufwand von 26-27 Stunden pro Credit gerechnet und in den NL mit 28 Stunden pro Credit. Dies ist hochgerechnet auf 210 ECTS bereits ein Unterschied von mindestens 210 Aufwandsstunden für den Studenten. In den NL ist nicht transparent, wie viel ECTS-Credits für welche Aktivität vergeben werden. So wird in der Darstellung des Ablaufes immer nur von Wochen gesprochen, ohne dass den Aktivitäten Credits zugeordnet sind. Schwierig wird der Vergleich mit GB, denn hier sind weder ECTS Credits noch Kontaktstunden angegeben. Die einzige verfügbare

Zahl sind die ca. 1000 Stunden Praktikum. In D und A sind die Systeme auf Kontaktstunden mit dem Lehrer ausgerichtet, wobei nicht klar ist, wie viel Zeit die Studenten für Vor- und Nachbereitung brauchen. Daher ist es nicht aussagekräftig, wenn die ECTS-Credits der anderen Länder in Stunden umgerechnet und den Kontaktstunden von D und A gegenübergestellt werden.

Bei der näheren Betrachtung der Inhalte der Ausbildung Physiotherapie stellt sich heraus, dass in DK, D und A die Inhalte jeweils durch ein nationales Gesetz vorgegeben sind. In D, A und GB gibt es darüber hinaus noch Curricula der Berufsverbände. In den NL und FI gibt es keine nationalen Curricula für die Ausbildung Physiotherapie (Tabelle 9).

Nationale Curricula	DK	D	A	FI	GB	NL
Per Gesetz	BEK nr 236 (2001)	PhysTh-AprV (1994);	MTD-AV (1993)			
Berufsverband		ZVK (2006) nicht bindend,			CSP (2002) bindend	
Andere Institution		Bayern (1997) bindend für Bayern	ÖBIG (2004), nicht bindend			

Tabelle 9: Nationale Curricula Physiotherapie

Über die Gesetze sind grundsätzlich die Inhalte der Ausbildung in Bezug auf die Fächer und den Stundenumfang für ein Fach festgelegt. Die Curricula der Berufsverbände beschäftigen sich mit der Bestimmung der Lernziele und den Inhalten der einzelnen Fächer. Das Curriiculum Framework der CSP beschreibt grobe Lernziele und gibt nur Beispiele für die Inhalte. Die Ausgestaltung bleibt den Universitäten überlassen, was wiederum zu sehr unterschiedlichen Studienprogrammen führt.

Aufgrund der wiederum sehr unterschiedlichen Grundlagen, Gesetz auf der einen Seite – Curricula der Berufsverbände und die Auswertung von Studienprogrammen in Ländern, in denen keine Curricula vorlagen, auf der anderen Seite, ist der inhaltliche Vergleich von theoretischen und praktischen Inhalten in

dieser Studie fast nicht möglich. Ein Versuch ist in Anlage 3 gemacht worden. Allgemeine Aussagen lassen sich hieraus aber nicht treffen.

In der Betrachtung der „Methoden der Vermittlung“ zeigt sich, dass die Gesetze zur Ausbildung Physiotherapie diesen Aspekt, bis auf wenige allgemeine Aussagen im dänischen Gesetz, nicht berücksichtigt haben. Auch die Curricula in D haben diesen Aspekt nicht aufgegriffen. Anders ist es im Curriculum des ÖBIG (2004), hier werden pädagogisch-didaktische Leitlinien vorgestellt und die Lernziele mittels Kompetenzen vorgestellt. Es werden Lehrmethoden beschrieben, die angewandt werden können, um die Ziele Situations-, Handlungsorientierung, Prinzip des Exemplarischen, Förderung des eigenständigen Wissenserwerbs usw. (ÖBIG, 2004) zu transportieren. Die genaue Umsetzung obliegt den Akademien. Auch in GB geben der Berufsverband und die QAA deutliche Hinweise auf eine studenten- und problemorientierte Unterrichtsform. Die Integration von Theorie und Praxis wird ebenso in den Vordergrund gestellt, wie die zunehmende Lernverantwortung des Studenten. In FI und den NL können diese Ziele aus den Studienführern der einzelnen Hochschulen herausgelesen werden. In beiden Ländern wird an vielen Hochschulen die Methode des POL angewandt. Aber auch bei Anwendung dieser Methode gibt es noch Lehrveranstaltungen wie die Vorlesung, das Seminar oder den praktischen Unterricht. Der Unterschied liegt in der Verantwortung für das Lernen. Diese Verantwortung wird in beiden Systemen ab dem ersten Tag dem Studenten übergeben. Der Lehrer dient oft als Lernbegleiter oder Coach.

Im Kriterium „Methoden der Vermittlung“ gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Ländern zu verzeichnen. Die Differenzen gehen allerdings mit den Strukturen, in denen sich die Ausbildung Physiotherapie befindet, einher. Die Gesetzgeber der Ausbildungsgesetze in DK, D, und A haben innerhalb des selbst gesetzten engen Gesetzesrahmen offensichtlich nicht die Möglichkeit gesehen, die Methodik festzuschreiben und zu vereinheitlichen. Länder ohne Gesetzesbindung haben hier ihren Spielraum genutzt. A bildet mit dem neuen Curriculum einen Ausnahme und versucht trotz Gesetzesbindung, neue methodische Strukturen einzuführen.

Die Lehrerqualifikation spielt eine wichtige Rolle in der Umsetzung von methodischen Ansätzen. In allen Ländern unterrichten in der Ausbildung Physiothe-

rapie verschiedene Berufsgruppen. Die physiotherapeutischen Lehrer müssen in allen Ländern mindestens Berufserfahrung nachweisen, um unterrichten zu können. Der Umfang der Berufserfahrung variiert zwischen mind. 2 bis mind. 5 Jahren. Zusätzlich wird eine pädagogische Weiterbildung entweder erwartet, empfohlen oder von der Hochschule angeboten. In A gibt es spezielle Universitätslehrgänge für das Lehrpersonal im medizinisch technischen Dienst. In FI und GB muss ein physiotherapeutischer Lehrer neben der Berufserfahrung mindestens einen Masterabschluss vorweisen. Im Praktikum gibt es in beiden Ländern Clinical educator bzw. tutoring PTs, die auch Berufserfahrung vorweisen müssen.

Die geforderte Qualifikation der Lehrkräfte entspricht dem Niveau der Ansiedlung der Ausbildung Physiotherapie im Bildungswesen. In allen Ländern wird die Berufserfahrung und eine pädagogische Qualifikation als wichtig angesehen. Diese Anforderungen spiegeln das Ziel des praxisorientierten Unterrichts wieder und geben einen formellen Hintergrund zur Diskussion der Methoden der Vermittlung.

Leistungsnachweise lassen erkennen, ob ein Student die Lernziele erreicht hat. In den Ländern mit Ausbildungsgesetzen regeln diese mindestens die Abschlussprüfungen. So gibt es in D ein umfangreiches Staatsexamen unter der Aufsicht der Behörde, in DK werden sechs externe Prüfungen mit Prüfern des Ministeriums innerhalb der Ausbildungsjahre durchgeführt, und in A gibt es eine abschließende Diplomprüfung und vorgeschriebene Prüfungen während der drei Ausbildungsjahre. Neben den festgelegten Prüfungen gibt es in D und A Prüfungen, die nur durch die Bildungseinrichtung festgelegt und durchgeführt werden.

An den Hochschulen in FI, GB und NL finden die Prüfungen studienbegleitend statt. Die letzte Prüfung stellt in der Regel eine Prüfung zum abschließenden Projekt, der Bachelorarbeit, dar. Dies konnte jedoch an den Einrichtungen in GB nicht festgestellt werden.

Die Prüfungsformen sind in allen Ländern ähnlich. Es gibt immer schriftliche, mündliche und praktische Prüfungsanteile mit oder ohne Patient. Eine genauere Analyse der Prüfungen würde bestimmt einige wichtige Unterschiede erkennen lassen, dies würde aber über das Ziel dieser Studie hinausgehen.

Der Vergleich der Ausbildungssysteme konnte nicht in allen Punkten zum Ziel gelangen, da die sprachlichen Barrieren z.T. Hürden aufbauten, die im Rahmen dieser Studie nicht zu überwinden waren. Trotzdem sind die Ergebnisse für die Ziele dieser Studie ausreichend.

Im quantitativen und qualitativen Vergleich der sechs Ausbildungssysteme zeigt sich, dass die Systeme sehr unterschiedlich sind und somit ein Vergleich schwierig ist. Der Bologna Prozess sollte über das ECTS eine Transparenz in die Bildungssysteme Europas bringen, welche die Mobilität u.a. von Studierenden erhöht. In der Physiotherapie wird deutlich, dass das System bisher noch nicht in allen Ländern umgesetzt ist. Die nationalen Umsetzungsversuche sind nicht in allen Fällen transparent. Daher wird eine Mobilität von Studenten der Physiotherapie nur im Bereich der Praktika gelebt. Verbindend zwischen den Ausbildungsprogrammen Physiotherapie sind die in allen Ländern umfangreichen Praktika.

Es bleibt aber festzuhalten, dass es deutliche Unterschiede zwischen den Ausbildungsprogrammen Physiotherapie gibt, die durch nationale Gesetze geregelt sind (DK, D, A) und denjenigen physiotherapeutischen Programmen, die an einer Hochschule angeboten werden. DK zeigt einen Zwischenweg in der gesetzlich geregelten Ausbildung auf Hochschulniveau und ist vielleicht als Wegweiser für A zu sehen, wo sich das System ab 2006 ändern wird, und auch für D, wo bisher noch kein grundlegender Systemwandel zu erkennen ist.

Trotz dieser Unterschiede ist die Frage des Vergleichs von QMS der einzelnen Ausbildungsstätten noch immer aktuell. Wie DK und A zeigen, ist eine Entwicklung hin zur Hochschulausbildung Physiotherapie zu erkennen. Hier kann D vielleicht von den europäischen Nachbarländern lernen.

5. Qualitätsmanagement in der Ausbildung Physiotherapie

In diesem Kapitel wird speziell auf das Qualitätsmanagement in der Ausbildung Physiotherapie eingegangen. Die Physiotherapieausbildung ist je nach Land (Kapitel 4) ein Teil des sekundären oder tertiären Bildungswesens und somit kann davon ausgegangen werden, dass nicht in jedem Land eine eigene nur auf die Physiotherapie ausgerichtete Struktur des QM zu finden sein wird. Im ersten Teil des Kapitels werden europäische Erkenntnisse, Empfehlungen und Rahmenbedingungen für die Physiotherapie dargestellt. In den folgenden Schritten werden die besonderen QM eines Landes, die auf die Physiotherapie zutreffen, erläutert. Im Ländervergleich, am Ende des Kapitels, werden die QMS und Maßnahmen hervorgehoben, die häufig angewandt werden oder sehr Physiotherapie spezifisch sind und sich evtl. zur Übertragung in andere Länder bzw. nach Deutschland eignen könnten.

5.1 Europa

Innerhalb des Bologna Prozesses haben sich die teilnehmenden Staaten auf die Entwicklung von „Qualifications Frameworks“ im nationalen und europäischen Rahmen geeinigt (Danish Ministry of Science, Technology and Innovation, 2005). Dieser Rahmen soll die Qualifikation eines Einzelnen und die Interaktion zwischen Qualifikationen beschreiben und somit die Durchlässigkeit zwischen den Qualifikationen in alle Richtungen ermöglichen. Diese Flexibilität wird angestrebt, um z.B. das Ideal des lebenslangen Lernens und die internationale Mobilität zu unterstützen. In Berlin haben sich die europäischen Hochschulminister/innen darauf geeinigt, dass nationale Qualitätssicherungssysteme bis 2005 z.B. ein System der Akkreditierung, der Zertifizierung oder ähnliche Verfahren, enthalten sollen (Bologna Prozess Berlin, 2003). Doch wie wird gewährleistet, dass der Prozess zu den „Qualifications Frameworks“ auf einem angemessenen Niveau stattfindet?

ENQA hat 2002 durch eine Studie einen Überblick über die qualitätssichernden Aktivitäten im Bildungswesen der einzelnen europäischen Länder erstellt (ENQA, 2003). Innerhalb der Studie haben 34 Qualitätsagenturen aus 23 europäischen Ländern über einen Fragebogen Informationen zu den Strukturen und Maßnahmen der Qualitätssicherung im Bildungswesen der einzelnen Länder gegeben (ENQA, 2003). Die 34 Agenturen vertraten Hochschulen und nicht-

universitäre Ausbildungen oder eine Gruppe von beiden. Tabelle 10 stellt die gefundenen Arten und regelmäßig durchgeführten Maßnahmen der Qualitätssicherung vor.

	Eval- uation	Accredit- ation	Audit	Bench- marking
Subject	6	1	1	6
Programme	21	20	5	7
Institution	12	10	14	4
Theme	10	0	1	4

Tabelle 10: Arten der Qualitätssicherung in Europa (ENQA, 2003, Figure 2: Types of evaluation; p. 17)

Allein durch diese Aufstellung wird deutlich, dass Qualitätssicherung in der beruflichen Bildung ein sehr umfassendes Thema ist. Aus dem Blickwinkel dieser Studie zur Physiotherapie ist interessant, dass in den nordischen Ländern, den niederländisch oder englischsprachigen Agenturen die Evaluation von „programms“, welche als „ studies leading to a degree“ definiert waren, als hauptsächliche Methode genutzt wurde. Daneben wurde festgestellt, dass in dem nicht-universitären Bildungsbereich auch eher die Ausbildungsprogramme als die Institution im Blickpunkt der Verfahren standen (ENQA, 2003). Zusätzlich wird deutlich, dass es ein europaweites Netz an qualitätssichernden Agenturen gibt. Dies wird auch von der „Organisation for economic co-operation and development“ (OECD) in der „Education policy analysis 2003“ (OECD, 2003) festgestellt. „Die zunehmende Autonomie der Hochschuleinrichtungen in vielen Bereichen ging fast ausnahmslos mit der Einführung anspruchsvollerer Qualitätssicherungssysteme einher, die sich auf die Einrichtung einer nationalen Qualitätssicherungsstelle stützten. Damit hat sich die Verantwortung für die Qualität der Hochschulausbildung von einer rein internen Bewertung durch die Einrichtungen selbst zu einem externen Prozess von Peer Reviews und Beurteilungen durch andere Stellen, wie beispielsweise Qualitätssicherungs- und Finanzierungseinrichtungen verlagert“ (OECD, 2003, p. 87).

Speziell für die Physiotherapie hat sich auf europäischem Level die European Region of WCPT mit Mindeststandards und internationalen Empfehlungen für diese Berufsgruppe auseinandergesetzt. So wurde 2004, auf der Grundlage

der Meetings des WCPT im Juni 1995 und 2003, das „Education policy statement“ (European Region of WCPT, 2004) veröffentlicht. Innerhalb dieses Statements wird neben einigen anderen Aspekten, die „WCPT Declaration of Principle and Position Statement on Education“, die Beschreibung von Hintergründen zu dem Statement und die Wechselwirkung mit dem Bolognaprozess dargestellt (European Region of WCPT, 2004, p. 2). Dieses Statement setzt den groben Rahmen für die Ausbildung Physiotherapie, welcher innerhalb des „European Physiotherapy Benchmark Statement“ (European Region of WCPT, 2003) sehr detailliert ausgeführt wird. Im Unterschied zu der Definition von Benchmark in der ENQA Studie (2003) wird hier definiert: „....and provide a minimum standard against which higher education institutions should set their standards for the award“ (European Region of WCPT, 2003, p. 9). Die Benchmarks basieren auf dem „UK physiotherapy benchmark statement“, welches von der QAA in Großbritannien entwickelt worden ist. Die Benchmarks beinhalten die Bereiche „Nature and Extend of Physiotherapy; Teaching, Learning and Assessment; Academic and Practitioner Standards and Framework Common to Physiotherapy and other Health Care Profession“ (European Region of WCPT, 2003, p. 2). In allen genannten Bereichen wird das Ergebnis des Bildungsprozesses Physiotherapie in der Form: „The award holder will be able to.....“ beschrieben. Somit kann das Statement genutzt werden, um das Niveau der Absolventen einer Ausbildung Physiotherapie zu bestimmen. Des Weiteren kann es genutzt werden, um bestehende Programme zu überarbeiten oder neue zu entwickeln. Das Statement ist somit kein Curriculum sondern nur ein Überblick über europäische Mindeststandards, die erst einmal außerhalb nationaler Richtlinien liegen. Ausdrücklich wird in dem Statement daraufhin gewiesen, dass es „....for internal and external assurance of quality and standards“ (European Region of WCPT, 2003, p. 8) genutzt werden kann.

Neben dem Benchmark und Education Policy Statement werden von der European Region of WCPT auch „European Physiotherapy Service Standards“ (2003a) für Einrichtungen, die Physiotherapie als Dienstleistung anbieten, herausgegeben. Innerhalb dieser Standards gibt es einen Abschnitt über die „Clinical education of Physiotherapy students“ (European Region of WCPT, 2003a, p. 12). In diesem Abschnitt geht es um den wichtigen Aspekt der Implementierung der Theorie in den klinischen Alltag. Auch diese Standards haben

die Stellung einer Empfehlung und können in nationale Systeme aufgenommen werden.

Für Europa kann festgestellt werden, dass es ein Netzwerk von Qualitätsagenturen gibt und ein „Qualification Framework“ angestrebt wird. Für die Ausbildung Physiotherapie wird festgestellt, dass allgemeine und zusätzlich sehr detaillierte europäische Richtlinien vorliegen.

5.2 Dänemark

Wie unter 3.1.1 beschrieben wird die Ausbildung Physiotherapie in Dänemark seit 2001 durch ein neues Gesetz geregelt. Vor diesem Zeitpunkt an wurde die Qualität der Ausbildung Physiotherapie über das Ministerium für Bildung und Wissenschaft und das Gesundheitsministerium geprüft. Von den Ministerien wurden, auf der Grundlage von Verordnungen, die den Inhalt und die Struktur bestimmten, neue Programme genehmigt. Mit dem neuen Gesetz wurde die Ausbildung auf das Niveau des „Professionsbachelors“ angehoben. Der Professionsbachelor wird für Dänemark von der „The Danish Bologna follow up group“ durch ein Kompetenzprofil und Kompetenzziele in den Bereichen: „Intellectual competencies; professional and academic competencies and practical competencies“ beschrieben (The Danish Bologna follow up group, 2003, p. 20f). Innerhalb eines neuen Erlasses des Ministeriums wurde festgelegt, dass über Akkreditierungsverfahren geprüft werden muss, ob die „Summary of criteria for professional bachelor degrees“ (Danmarks Evalueringsinstitut, 2005) des Ministeriums eingehalten werden. Die Kriterienliste für den Professionsbachelor beschäftigt sich mit den Zielen und den akademischen Profilen der Ausbildung. Die Kriterien beschreiben zusätzlich die Implementierung von verschiedenen Aspekten der Forschung in die Ausbildung, benennen Kriterien für die Praktika, Dozentenqualifikation und Rahmenbedingungen der Prüfungen.

In Dänemark gibt es eine nationale Evaluierungsagentur das „Danmarks Evalueringsinstitute“ (EVA). Bis Ende 2004 erfolgte die erste Akkreditierung der „Professionsbachelor“-Programme, also auch der Physiotherapieausbildung. Die Einrichtungen mussten einen Selbstevaluationsbericht über die Erreichung der Kriterien des „Professionsbachelors“ schreiben. Im nächsten Schritt führte EVA eine Analyse des Berichts und seiner Nachweise durch, bevor ein Peer Re-

view-Verfahren und falls notwendig Ortsbegehungen stattgefunden haben. Der Bericht der EVA geht an das Ministerium für Bildung und Wissenschaft. Das Ministerium entscheidet auf Grundlage des Berichts über die Akkreditierung. Eine Nicht-Akkreditierung führt zur Einstellung der Ausbildung (<http://palantir.eva.dk/swwwwing/app/cm/Browse.jsp?PAGE=21078>; 08.07.06). Die Akkreditierungsberichte der einzelnen Anbieter von Physiotherapieausbildungen sind öffentlich zugänglich und können im Internet auf Dänisch nachgelesen werden (Danmarks Evalueringsinstitut, 2005a). Alle Programme wurden akkreditiert.

5.3 Deutschland

Wie unter 3.2 dargestellt, wird die Grundausbildung Physiotherapie in Deutschland über ein Bundesgesetz geregelt und somit ist somit Teil des sekundären Bildungsbereiches. Die Bildungshoheit für die Ausbildung Physiotherapie liegt bei den Bundesländern. Je nach Bundesland liegt die Aufsicht über die physiotherapeutischen Bildungseinrichtungen beim Kultusministerium (z.B. Bayern) oder beim Gesundheitsministerium (z.B. Hessen) und deren untergeordneten Behörden. Zum Teil ist die Verantwortung bis auf die Ebene der einzelnen Gesundheitsämter delegiert. Die aufsichtführende Behörde kann über alle Aspekte verfügen, die nicht genau im Gesetz (MPhG, 1994; PhysTh-AprV, 1994) geregelt sind. Somit stellen die gesetzlichen Regelungen ein gewisses Maß an Qualitätssicherung dar. Allerdings ist die Art der Kontrolle der gesetzlichen Vorschriften nicht geregelt. Es gibt viele Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern in der Ausgestaltung der gesetzlichen Kontroll- und Weisungsfunktion. Auf diese Weise kann es zu sehr unterschiedlichen Qualitäten der Absolventen innerhalb von Deutschland kommen. Daher kann von einem staatlichen QM oder einer systematischen staatlichen Qualitätssicherung nicht die Rede sein.

Begründet durch den Mangel an Qualitätssicherungsstrukturen im Bereich der Ausbildung Physiotherapie hat sich 1999 der „Interessenverband zur Sicherung der Qualität der Ausbildung an den deutschen Schulen für Physiotherapie e.V.“ (ISQ) gegründet. Der Zweck des Vereins ist „die Sicherung der Qualität der Ausbildung an den deutschen Schulen für Physiotherapie“ (ISQ, 2004, §2(1)). Jede physiotherapeutische Bildungseinrichtung kann Mitglied in dem

Verein werden und sich einem Qualitätsverfahren mit Audit und Siegelvergabe unterziehen. „Zu den Qualitätsanforderungen gehören:

1. die personellen Voraussetzungen und Qualifikationen der Lehrkräfte
2. der Stellenplan der Schule
3. die Voraussetzungen für die praktische Ausbildung am Patienten
4. Lernerfolgskontrollen (Evaluationsinstrumentarien)
5. schulinterne qualitätssichernde Organisationsformen
6. Raum- und Sachausstattung“ (ISQ, 2004, §3 (1) d).

Das verliehene Siegel hat drei Jahre Gültigkeit und muss über ein Reaudit alle drei Jahr verlängert werden (ISQ, 2006a). Die ISQ unterscheidet in den Kriterien der Qualitätsanforderungen zwischen Strukturqualität und Prozessqualität. Für alle Kriterien gibt es minimale und maximale Bewertungspunkte, die erreicht werden können. Die Audit-Checkliste, welche im Internet öffentlich zugänglich ist (ISQ, 2005), beschreibt sehr genau die Qualitätskriterien und gibt an, was unter dem Kriterium alles verstanden werden kann. Die Kriterien gehen von den Details der Ausstattung des Leitungsbüros oder Unterrichtsraumes, über die fachliche und pädagogische Qualifikation der Lehrenden bis zu dem Zeitpunkt der Bekanntgabe des Stundenplanes. Aspekte der Ergebnisqualität werden in keinem Kriterium einbezogen.

Dem Qualitätssicherungsverfahren der ISQ haben sich in Deutschland inzwischen 27 von ca. 250 physiotherapeutischen Bildungseinrichtungen unterzogen (ISQ, 2006). Anhand der Kriterien lässt sich sagen, dass dieses Verfahren, allein durch die Freiwilligkeit der Teilnahme und den damit verbundenen Kosten, die Qualität der Ausbildung an den teilnehmenden Einrichtungen, um einiges besser zu sichern verspricht, als allein die staatliche Aufsicht.

Seit 2001 (Elzer, Sciborski, 2005) gibt es aufbauend auf der Grundausbildung in Deutschland verschiedene Wege, um einen Bachelorabschluss in Physiotherapie zu erlangen. Diese Bachelorstudiengänge werden von Fachhochschulen angeboten. In Deutschland gibt es weitere Bestrebungen das Fach Physiotherapie zu akademisieren (www.agmtg.de; 08.07.06). Daher ist es im Zusammenhang mit dieser Studie auch wichtig, die Qualitätssicherung im Bereich der Hochschulen in Deutschland grob darzustellen. Die Hochschulrektorenkonferenz (HRK) hat 1999 und 2003 jeweils eine Umfrage zum Stand der Qualitäts-

sicherung an Hochschulen in Deutschland durchgeführt. Die Ergebnisse (Tabelle 11) zeigen eine wachsende Akzeptanz und Variabilität in den qualitätssichernden Maßnahmen und ihren Konsequenzen (HRK, 2003).

	Umfrageergebnisse 1999	Umfrageergebnisse 2002
Anzahl der Fachbereiche und Fakultäten die teilgenommen haben	839 entspricht in dieser Studie 100%	971 entspricht in dieser Studie 100%
Maßnahmen der Qualitätssicherung		
Lehrbericht	73,4%	Keine Angaben
Lehrevaluation	24,8%	75%
Studentische Veranstaltungsbewertung	88,7%	54,2% jedes Semester 45,8% in größeren Abständen
Akkreditierung	Keine Angaben	13,2%
Forschungsevaluation	Keine Angaben	20,3% haben mind. 1x eine Evaluation dieses Bereiches durchgeführt
Evaluation einer Organisationseinheit oder eines Tätigkeitsfeldes	Keine Angaben	74 geantwortet davon haben 64 mind. 1x eine Organisationseinheit oder ein Tätigkeitsfeld evaluiert
Sonstige Verfahren der Qualitätssicherung	2,5% z.B. DIN EN ISO 9000ff. , TQM	9,8% z.B. Benchmarking, DIN EN ISO 9000ff. , TQM/EFQM, andere
Konsequenzen	63,6% gaben an durch die Ergebnisse geleitet, in unterschiedlichen Bereichen Änderungen vorgenommen zu haben.	83,7% gaben Konsequenzen an. Unverbindliche Empfehlungen ca 72,8%, verbindliche Zielvereinbarungen ca. 15,4%,
Literaturangaben	HRK, 2000, S. 21ff	HRK, 2003, S. 19ff

Tabelle 11: Ergebnisse der HRK Studien zu Maßnahmen der Qualitätssicherung an Hochschulen in Deutschland von 1999 und 2002

Innerhalb von Deutschland bleibt es abzuwarten, ob die Grundausbildung Physiotherapie auf Hochschulniveau angehoben wird und somit in den Bereich der Qualitätssicherung der Hochschulen fällt oder ob das qualitätssichernde System der Hochschulen auch eine Anwendung im Bereich der Fachschulausbildung Physiotherapie finden und somit einen Mittelweg zwischen der Initiative der ISQ und den bisherigen staatlichen Ansätzen darstellen kann.

5.4 Österreich

Wie unter 3.3 beschrieben, ist die Ausbildung Physiotherapie in Österreich nicht im tertiären Bildungswesen angesiedelt und unterliegt so nicht den Kontrollen des Fachhochschulrates oder des Österreichischen Akkreditierungsrates. Beide Organisationen beschäftigen sich mit der Akkreditierung und Evaluation von Bildungsprogrammen (ENQA, 2003). Ähnlich wie in Deutschland wird die Physiotherapie über ein Gesetz geregelt. Die MTD-Ausbildungsverordnung Physiotherapie legt die genaue Stundenzahl pro Unterrichtsfach, dazu die Qualifikation des Lehrenden und die Prüfungsform (MTD-AV, 1993) fest und so übernehmen die aufsichtsführenden Behörden die Kontrollfunktion über die Umsetzung des Gesetzes. Gesetz und Aufsicht könnten als eine Art staatlicher Qualitätssicherung gesehen werden.

Ergänzend zu dem Gesetz ist 2004 das „Curricula MTD Physiotherapeutischer Dienst“ veröffentlicht worden (ÖBIG, 2004). Dieses Curriculum ist kompetenzorientiert und beinhaltet pädagogisch-didaktische Leitlinien, Ausbildungsziele, Semesterkonzepte und die Charakterisierung der Unterrichtsfächer. Das Curriculum hat allerdings nur einen empfehlenden Charakter und kann somit nicht als qualitätssichernde Struktur in der Ausbildung Physiotherapie angesehen werden.

Neben dem Gesundheitsministerium beschäftigt sich auch der österreichische Berufsverband PhysioAustria mit dem Thema Qualitätssicherung. Qualitätssicherung im Alltag eines Physiotherapeuten wird in verschiedenen Qualitätszirkeln bearbeitet, aber die Ausbildung bleibt bisher unangetastet (Physio Austria, 2004). Allerdings gibt es auf der Homepage des Verbandes einen Aufruf zur Qualitätssicherung innerhalb der Ausbildung (Igelsböck, 2006). Hier wird die Evaluation der Ausbildung in den Kategorien Produkt-, Prozess- und Servicequalität vorgeschlagen. Allerdings ist der in dieser Arbeit verwendete Aspekt der Ergebnisqualität in den Definitionen der Kategorien nicht mit berücksichtigt.

Somit ist festzustellen, dass in Österreich die Qualität der Ausbildung Physiotherapie ausschließlich über das MTD-Gesetz gesichert wird.

5.5 Finnland

Die ersten nationalen, fachspezifischen Evaluationen fanden in Finnland 1991-1992 in drei Fächern statt. Diese Evaluationen lehnten sich an das niederländische Evaluationsmodell an (Liuhanen, Sippola, Karjalainen, 2001). Die Evaluationen wurden weiterentwickelt. Von 1997–1999 wurden an Polytechnischen Hochschulen, an denen auch die Physiotherapie angesiedelt ist, Qualitätsverfahren durchgeführt, die ähnlich einer Akkreditierung waren. Diese Verfahren gab es, weil die Polytechnischen Hochschulen nur eine befristete Lehrerlaubnis hatten. 1999 bekamen diese Hochschulen eine unbefristete Lehrerlaubnis und das Verfahren wurde eingestellt (FINHEEC, 2006). Als Antwort auf das Berlin Kommuniqué 2003 (Bologna Prozess Berlin, 2003) wurde in Finnland ein Komitee für Qualitätssicherung gegründet, dem Vertreter der Higher Education Institutions (HEI's), Studenten, des Bildungsministeriums und des „Finnish Higher Education Evaluation Council“ (FINHEEC) angehörten. In 2004 empfahl das Komitee die Entwicklung von QMS an den einzelnen Hochschulen. Die QMS sollten durch FINHEEC mittels eines Auditverfahrens geprüft werden. Die HEI's und das Ministerium war mit diesem Vorschlag einverstanden, so dass FINHEEC mit Rücksprache der betroffenen Gruppen ein Auditmodell entwickelte (FINHEEC, 2006). Der Auditprozess wurde in sieben Stufen eingeteilt und endet mit einem öffentlichen Bericht. Das Audit soll das QM einer Hochschule auf zwei Niveaus untersuchen „institutional quality assurance as a whole and quality assurance relating to the HEI's main mission“ (FINHEEC, 2006, p. 12) wobei die Hauptziele beschrieben sind als „1)degree-oriented and other education, 2)research/R&D and 3)interaction with and impact on society and contribution to regional development“ (FINHEEC, 2006, p. 12).

Das Ziel des Audits sind 10 „Audit targets“, die jeweils mit vier Kriterien „absent, emerging, developing, advanced“ (FINHEEC, 2006, p. 27) beurteilt werden. Die Ziele des Audits orientieren sich an der Struktur und nicht an dem Inhalt eines Studienfaches, da sie für alle Arten von Studieninhalten passen müssen. Das Ergebnis eines Audits ist ein Zertifikat, wenn das Audit bestanden wurde. Dieses Zertifikat hat sechs Jahre Gültigkeit. Bei Nichtbestehen wird nach zwei Jahren ein Reaudit angesetzt, welches hauptsächlich die Kritikpunkte überprüft (FINHEEC, 2006, p. 35).

Physiotherapie ist ein Studienfach der HEI's und wird somit in Zukunft auch mittels dieses Auditverfahrens beurteilt. Das Auditmodell wurde in einem Pilotprojekt unter anderem in den Pirkanmaan Polytechnics durchgeführt (FIN-HEEC, 2006), die auch ein Bachelorstudium Physiotherapie anbieten.

Der finnische Physiotherapieverband hat in 2003 einen Katalog von 10 Thesen herausgegeben, der die seit 1994 bestehende „Richtlinie für die Qualitätsentwicklung Physiotherapie“ konkretisieren soll (Finlands Fysioterapeutförbund, 2003). Die 10 Qualitätsthese sind für die tägliche Arbeit eines Physiotherapeuten geschrieben. Da die Studenten die zukünftigen Physiotherapeuten sind, wäre es gut, wenn die Thesen in die Curricula der Hochschulen aufgenommen werden würden. Dieser Aspekt und die Kontrolle der Umsetzung sind Themen, die in dem Thesenkatalog des Berufsverbandes keine Erwähnung fanden, so dass die Wirkung im Bereich des Qualitätsmanagements fraglich ist.

Es wird festgestellt, dass es in Finnland ab 2006 wieder eine institutionelle Qualitätssicherung der Hochschulen und somit auch der Physiotherapie-Programme geben wird. Bisher gibt es vom Berufsverband keine inhaltlichen Qualitätsziele, somit bleibt den Hochschulen viel Freiheit in der Gestaltung der Ausbildungsprogramme. Daher kann von der inhaltlichen Qualität der Ausbildung Physiotherapie in Finnland allgemein noch nicht gesprochen werden, da die Grundlage der Qualitätsbestimmung fehlt.

5.6 Großbritannien

Das QM der Bildung ist in Großbritannien sehr umfassend gestaltet. Es gibt für Hochschulen keine staatliche Aufsichtsbehörde, sondern eine in 1990 von Hochschulen gegründete Qualitätsagentur, die „Academic Audit Unit“. Diese wurde 1992 neu gegründet und wird seit 1997 durch die „Quality Assurance Agency for Higher Education“ (QAA) fortgesetzt (Richter, 2002a). Diese Einrichtung ist unabhängig und verfolgt das Ziel, „to provide an integrated quality assurance service for higher education“ (www.qaa.ac.uk/aboutus; 22.07.06). Da die Physiotherapie, wie unter 4.5 dargestellt, an Hochschulen angeboten wird, ist die QAA die zuständige Agentur für die Qualitätssicherung. Neben der QAA ist auch der Berufsverband der Physiotherapeuten, um die Ausgestaltung und Anpassung des QMs der QAA an die Physiotherapie bemüht. Das Ziel der CSP ist „It aims to support its members and help them to provide the highest

standards of patient care“ (www.csp.org.uk; 22.07.06). Tabelle 12 stellt die sich ergänzenden Systeme und zugehörigen Richtlinien der beiden Organisationen gegenüber.

	Quality Assurance Agency for Higher Education (QAA)	The Chartered Society for Physiotherapy (CSP)
Qualification Framework	National Qualification Framework (QAA, 2001a)	Curriculum Framework for qualifying programmes in physiotherapy (CSP, 2002)
Benchmark Statements	Subject benchmark statements: Health care programmes, Physiotherapy (QAA, 2001b)	
Placement guidelines	Code of practice – Section 9: Placement learning (QAA 2001)	Clinical education placement guidelines (CSP, 2003)
Audit / Review guidelines	Handbook for Major Review of Health Profession Programmes (QAA, 2003)	Validation procedures (CSP, 2002a)

Tabelle 12: Richtlinien der QAA und der CSP zum Qualitätsmanagement in der Ausbildung Physiotherapie

Die QAA hat 2001 im „National Qualification Framework“ allgemeine Qualitätsstandards, mit dem Ziel der Transparenz und der Vergleichbarkeit der Abschlüsse, festgelegt. Die „Subject benchmark statements“ wurden mit Fachvertretern der einzelnen Disziplinen erarbeitet und haben unter anderem das Ziel, den Hochschulen als Referenzrahmen bei der Planung von neuen Studienangeboten und der internen und externen Qualitätsbeurteilung von Studienangeboten zu dienen. Die Benchmark Statements werden regelmäßig aktualisiert und durch „Programm specifications“ der einzelnen Hochschulen ergänzt. Die „Programm specifications“ enthalten die jeweiligen Lernziele, die Arbeitsformen, Prüfungsmodalitäten und die Studienpläne (Frederiks, 2001). Zusätzlich gibt es den „Code of practice“. Dies ist ein umfassendes Werk, das Regeln beinhaltet, die angeben, was die QAA von den Hochschulen in Bezug auf die internen Qualitätssicherungsverfahren erwartet.

Das Anerkennungsverfahren eines neuen Studienganges durch die CSP und die regelmäßige qualitative Kontrolle der einzelnen Studienangebote in der Physiotherapie sind durch die „Validation procedures“ (CSP, 2002a) und das

„Handbook for Major Review of Health Profession Programs“ (QAA, 2003) von der Dokumentation, über die Schulung der Gutachter bis zum Ablauf der Gutachterbesuche bis ins Detail nachlesbar. Ab 2002 soll ein „External institutional audit“ alle sechs Jahre stattfinden (QAA, 2003).

Insgesamt kann für die Qualitätssicherung der Studiengänge Physiotherapie in Großbritannien festgestellt werden, dass es ein sehr umfassendes und transparentes System der Qualitätssicherung in Bezug auf Struktur- und Prozessqualität existiert und die Ergebnisqualität ebenfalls einbezogen wird (QAA; 2003). Allerdings wird das Zusammenwirken von Berufsverband und Qualitätsagentur erst bei intensiver Auseinandersetzung mit der Materie deutlich.

5.7 Niederlande

Schon seit Ende der 80er Jahre wird an den niederländischen Hochschulen mit unterschiedlichen Verfahren die Qualität der Lehre untersucht (Klerk de; Visser, van Welie, 2001; Richter, 2000). Da die Ausbildung Physiotherapie in den Niederlanden an den Hochschulen angesiedelt ist, wird die Qualität der Ausbildung Physiotherapie spätestens seit der Verabschiedung und Umsetzung des Hochschulgesetzes von 1992 (Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek, WHW) untersucht, bewertet und verbessert. Im Rahmen dieses Gesetzes wurde festgelegt, dass jede Hochschule selbst für die Qualitätssicherung Sorge zu tragen hat, die Beurteilung der Qualität von unabhängigen Experten stattfindet, das studentische Urteil einbezogen wird und die Ergebnisse veröffentlicht werden. Die Aufsicht über die Qualitätssicherung wird von der Aufsichtsbehörde für das Hochschulwesen (Inspectie Hoger Onderwijs) wahrgenommen (Richter, 2002). In 2002 hat sich die „Nederlands-vlaamse accreditatie organisatie“ (NVAO) als unabhängige Organisation im Sinne eines Akkreditierungsrates gegründet. Die NVAO registriert Qualitätsagenturen und fällt auf der Grundlage von den Berichten der Qualitätsagenturen eine Akkreditierungsentscheidung über neue oder bestehende Studienprogramme (Dittrich, 2003). Die Grundlage für die Berichte der Qualitätsagenturen sind „ desk research: a thorough examination of a programme's self study, selfevaluation or management review; site visit of in general two days in which they will see the programme management, teaching staff, students, facilities, the examina-

tions, final theses and if appropriate alumni and employers“ (Dittrich, 2003, S. 5).

Genauere Checklisten für die interne und externe Lehrevaluation können bei Richter (2002) gefunden werden, wobei der Ablauf einer Akkreditierung sowohl bei Richter (2002) als auch in aktuellerer Form bei Dittrich (2003) nachgelesen werden können. Eine erteilte Akkreditierung hat fünf Jahre Gültigkeit (Klerk de, Visser, van Welie, 2001).

Zur Abstimmung der Inhalte der Ausbildung Physiotherapie, haben sich die Abteilungen Physiotherapie der Hochschulen in der „Studie Richting Overleg Fysiotherapie“ (SROF) zusammengeschlossen. Der SROF steht im Kontakt mit dem Berufsverband und den europäischen Physiotherapieverbänden und hat als Ziel die Steigerung der Qualität in der Ausbildung Physiotherapie durch den Austausch zwischen den Hochschulen und den angrenzenden Institutionen (Berufsverband, Ministerien NVAO). Somit unterstützt der SROF aktiv die Bemühungen um eine Qualitätsverbesserung der Ausbildung Physiotherapie ([www. fontys.nl/paramedisch/doelstelling.en.leden.37770.htm](http://www.fontys.nl/paramedisch/doelstelling.en.leden.37770.htm); 23.07.06).

5.8 Vergleich und Diskussion nationaler QMS

Bildung ist abhängig vom „Kunden“, vom Bildungsziel und der Qualitätskultur innerhalb der Bildungsinstitution. QMS sollten die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Bildungsangebotes einbeziehen (2.1). In der Ausbildung Physiotherapie der sechs untersuchten Länder konnten Strukturen von QM gefunden werden (Tabelle 13). Allerdings sind die Ausprägung der Systeme in den drei verschiedenen Qualitäten und der Umfang der Kontrolle sehr unterschiedlich.

Staat	Aufsichtsbehörde/ Methode	Berufsverband/ Methode	Andere Institu- tion/ Methode
Dänemark	Ministerium für Bildung und Wissenschaft/ Ausbildungsverordnung		EVA / Akkreditierung
Deutschland	Ministerium / MPhG und Ausbildungs- und Prüfungsordnung Physiotherapie		ISO / Auditverfahren freiwillig für Schulen
Österreich	Ministerium / MTD-Gesetz und Ausbildungsverordnung		
Finnland	Bildungsministerium / Auditverfahren	Finlands Fysioterapeutförbund / 10 Qualitätsthesen	FINHEEC / Auditverfahren für Bildungsinstitute
Großbritannien		CSP / Unterlagen, Curriculum Framework und Validation procedured mit QAA	QAA / Reviews and External institutional audits
Niederlande	Ministry of Education, Culture and Sciences / Abteilung Inspectie Hoger Onderwijs / Gesetz WHW		NVAO / Akkreditierung über Agenturen; SROF

Tabelle 13: Nationale QMS in der Ausbildung Physiotherapie im internationalen Vergleich

FI und GB sind sehr ähnlich in der Ausrichtung der Qualitätssysteme. GB hat schon lange Erfahrung mit Qualitätssicherung in der Hochschulbildung. Der neuste Ansatz der QAA ist es nicht mehr Bildungsprogramme sondern die gesamte Bildungseinrichtung zu auditieren. Somit geht es weniger um die Inhalte eines Programmes, als um die Strukturen der Bildungsprogramme und der Bildungseinrichtung. Die inhaltlichen Aspekte werden in GB von dem Berufsverband abgedeckt. In Finnland wird die Qualitätssicherung wieder neu eingeführt. So wird ab 2006 ein Audit von Institutionen wie in GB angestrebt. Allerdings ist der finnische Berufsverband noch nicht auf die inhaltliche Qualitätssicherung vorbereitet. Die Audits in GB und FI, deren Berichte öffentlich gemacht werden, haben bei positivem Ergebnis eine Gültigkeit von sechs Jahren. Ähnlichkeiten in der Qualitätskontrolle sind auch zwischen DK und NL zu finden. In beiden Länder liegen Gesetze vor, die eine Akkreditierung über eine

nationale Agentur fordern. Die Prozesse der Akkreditierung, Selbstevaluation, Gutachterbesuch und Bericht sind untereinander sehr ähnlich und haben eine inhaltliche Nähe zu dem System, welches bisher in GB angewandt wurde. Auch diese Ergebnisse der Akkreditierung werden veröffentlicht. Die Akkreditierung hat in den NL eine Gültigkeit von 5 Jahren.

D und A haben keine externen Qualitätskontrollen. Allein über die Berufsgesetze und die aufsichtsführenden Behörden wird der Fortgang der Ausbildungen überwacht. Da dies in D als unzureichend empfunden wurde, hat sich der ISQ gegründet, der sich ausschließlich auf freiwilliger Basis mit der Qualitätssicherung der Ausbildung Physiotherapie an deutschen Schulen befasst. Den Schulen wird ein QM angeboten, welches den Akkreditierungssystemen von DK und den NL sehr ähnlich ist. Es gibt eine Selbstevaluation der Schulen mit einer umfassenden Dokumentation des Ist-Zustandes. Ein Gutachter führt einen Vor-Ort-Besuch und die Sichtung der Unterlagen durch und schreibt daraufhin ein Gutachten, welches zu einer 3-jährigen Zertifizierung führen kann. Die Kriterien des ISQ sind allerdings in den quantitativen Aspekten sehr genau und lassen andere Aspekte wie die Ergebnisqualität außen vor. Trotzdem kann die Initiative des ISQ begrüßt werden, denn der Berufsverband konnte diese Arbeit nicht leisten.

Im Ländervergleich ist festzustellen, dass der Bezug zu europäischen Strukturen in DK, FI, GB und NL durch die nationalen Qualitätsagenturen gegeben ist. Über dieses System kann davon ausgegangen werden, dass ein Austausch über neue Ansätze erfolgt und die Ziele von Berlin 2003 in den Ländern diskutiert und umgesetzt werden können. Auf der beruflich-fachlichen Ebene ist diese Vernetzung in Bezug auf Qualitätssicherung nicht direkt festzustellen. Zwar sind alle Berufsverbände Mitglieder des WCPT, aber außer in GB tritt kein Berufsverband bei der Qualitätssicherung der Ausbildung inhaltlich in Erscheinung. Über die Ursachen kann an diese Stelle nur spekuliert werden, aber es könnte an den nationalen Strukturen liegen, die eine Mitwirkung von Berufsverbänden im Bildungswesen nicht vorsieht. Ein anderer Grund könnte in der inhaltlichen Ausrichtung der Berufsverbände auf Physiotherapeuten im Berufsleben sein, so dass die Ausbildung nicht im Zielgebiet der Verbände liegt.

Die Folge des nicht Eingebunden sein von Berufsverbänden ist, dass die europäischen Richtlinien des European Region of WCPT in den nationalen Qualitätsagenturen nicht bekannt sind und somit auch keine Anwendung finden. Wenn sich der Trend zur Akkreditierung oder dem Auditing von ganzen Institutionen durchsetzt, stellt sich die Frage nach der inhaltlichen Qualitätssicherung. Dieser Aspekt könnte und sollte von den Berufsverbänden aufgegriffen werden, wie in GB schon geschehen, damit die Arbeit des Berufsstandes auf Dauer qualitativ gesichert und möglichst national gleichwertig ist.

In diesem Kapitel wurde deutlich, dass in vier der sechs Länder formal ein QM besteht. Es konnte nicht festgestellt werden, was die genauen Qualitätskriterien für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind. Zusätzlich konnte nicht festgestellt werden, ob Bildungseinrichtungen ohne die Auflage von Gesetzen selbständig QM eingeführt haben und sie im Alltag nutzen. Eine Klärung dieser Aspekte ist das Ziel dieser Studie, deren Methodik im folgenden Kapitel dargestellt wird.

6. Methodik der Datenerhebung

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden vor allem qualitative Daten zu den Aspekten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Qualitätsmanagements der einzelnen Ausbildungsstätten der sechs europäischen Länder benötigt. Um einen Vergleich zwischen den Ausbildungsstätten zu ermöglichen, wurden neben der Variable „Staat“ zusätzliche unabhängige Variablen benötigt, welche die Ausbildungsstätten charakterisieren (z.B. Anzahl der Studierenden, Art der Bildungseinrichtung).

In der Literatur konnte kein Instrument gefunden werden, welches die Forschungsfragen und damit die benötigten Variablen ausreichend berücksichtigt. Aufgrund der Notwendigkeit der Erhebung von hauptsächlich qualitativen Daten mit einer europäischen Dimension und einer relativ großen Stichprobe wurde entschieden, die Datenerhebung mittels eines Fragebogens durchzuführen. Die Entwicklung des Fragebogens als Forschungsinstrument war eine Herausforderung dieser Studie.

In diesem Kapitel wird die Methodik der vorliegenden Studie, welche sich in vier Schritte gliedert, dargestellt. Als erstes wurde das Forschungsinstrument „Fragebogen“ entwickelt (6.1). Daneben wurde die Population der Studie bestimmt und die Stichprobe gewählt (6.2). Die Datenerhebung erfolgte über einen Zeitraum von fünf Monaten (6.3) und danach erfolgte die Datenanalyse (6.4). Die Ergebnisse werden in Kapitel 7 dargestellt.

6.1 Entwicklung des Forschungsinstrumentes

Die Entwicklung des Fragebogens wurde in vier Stufen durchgeführt. Zuerst wurde ein Fragebogen auf Grundlage einer ausführlichen Literaturrecherche erstellt. Zur inhaltlichen Validierung des Forschungsinstrumentes wurde eine Expertenbefragung durchgeführt. Die Pilotstudie prüfte das inhaltliche Verständnis in den verschiedenen Ländern und unterschiedlichen Ausbildungssystemen und formal den Ablauf der Datenerhebung. Im letzten Schritt wurden die Ergebnisse der Pilotstudie in einigen Punkten auf ihre Reliabilität geprüft, indem sie mit den derzeit gültigen Gesetzen, offiziellen Regelungen und Informationen des jeweiligen Landes verglichen wurden.

6.1.1 Erstellung des Fragebogens

Neben den methodischen Ansätzen spielten bei der Erstellung des Fragebogens die inhaltlichen Aspekte die größere Rolle. Kenntnisse über die Ausbildungsstrukturen in den verschiedenen Ländern und Kenntnisse über verschiedene Maßnahmen und Konzepte der Qualitätssicherung im Bildungssektor bildeten die Grundvoraussetzung für die Entwicklung des Forschungsinstrumentes. Die Entwicklung des Fragebogens basierte inhaltlich auf den Ergebnissen der Literaturrecherche.

Dillmann (2000) beschreibt sehr detailliert das Layout für Fragebögen, die eine hohe Rücklaufquote aufwiesen. Genauso gibt Dillmann (2000) viele inhaltliche Hinweise zur Gestaltung von Fragen für eine schriftliche Datenerhebung. Somit wurden, um die Rücklaufquote zu optimieren, das Layout des Fragebogens und das Design der einzelnen Fragen an die Erkenntnisse von Dillmann angelehnt. Der Fragebogen wurde in einer deutschen und einer englischen Fassung erstellt. Die Übersetzung des Fragebogens von der deutschen in die englische Sprache wurde von einem Muttersprachler vorgenommen. Jede Veränderung des Fragebogens wurde sprachlich begleitet.

6.1.2 Expertenbefragung zur Validitätsprüfung

Zur Überprüfung der inhaltlichen Validität wurde im Zeitraum von Dezember 2002 bis März 2003 der Fragebogen von acht Experten gelesen und bewertet. Als Experten wurden vier Schulleiter/Studienleiter aus drei Ländern befragt, wovon einer Erfahrung mit einer ISO-Zertifizierung hat. Zusätzlich wurden insgesamt drei Vorstandsmitglieder vom physiotherapeutischen Berufsverband, vom „Interessenverband zur Sicherung der Qualität der Ausbildung an den deutschen Schulen für Physiotherapie – Qualitätssicherungsverband e.V.“, vom „Verband leitender Lehrkräfte an Schulen für Physiotherapie Deutschland e.V.“ und vom „European Network of Physiotherapy in Higher Education“ befragt. Ein Experte war Qualitätsbeauftragter einer deutschen Fachhochschule. Einige Experten hatten eine Doppelfunktion, wie z.B. Schulleitung und Vorstandstätigkeit.

Jede Person wurde zunächst per Email oder Telefon befragt, ob sie als Experte für diese Studie zur Verfügung steht. Im zweiten Schritt erhielt jeder Experte einen Brief mit einem Anschreiben und dem Fragebogen. Nachdem die Exper-

ten die Post erhalten hatten, wurden Termine für ein persönliches oder telefonisches Interview vereinbart. Es fanden fünf persönliche geführte Interviews und, durch die länderübergreifende Auswahl der Experten, auch drei telefonisch geführte Interviews statt. Es handelte sich hierbei um halbstrukturierte Interviews, die anhand eines Interviewleitfadens (Anlage 4) von der Autorin persönlich durchgeführt wurden. Alle Interviews wurden mittels eines Tonbandes aufgenommen. Auf der Grundlage der Tonbänder wurde für jedes Interview ein Protokoll erstellt, anhand dessen die Auswertung der Expertenbefragung erfolgte. Für die Auswertung wurden alle Antworten der Experten gelesen und miteinander verglichen. Bei ähnlichen Antworten von zwei Experten oder durch die Eröffnung einer neuen Perspektive durch eine Antwort wurde die entsprechende Frage oder Antwort des Fragebogens geprüft und gegebenenfalls verändert. In einigen Anmerkungen der Experten ging es um die Formulierung von Fragen, in anderen Anmerkungen wurden fehlende Inhalte aufgezeigt. Jeder Kommentar wurde geprüft (anhand von Literatur oder anderen Expertenmeinungen) und nach der Prüfung angenommen oder verworfen. Die Rückmeldungen der Experten dienten der Überarbeitung des Fragebogens, um die Validität des anhand der Literatur entwickelten Forschungsinstrumentes zu steigern.

6.1.3 Pilotstudie

Die Pilotstudie hatte zum Ziel, das Verständnis der Fragen in deutscher und englischer Sprache zu prüfen. Zusätzlich wurde versucht, anhand der Ergebnisse die Reliabilität der Antworten zu prüfen.

Nach dem Zufallsprinzip wurde je eine Ausbildungsstätte aus den Ländern Dänemark, Österreich, den Niederlanden und Finnland ausgewählt, da hier die Gesamtzahl der Ausbildungsstätten jeweils unter 18 liegt. In Großbritannien existieren 31 Ausbildungsstätten, daher wurden hier zwei Ausbildungsstätten ausgewählt. In Deutschland nennt der Berufsverband 243 Ausbildungsstätten, daher wurden hier fünf Adressen ausgelost. Als Repräsentanten der Ausbildungsstätten für die Pilotstudie wurden die Studienleitungen, Dekane oder Schulleitungen ausgewählt.

Anfang Mai 2003 erhielten die Teilnehmer einen Brief mit der Ankündigung des Fragebogens. Eine Woche später wurde der Briefumschlag mit einem An-

schreiben, dem Fragebogen und einem freien Rückumschlag per Post an die Teilnehmer verschickt. Die Teilnehmer der Pilotstudie füllten den Fragebogen aus und wurden gebeten, kritische Anmerkungen zu machen, oder Probleme mit dem Fragebogen schriftlich aufzuzeigen. Bei Fragebögen, die 10 Tage nach Ablauf des Rücksendedatums noch nicht vorlagen, erfolgte ein Erinnerungsanruf oder eine Email. Es dauerte im Durchschnitt 21 Tage bis Antworten vorlagen. Bei allen vorliegenden Fragebögen erhielten die Teilnehmer einen Dankesbrief. Das Ziel war es, alle Fragebögen der Pilotstudie zurückzubekommen. Dieses Ziel wurde trotz vielfältigem telefonischen und Email gestütztem Nachfassen nicht erreicht. Von 11 ausgelosten Teilnehmern der Pilotstudie schickten neun die ausgefüllten Fragebögen zurück. Bei den nicht zurückgesandten Fragebögen handelte es sich jeweils um einen Teilnehmer aus Deutschland und Großbritannien. In beiden Ländern wurden mehrere Ausbildungsstätten befragt, so dass trotz der fehlenden Antworten verwertbare Daten vorlagen. Die Pilotstudie wurde im Juli 2003 abgeschlossen.

6.1.4 Auswertung der Pilotstudie

Die Fragebögen der Pilotstudie wurden unter verschiedenen Gesichtspunkten ausgewertet. Erstens wurde geprüft, ob alle Fragen beantwortet und mit sinnvollen Antworten versehen worden sind, um das Verstehen der Fragen der Befragten in deutscher und englischer Sprache zu prüfen. Hier wurde festgestellt, dass zu allen Fragen sinnvolle Antworten zustande kamen. Die Rückseite des Fragebogens wurde nur in einem Fall für einen Kommentar genutzt.

Am aufwändigsten war im zweiten Schritt der Vergleich der Antworten mit den offiziellen Gesetzen, Regelungen und Informationen eines Landes. Um sicherzugehen, dass die Fragen richtig verstanden waren und die Informationen auch zuverlässig sind, wurde entschieden, dass zugängliche Informationen über die Ausbildung eines Landes mit der Antwort des Teilnehmers verglichen wurden. Hierzu wurden die Berufsgesetze, Informationen der Berufsverbände oder Literatur über die Bildungssysteme des jeweiligen Landes zu Hilfe genommen. Da es nicht zu allen Fragen offizielle Quellen gibt, konnten auf diese Art und Weise nur einige Fragen berücksichtigt werden. Dieser Prozess, der hauptsächlich zur Überprüfung der erhaltenen Informationen (besonders Frage 1, 2, 21, 22, 23 und teilweise Frage 9-11) diente, benötigte einen großen

Zeitaufwand und führte nur zu marginalen Veränderungen des Fragebogens. Schlussendlich wurden die Antworten als zuverlässig angesehen.

6.2 Auswahl der Stichprobe

Als Population für diese Studie wurden die physiotherapeutischen Ausbildungsstätten innerhalb der europäischen Länder Dänemark, Deutschland, Finnland, Großbritannien, Niederlande und Österreich definiert.

Die Auswahl der Länder erfolgte erstens unter dem Augenmerk der Heterogenität der Ausbildungsstrukturen. In den ausgewählten Ländern wird das Fach Physiotherapie zum Teil an Berufsfachschulen, aber auch an Universitäten gelehrt. Diese Heterogenität führt zu entsprechend unterschiedlichen Abschlüssen, die alle zur Berufsausübung befähigen. Diese Unterschiede sollten in den Studien berücksichtigt werden können. Zweitens beachtet der Aspekt der Länderauswahl die sprachlichen Ausrichtung der Länder. In allen vorgeschlagenen Ländern wird entweder Deutsch oder Englisch in sehr guten Maße gesprochen, so dass die Untersuchung in den Sprachen Deutsch und Englisch durchgeführt werden konnte. Als Repräsentanten der physiotherapeutischen Ausbildungsstätten wurden die Schulleiter, Studienleiter bzw. Dekane befragt.

Da es in den meisten Ländern nur eine begrenzte Anzahl von physiotherapeutischen Bildungseinrichtungen gibt wurde festgelegt, dass die Gesamtheit der Ausbildungseinrichtungen befragt wird. In Deutschland indes ist die Anzahl der Ausbildungseinrichtungen zu hoch, so dass hier eine randomisierte Stichprobe zur Anwendung kam.

In jedem Land wurde die Stichprobe genau festgelegt:

- a) Dänemark: Gesamtheit der acht Ausbildungsstätten, die durch den Berufsverband anerkannt und genannt werden, ohne die Einrichtung, die an der Pilotstudie teilgenommen hat. Stichprobe:
7 Ausbildungsstätten
- b) Deutschland: Hier wurde eine randomisierte Auswahl durchgeführt, da 243 Ausbildungsstätten in der jährlichen Auflistung der Ausbildungsstätten durch den Berufsverband der Physiotherapeuten genannt werden. Stichprobe: 50 Ausbildungsstätten

- c) Finnland: Gesamtheit der 17 Ausbildungsstätten, die durch den Berufsverband anerkannt und genannt werden, ohne die Einrichtung, die an der Pilotstudie teilgenommen hat. Stichprobe: 16 Ausbildungsstätten
- d) Großbritannien: Gesamtheit der 31 Ausbildungsstätten, die durch den Berufsverband anerkannt und genannt werden, ohne die zwei Einrichtungen, die an der Pilotstudie teilgenommen haben. Stichprobe: 29 Ausbildungsstätten
- e) Niederlande: Gesamtheit der 11 Ausbildungsstätten, die durch den Berufsverband anerkannt und genannt werden, ohne die Einrichtung, die an der Pilotstudie teilgenommen hat. Stichprobe: 10 Ausbildungsstätten
- f) Österreich: Gesamtheit der 16 Ausbildungsstätten, die durch den Berufsverband anerkannt und genannt werden, ohne die Einrichtung, die an der Pilotstudie teilgenommen hat. Stichprobe: 15 Ausbildungsstätten

Die Gesamtzahl der zu befragenden Bildungseinrichtungen war 127.

6.3 Datenerhebung

Im April 2005 erhielten alle Teilnehmer der Studie auf postalischem Wege ein Ankündigungsschreiben für die Studie (Anlage 5). Ungefähr eine Woche später erhielten die Teilnehmer einen Brief mit einem Anschreiben (Anlage 6), in welchem das Anliegen dieser Studie kurz erläutert wird und der Datenschutz der Angaben zugesichert wird, den Fragebogen (Anlage 7) und einen portofreien Rückumschlag. Für die Rücksendung des Fragebogens erhielten die Teilnehmer 16 Tage Zeit.

Direkt auf die Anfrage zur Teilnahme an der Studie reagierten 63 Teilnehmer oder 49,61% der Stichprobe mit der Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens (Tabelle 14).

Kontaktform	Anzahl der Antworten von N=127	Antworten in Prozent der Stichprobe
Brief mit Fragebogen	63	49,61%
Email-Nachfrage	23	18,11%
Telefon-Nachfrage	12	9,44%
Gesamt	98	77,17%

Tabelle 14: Rücklauf der Datenerhebung mittels eines Fragebogens

An diejenigen Einrichtungen, deren Fragebögen 14 Tage nach Ablauf des Rücksendedatums nicht eingegangen waren, wurde ein Folge-Email mit der Bitte um Teilnahme an der Studie verschickt. Aufgrund der Email-Nachfrage wurden acht Fragebögen neu verschickt, die nicht angekommen waren. Ebenfalls innerhalb bis zu 14 Tagen nach dem Rücksendedatum schickten 23 weitere Teilnehmer ihre Antworten, so dass die Gesamtrücksendung auf 86 Antworten oder 67,72% der Stichprobe anstieg. Da aufgrund der guten Responserate die Wahrscheinlichkeit hoch war, dass diese noch gesteigert werden konnte, wurde nach weiteren 20 Tagen eine telefonische Nachfrage gestartet. In Finnland begann nun schon die vorlesungsfreie Zeit, daher wurde im August 2005 die telefonische Nachfrage in diesem Land weiter fortgesetzt. Die telefonische Nachfrage sorgte für einen Anstieg der Antworten auf 98 Fragebögen und somit einer Responserate von 77,17%.

Nach der Beantwortung und Rücksendung des Fragebogens erhielt jeder Teilnehmer einen Dankesbrief (Anlage 8) und erhielt das Angebot, die Ergebnisse der Umfrage zugesandt zu bekommen. Von dieser Möglichkeit machten 43 Bildungseinrichtungen Gebrauch und bekamen im Dezember 2005 per Post eine Ergebnisübersicht zugesandt.

6.4 Datenanalyse

Zur Beantwortung der Forschungsfragen 1 „Welche Aspekte des Qualitätsmanagements gibt es an europäischen Ausbildungsstätten?“ und 2 „Wie setzen europäische Ausbildungsstätten für Physiotherapie verschiedene Aspekte des Qualitätsmanagements um?“ wurden die erhobenen Daten in absoluter und in prozentualer Verteilung zusammengefasst und in Kapitel 7 präsentiert. Einzel-

ne Ergebnisse wurden zueinander ins Verhältnis gesetzt, um Zusammenhänge darzustellen.

Die meisten Daten sind in einem Nominalskalenniveau erhoben worden. Hier wurde der Modus als Maß der zentralen Tendenz bestimmt. Für die Fragen, deren Beantwortung ein Ordinalskalenniveau vorsieht (F 4/7/15/16/18/21/27), wurde die zentrale Tendenz mittels des Modus und Medians bestimmt. Die Daten wurden je nach Aussagekraft im Text beschrieben oder in Tabellen dargestellt.

Für Forschungsfrage 3 „Sind die erhobenen Aspekte des Qualitätsmanagements untereinander vergleichbar?“ wurde in Kapitel 7.2 eine länderspezifische Häufigkeitsauswertung vorgenommen, um Besonderheiten, die z.B. kulturell oder bildungspolitisch bedingt sind, zu erkennen. Durch eine χ^2 Signifikanzberechnung sollte festgestellt werden, ob die auftretenden Unterschiede zufällig oder überzufällig sind.

7. Qualitätsmanagement in der Ausbildung Physiotherapie:

Ergebnisdarstellung

Von 127 Befragten sendeten 77,17% (n=98) den Fragebogen ausgefüllt zurück. Alle Fragebögen sind von der Zielgruppe so beantwortet worden, dass sie in die Datenanalyse aufgenommen werden konnten.

	DK	D	FI	GB	NL	A
Anzahl der Antworten	6	41	10	19	8	14
Angeschriebene Bildungs- einrichtungen	7	50	16	29	10	15
% von angeschrie- benen Bildungseinrichtungen	85,7	82	62,5	65,5	80	93,3

Tabelle 15: Anzahl der Antworten je Land im Verhältnis zu der Anzahl der angeschriebenen Bildungseinrichtungen

In jedem Land wurde mindestens ein Rücklauf von 62,5% verbucht, wobei die höchsten Rücklaufquoten in Österreich und Dänemark erreicht wurden (Tabelle 15). In beiden Ländern hat jeweils nur eine Einrichtung nicht an der Studie teilgenommen. Durch diese hohen Quoten und die Befragung der gesamten Population in allen Ländern, außer Deutschland, ist es sehr wahrscheinlich, dass die unter 6.2 dargestellten Ergebnisse die Verhältnisse der Ausbildung Physiotherapie in den einzelnen Ländern recht genau darstellen.

Neben dem Staat wurden die Art der Bildungseinrichtung Frage (F) 22 und die Größe der Bildungseinrichtung (F23) als abhängige Variablen gesammelt. Es haben 22 (22,4%) Universitäten, 19 (19,4 %) Fachhochschulen, 40 (40,8%) Berufsfachschulen/Lehranstalten, 5 (5,1%) Kooperationen zwischen Berufsfachschule und Hochschule und 12 (12,2%) andere Einrichtungen geantwortet. Die unter „Keine der genannten, sondern:“ angeführten Bildungseinrichtungen waren zu 100% Akademien.

Die Größe der Bildungseinrichtung wurde durch F23 erfragt. 96,9% (n=95) der Einrichtung haben diese Frage beantwortet⁵. Die Spannweite beträgt 1135, vom Minimum 15 bis zum Maximum 1150 Schüler/Studenten in der Basisausbildung Physiotherapie. Der Modus liegt bei 60 und 72, der Median bei 108 und der Mittelwert bei 172,7 Schüler/Studenten in der Basisausbildung. Die Standardabweichung beträgt 176,5. In Perzentile eingeteilt sind bei Perzentil 25: 72, bei Perzentil 50 (siehe Median): 108 und bei Perzentil 75: 220 Schüler/Studenten in der Basisausbildung Physiotherapie zu finden.

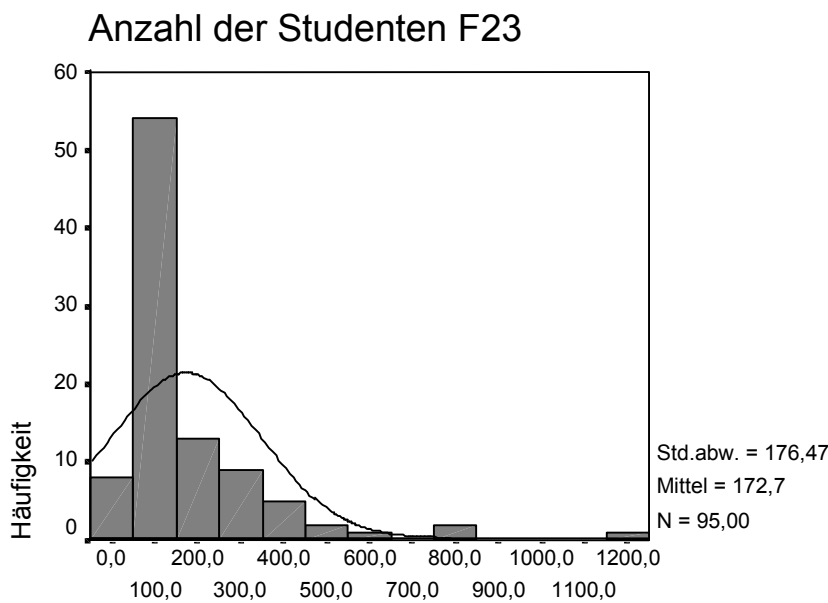


Abbildung 1: Anzahl der Studenten in der Basisausbildung Physiotherapie

Es konnte nicht festgestellt werden, dass die nicht antwortenden Bildungseinrichtungen aus einer bestimmten Art der Bildungseinrichtung kamen, eine bestimmte Größe der Bildungseinrichtung repräsentierten oder einem bestimmten Land angehörten.

Neben den Merkmalen der Bildungseinrichtung wurden auch Merkmale der Person abgefragt, die den Fragebogen ausgefüllt hat. Die Anschreiben wurden

⁵ Die große Spannweite der Werte lässt den Schluss zu, dass wahrscheinlich nicht alle Antworten auf die Frage korrekt sind und dass einige Zahlen die Neuaufnahme von Schülern/Studenten pro Jahr abbilden. Zusätzlich muss berücksichtigt werden, dass bei 4-jährigen Ausbildungsgängen die Anzahl der Teilnehmer um ein Drittel größer sein muss als bei 3-jährigen Ausbildungsgängen. Dies wurde in der Frage nicht differenziert.

an die Leitung des Ausbildungs- bzw. Studienganges Physiotherapie geschickt. In den Antworten zu F25: „Welche Funktion üben Sie an der Bildungseinrichtung aus?“ und F26: „Wie heißt Ihr höchster Bildungsabschluss?“ wurde festgestellt, dass 54% (n=53) der Fragebögen tatsächlich von der Studien- bzw. Schulleitung Physiotherapie ausgefüllt wurden (Tabelle 16). Zum Teil ist die Studien- bzw. Schulleitung gleichzeitig auch die Leitung der Bildungseinrichtung, so dass der Fragebogen zu 80,6% (n=79) von der angestrebten Zielgruppe ausgefüllt worden ist. Zu 40,8% (n=40) hat die Leitung der Physiotherapie einen akademischen Abschluss auf dem Master/Magister/Diplom Niveau. In 29,6% (n=29) der Bildungseinrichtungen reicht eine Anerkennung als staatliche anerkannte/r Physiotherapeut/in für die Leitungsfunktion aus⁶.

⁶ Bei der Bewertung der Daten aus Fragen F25/F26 muss berücksichtigt werden, dass sich die Kategorien der Funktionsbezeichnung und die der Qualifikationen überschneiden und von daher vorsichtig interpretiert werden müssen.

			Funktion der Person F25					Gesamt
			Leitung der Bildungseinrichtung	Dekan Fachbereich	Studienleitung Physiotherapie	Dozent Physiotherapie	Sonstiges	
Bildung der Person F26	PT Anerkennung	Anzahl	11	1	18		3	33
		% von Funktion der Person F25	42,3	50,0	34,0		23,1	33,7
	PhD / Doktor	Anzahl	1		4	1	2	8
		% von Funktion der Person F25	3,8		7,5	25,0	15,4	8,2
	Master / Magister / Diplom	Anzahl	12	1	28	1	7	49
		% von Funktion der Person F25	46,2	50,0	52,8	25,0	53,8	50,0
	Bachelor	Anzahl	2		3	1	1	7
		% von Funktion der Person F25	7,7		5,7	25,0	7,7	7,1
	Sonstiges	Anzahl				1		1
		% von Funktion der Person F25				25,0		1,0
	Gesamt	Anzahl	26	2	53	4	13	98
		% von Funktion der Person F25	100	100	100	100	100	100

Tabelle 16: Funktion der Person versus Höchster Bildungsabschluss der Person, die den Fragebogen ausgefüllt hat (F25xF26)

72,5% (N=98) der antwortenden Personen gaben an, mit dem QMS ihrer Einrichtung sehr zufrieden (14,3%) oder zufrieden (58,2%) zu sein. Nur 6,1% (N=98) waren unzufrieden mit dem QMS an ihrer Einrichtung.

7.1 Darstellung der Ergebnisse

Die Teilnahme an einem QMV (F21) vermittelt einen generellen Eindruck darüber, in wie weit sich eine Bildungseinrichtung strukturiert mit der Thematik des QM auseinandergesetzt hat. 63,3% (n=62) der Bildungseinrichtungen nehmen an nationalen oder europäischen Qualitätsverfahren mit (36,7%) oder ohne (26,5%) Zertifizierung teil (Tabelle 17). Zusätzlich wird von 7,1% (n=7) die Durchführung eines Qualitätsverfahrens geplant. 23,5% (n=23) der Einrichtungen nehmen an keinem Qualitätsverfahren teil und haben auch kein Verfahren in Planung. Sechs Einrichtungen (6,1%) haben keine Aussage zu dieser Frage getroffen.

	Qualitätsverfahren mit Zertifikat	Qualitätsverfahren ohne Zertifikat
DIN EN ISO (Weltweit)	9 (9,1%)	2 (2,0%)
ISQ (Deutschland)	7 (7,1%)	0
Quality assurance agency (Großbritannien)	5 (5,1%)	2 (2,0%)
Eigenes/regionales Sys- tem der Bildungseinrich- tung	0	4 (4,1%)
EFQM (Europa)	0	3 (3,1%)
Sonstige	4 (4,1%) (KTQ, BCS, IIP, FNK)	1 (1,0%) (KBP)
Gesamt: Anzahl (Prozent von N=98)	36 (36,7%)	26 (26,5%)

Tabelle 17: Art der Qualitätsverfahren mit und ohne Zertifikat, die in der Ausbildung Physiotherapie Anwendung finden (F21)

Innerhalb eines Qualitätsverfahrens wird oft ein Mission Statement oder ein Leitbild gefordert. Daher ist es interessant festzustellen, dass von 98 Einrichtungen 69 ein QMV durchführen oder es planen, aber nur 49 (50%) Einrichtungen angeben ein Mission Statement für den Bereich Physiotherapie zu haben. In Tabelle 18 wird das Verhältnis von Teilnehmern an QMV zu Mission Statement-Inhabern wiedergegeben. Überraschend kann festgestellt werden, dass von den 62 Einrichtungen, die an einem QMV teilnehmen, nur 37 (59,7% bei N=62) angegeben haben, ein Mission Statement für den Bereich Physiotherapie vorliegen zu haben. Andererseits haben sechs Einrichtungen ein Mission Statement, ohne an einem QMV teilzunehmen.

Qualitätsmanagementverfahren versus Mission Statement (F21xF20)

			Mission Statement F20		Gesamt
			Nein	Ja	
Qualitätsmanagementverfahren F21	Nein, keine Planung	Anzahl	15	6	21
		% von Mission Statement F20	38,5	13,0	24,7
	Nein, aber Planung	Anzahl	2	3	5
		% von Mission Statement F20	5,1	6,5	5,9
	Ja, ohne Zertifikat	Anzahl	10	14	24
		% von Mission Statement F20	25,6	30,4	28,2
	Ja, mit Zertifikat	Anzahl	12	23	35
		% von Mission Statement F20	30,8	50,0	41,2
Gesamt		Anzahl	39	46	85
		% von Mission Statement F20	100	100	100

Tabelle 18: Antworten auf die Fragen: „Wird an Ihrer Bildungseinrichtung zurzeit ein QMV durchgeführt?“ und „Hat Ihre Bildungseinrichtung im Bereich Physiotherapie einen Leitgedanken bzw. ein Mission Statement oder eine Qualitätsrichtlinie/Quality Policy?“

Im Fragebogen wurde nach dem Inhalt des Mission Statements gefragt (F20). 30 Einrichtungen stellten ein Mission Statement zur Verfügung. Drei gaben an diese Stelle an, dass ein Leitgedanke zurzeit in Arbeit ist. Von den 30 Mission Statements oder Leitbildern, zu denen Texte angegeben waren, bezogen sich 20 direkt auf die Ausbildung Physiotherapie, sechs bezogen sich auf den Gesundheitsbereich der Bildungseinrichtung und vier bezogen sich auf die gesamte Bildungseinrichtung.

Bei der inhaltlichen Analyse der Leitbilder wurde drei Bereiche identifiziert, die in vielen Leitbildern wichtig waren: Ausbildung der Persönlichkeit, Methodik

bzw. Qualifikation der Lehrenden und Ausbildungsinhalte Physiotherapie. In Tabelle 19 werden die in mindestens drei verschiedenen Leitbildern genannten Aspekte aufgezählt, die bei der Analyse der Leitbilder hervortraten. Die Zahl in Klammern nennt die Häufigkeit, mit der dieser Punkt innerhalb der 30 Leitbilder genannt wurde. Zusätzlich gab es eine Vielzahl von Aspekten innerhalb der drei Kategorien, die nur ein oder zweimal genannt wurden. Nur vier Leitbilder haben einen Aspekt einbezogen, der sich auf die Weiterentwicklung oder Netzwerkbildung innerhalb des Berufsstandes bezog und nur eine Einrichtung hat eine europäische Perspektive aufgenommen.

Ausbildungsinhalte	Ausbildung der Persönlichkeit	Methodik bzw. Lehrerqualifikation
Kontinuierliche Qualitätsverbesserung (3x)		
Vorbereitung auf das Berufsleben (9x) Gute Verknüpfung von Theorie und Praxis (5x) Anwendung von Wissenschaft im Unterricht (5x) Wissenschaftliches Fundament der Ausbildung (5x) Physiotherapeutischer Prozess soll gelernt werden (4x) Interdisziplinarität (3x) Gute Kooperation mit Kollegen der Praxis (3x)	Persönlichkeitsentwicklung (10x) Selbständiges Handeln (6x) Reflexionsfähigkeit (5x) Teamfähigkeit (3x)	Bereitstellen einer guten Lernumgebung (6x) Student übernimmt Lernverantwortung (5x) Problemlösender Ansatz (3x) Anregung des lebenslangen Lernens (3x) Höchste Qualität der Lehre (4x) Hohe Fachkompetenz der Lehrer (5x) Hohe pädagogische Kompetenz der Lehrer (4x) Lehrer bilden ein Team (4x)

Tabelle 19: Inhaltliche Auswertung der Leitbilder (F20)

Innerhalb von QMV werden verschiedene Aspekte des Bildungsprozesses bewertet. Um einen Zusammenhang zwischen den einzelnen Fragen des Forschungsinstrumentes darzustellen, werden die Fragen des Forschungsinstrumentes, wie in der Literatur empfohlen (Forum Bildung, 2001), in die drei Kategorien Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität eingeordnet.

Fragen zur Strukturqualität im Bildungswesen beschäftigen sich in dieser Studie mit Eingangsqualifikationen der Teilnehmer, den Qualifikationen der Lehrenden und der Ausstattung der Bildungseinrichtung (F1, F2, F9-12 und F19). Die Prozessqualität wird anhand von Fragen über Kenntnis- und Fertigkeitsvermittlung, über die Weiterbildung von Dozenten und die Anwendung von Maßnahmen des Qualitätsmanagements dargestellt (F3, F4, F6-8 und F13-18). Die Ergebnisqualität des Bildungsangebotes Physiotherapie wird in dieser Studie nur mit der Befragung zur Arbeitsplatzsituation nach fünf Jahren geprüft (F5).

7.1.1 Strukturqualität in der Ausbildung Physiotherapie

Die Bedingungen, unter denen ein Bewerber die Chance hat, einen Ausbildungs-/Studienplatz zu bekommen, sind sehr vielschichtig. Zum einen muss ein Bewerber Vorleistungen erbringen, die in Form von Zertifikaten und Zeugnissen nachgewiesen werden. Zum anderen wird in vielen Einrichtungen eine Eignungsprüfung gefordert (7.1.1.1). Neben der Qualifikation der Teilnehmer zählt die Qualifikation der Schulleitung, der Lehrer und Praktikumsanleiter (7.1.1.2) und die Ausstattung (7.1.1.3) zur Strukturqualität der Ausbildung. Alle Aspekte wurden in dieser Studie untersucht und werden im Folgenden dargestellt.

7.1.1.1 Anforderungen an Teilnehmer

Jede Einrichtung hat verschiedene Kriterien, die ein Bewerber erfüllen muss, um sich für den Studiengang Physiotherapie zu qualifizieren. Kein Kriterium, welches im Fragebogen angegeben wurde, wird überdurchschnittlich häufig als Einstiegs-kriterium genutzt (Tabelle 20). In dem offenen Teil der Frage wurde von 10,2% (n=10) der Eignungstest als Kriterium angegeben. Zusätzlich differenzierten in dem offenen Teil der Fragen 8,2% (n=8) der Bildungseinrichtungen die schulische Vorbildung in Form von Schuljahren; 8,2% (n=8), die außerschulische Vorerfahrung, wie z.B. Erfahrung in der Physiotherapie, soziale Vorerfahrung oder ein Jahr Arbeitserfahrung, und 6,1% (n=6) das Kriterium „Best. Notendurchschnitt“ mit z.B. „A Levels and GCSE“. Nur 7,1% (n=7) der Bildungseinrichtungen forderten Gutachten wie z.B. ein Gesundheitszeugnis

oder das polizeiliche Führungszeugnis und drei (3,1%) Bildungseinrichtungen gaben Persönlichkeitsmerkmale wie z.B. Flexibilität als Einstiegskriterien an.

Einstiegsbedingungen Schüler/Studenten (F1)

	Häufig- keit	Prozent von N=98
Es bestehen keine Bedingungen zum Erhalt eines Ausbildungsplatzes.	0	0
Mind. 10 Jahre Schulbesuch mit erfolgreichem Abschluss	42	42,9
Abitur oder mind. 12/13 Jahre Schulbesuch mit erfolgreichem Abschluss	60	61,2
Mindestalter	52	53,1
Best. Notendurchschnitt	37	37,8
Vorpraktikum	24	24,5
Sonstiges	44	44,9
Gesamt	259	264,3

Tabelle 20: Antworten auf die Frage: „Welche Bedingungen muss ein Schüler/Student, neben einer evtl. Eignungsprüfung, erfüllen, um an Ihrer Bildungseinrichtung einen Ausbildungs- bzw. Studienplatz für Physiotherapie zu erhalten? (Mehrfachnennung möglich)“

78,6% (N=98) aller Bildungseinrichtungen führen eine Eignungsprüfung durch, bevor ein Bewerber einen Schul- bzw. Studienplatz erhält (Tabelle 21).

59,18% der Einrichtungen führen sogar ein mindestens zweistufiges Verfahren durch, um zu entscheiden, welcher Bewerber einen Platz erhalten soll. Mit 71,43% ist das Interview die am häufigsten genutzte Form der Eignungsprüfung. Die schriftlichen (51,02%) und praktischen Prüfungen (56,12%) werden fast gleich häufig und immer noch bei mehr als der Hälfte aller Einrichtungen zur Eignungsprüfung angewandt.

Eignungsprüfung (F2)

	Häufigkeit	Prozent von N
Nein	21	21,4
Ja, ein Interview wird gefordert.	16	16,3
Ja, schriftliche Eignungsprüfungen werden gefordert.	1	1,0
Ja, praktische Eignungsprüfungen werden gefordert.	2	2,0
Interview, schriftliche und praktische Eignungsprüfungen werden gefordert.	40	40,8
Ein Interview und praktische Eignungsprüfungen werden gefordert.	9	9,2
Ein Interview und schriftliche Eignungsprüfungen werden gefordert.	5	5,1
Schriftliche und praktische Eignungsprüfungen werden gefordert.	4	4,1
Gesamt 0 Fehlende Werte, N=98	98	100

Tabelle 21: Antworten auf die Frage: „Fordert Ihre Bildungseinrichtung für den Bereich Physiotherapie vor der Vergabe der Ausbildungs-/Studienplätze eine Eignungsprüfung der Schüler/Studenten? (Mehrfachnennung möglich)“

7.1.1.2 Anforderungen an Schulleitung, Lehrer und Praktikumsanleiter

Die Qualität der Ausbildung Physiotherapie wird, neben den Einstiegskriterien für die Schüler-/Studenten als Teilnehmer der Bildungsmaßnahme, maßgeblich durch die Qualifikation und Erfahrung der Lehrkräfte und Dozenten mitbestimmt. Die Fragen 9-12 erfragen die Kriterien, die eine Lehrkraft für ein praktisches bzw. theoretisches Fach, ein Anleiter im Praktikum und die Schul-/Studienleitung erfüllen müssen.

Anforderungen an Schulleitung und Lehrer (F9, F10, F12)

	F9		F10		F12	
	Häufigkeit	Prozent von N	Häufigkeit	Prozent von N	Häufigkeit	Prozent von N
0 Fehlende Werte, N=98						
Physiotherapeutische Berufsanerkennung	94	95,9	25	25,5	91	92,9
Akademischer Abschluss (Bachelor, Diplom, Magister, Doktor)	40	40,8	94	95,5	54	55,1
Pädagogische Ausbildung/Weiterbildung	76	77,6	47	48	85	86,7
Fachliche Weiterbildungen	63	64,3	39	39,8	69	70,4
Berufserfahrung als Physiotherapeut	90	91,8	24	24,5	85	86,7
Sonstiges	5	5,1	20	20,4	21	21,4

Tabelle 22: Antworten auf die Frage: „Welche formalen Anforderungen werden an Ihrer Bildungsstätte an

F9: einen Lehrer für ein praktisches Fach (z.B. Massage, Befund) gestellt?“

F10: einen Lehrer für ein theoretisches Fach (z.B. Anatomie, Pathologie) gestellt?“

F12: die Schul-/Studienleitung Physiotherapie gestellt? (*jeweils Mehrfachnennung möglich*)“

Im Vergleich der Anforderungen an einen praktischen Fachlehrer und die Schul-/Studienleitung sind die physiotherapeutische Berufsanerkennung, die Berufserfahrung und die pädagogische Weiterbildung die drei wichtigsten Kriterien (Tabelle 22). Für beide Berufsgruppen werden zusätzlich in leicht unterschiedlicher Gewichtung die fachliche Weiterbildung und ein akademischer Abschluss gefordert. Eindeutig sind jedoch die zusätzlichen Anforderungen an die Leitungsposition. Von jeweils 7,1% (n=7) der Bildungseinrichtungen wird für die Leitungsposition Lehrerfahrung und eine Managementausbildung bzw. eine Fortbildung für Führungskräfte gefordert.

Der Lehrer für ein theoretisches Fach (F10) hat ein etwas anderes Profil. Für diese Berufsgruppe steht der akademische Abschluss weit im Vordergrund (95,4% n=94). Bei weniger als der Hälfte der theoretischen Fachlehrer wird eine pädagogische (48% n=47) oder fachliche Weiterbildung (39,8 n=39) ge-

fordert. Diese Differenz zwischen den Lehrern im praktischen Fach und im theoretischen Fach wird auch in den Angaben unter „Sonstiges, bitte nennen: ...“ einer jeden Frage deutlich.

Für Lehrer im praktischen Fach wurden von drei Bildungseinrichtungen zusätzlich soziale Kompetenzen gefordert. Bei den Lehrern für das theoretische Fach wurde von 8,2% (n=8) der Bildungseinrichtungen angegeben, dass eine ärztliche (oder sogar fachärztliche) Qualifikation vorliegen muss. Von 7,1% (n=7) der Bildungseinrichtungen wurde ergänzt, dass Berufserfahrung im zu haltenden Fach gefordert wird. Zusätzlich wurden einige andere Qualifikationen (z.B. Sportwissenschaftler, Physiker, Dipl.-Med.-Päd.) genannt, die berechtigen, ein theoretisches Fach in der Ausbildung/dem Studium Physiotherapie zu lehren.

Neben dem Lehrpersonal und der Leitung an der Bildungseinrichtung stellt für die Ausbildung/das Studium der Physiotherapie die Gruppe der Praktikumsanleiter eine wichtige Komponente dar. Die Schüler/Studenten halten sich zum Teil über Wochen oder Monate nicht an der Bildungseinrichtung auf, sondern sie befinden sich im praktischen Einsatz in einer medizinischen Einrichtung. Hier werden sie von den so genannten Praktikumsanleitern betreut. Bei nur 15,3% (n=15) der Bildungseinrichtungen ist der Praktikumsanleiter in den Lehrbetrieb an der Bildungsstätte eingebunden (Tabelle 23). Berufsanerkennung, Berufserfahrung und fachliche Weiterbildung sind die am häufigsten geforderten Kriterien für einen Praktikumsanleiter. Nur 27,6% (n=27) der Bildungseinrichtungen fordern eine pädagogische Ausbildung.

Anforderungen an Praktikumsanleiter (F11)

0 Fehlende Werte, N=98	Häufigkeit	Prozent von N
Es gibt keine Anforderungen durch die Bildungseinrichtung	5	5,1
Muss Lehrer der Bildungseinrichtung sein	15	15,3
Physiotherapeutische Berufsankennung	92	93,9
Akademischer Abschluss (Bachelor, Diplom, Magister, Doktor)	11	11,2
Pädagogische Ausbildung/Weiterbildung	27	27,6
Fachliche Weiterbildungen	45	45,9
Berufserfahrung als Physiotherapeut	77	78,6

Tabelle 23: Antworten auf die Frage: „Welche formalen Anforderungen werden an einen physiotherapeutischen Anleiter in der praktischen Ausbildung am Patienten (Praktikum) gestellt? (Mehrfachnennung möglich)“

7.1.1.3 Ausstattung

Neben den Einstiegskriterien für Schüler/Studenten und den Anforderungen an das Lehrpersonal spielt für die Qualität der Ausbildung die Ausstattung⁷ (Tabelle 24) eine Rolle. Die in dem Fragebogen angegebenen Items der Ausstattung können überwiegend an allen Bildungseinrichtungen vorgefunden werden. Nur biomechanische und physiologische Messgeräte und der Zugang zu einem Schwimmbad/Bewegungsbad sind bei weniger als der Hälfte der befragten Einrichtungen zu finden. Unter „Sonstiges“ werden keine neuen Items genannt, sondern überwiegend schon gelistete Items genauer erläutert, wie z.B. Sporthalle extern, gerätegestützte KG oder Biomechanik-Labor.

⁷ Der Umfang der jeweiligen Ausstattungssitems wurde nicht erhoben, da er unter anderem abhängig ist von der Teilnehmerzahl und dem Curriculum der Ausbildung/des Studiums.

Ausstattung (F19)

Items 0 Fehlende Werte, N=98	Häufig- keit	Prozent von N
Behandlungsräume	97	99,0
Gymnastikraum / Sporthalle	85	86,7
Bewegungsbad / Schwimmbad	46	46,9
Lernraum für 5-8 Pers. Gruppen	80	81,6
Aufenthaltsraum für Studenten	81	82,7
Geräte der Trainingstherapie	73	74,5
Elektrotherapiegeräte	91	92,9
Biomechanische Messgeräte	47	48,0
Physiologische Messgeräte	48	49,0
Bibliothek / Mediathek	94	95,9
Videorecorder / Fachliche Videos	88	89,8
Anatomische Modelle	94	95,9
Computerarbeitsplätze	82	83,7
Internetzugang	82	83,7
Sonstiges	12	12,2

Tabelle 24: Antworten auf die Frage: „Zu welchen Einrichtungen und welcher Ausstattung haben die Schüler/Studenten an Ihrer Bildungseinrichtung Zugang? (Mehrfachnennung möglich)“

7.1.1.4 Zusammenfassung Strukturqualität

Die Strukturqualität in der Ausbildung Physiotherapie ist relativ gut ausgeprägt. Die Teilnehmer werden zu 78,6% durch Eignungstests ausgewählt, wobei der am häufigsten durchgeführte Test, das Interview, oft durch einen zweiten Testteil ergänzt wird. Von den Lehrern der praktischen Fächer und den Leitungspersonen der Ausbildung wird überwiegend erwartet, dass sie Physiotherapeuten mit Berufserfahrung und einer pädagogischen Weiterbildung sind,

wobei von Lehrern der theoretischen Inhalte eher ein akademischer Abschluss erwartet wird als eine pädagogische Qualifikation. Die Praktikumsanleiter haben ähnliche Anforderungen wie die Lehrer der praktischen Fächer. Die Ausstattung wird in der Regel als sehr umfassend angegeben.

7.1.2 Prozessqualität in der Ausbildung Physiotherapie

In dieser Studie wird für die Beurteilung der Prozessqualität als erstes die Befragung von Lernenden und Lehrenden (7.1.2.1) herangezogen. Daneben wird eine Vielzahl von Maßnahmen des QM (7.1.2.2) in ihrer Anwendung überprüft. Der Einfluss des Staats auf das QM (7.1.2.3) einer Einrichtung ist der dritte Aspekt, der im Rahmen der Prozessqualität in dieser Studie nachgefragt wird.

7.1.2.1 Prozessqualität durch Befragungen von Lernenden und Lehrenden

58,2% (n=98) der Einrichtungen führen sowohl schriftliche Befragungen der Lernenden als auch der Lehrenden durch. 9,2% (n=9) führen keinerlei Befragungen der Lehrenden und Lernenden durch. Der Zusammenhang zwischen der Befragung von Studenten und Lehrern ist mit dem CHI²-Test signifikant (p<0,05) (Tabelle 25). Dies bedeutet, wenn in einer Einrichtung Lehrer befragt werden, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass auch die Lernenden befragt werden. Zwei Einrichtungen (2%) machten keine Angaben zur Befragung der Schüler/Studenten und drei Einrichtungen (3,1%) machten keine Angaben zur Befragung der Dozenten.

Schriftliche Befragung von Lernenden und Lehrenden (F3xF6)

			Studentenbefragung F3		Gesamt
			Nein	Ja	
Lehrer- befragung F6	Nein	Anzahl	9	24	33
		Erwartete Anzahl	4,6	28,4	33,0
		Standardisierte Residuen	2,1	-0,8	
	Ja	Anzahl	4	57	61
		Erwartete Anzahl	8,4	52,6	61,0
		Standardisierte Residuen	-1,5	0,6	
Gesamt		Anzahl	13	81	94
		Erwartete Anzahl	13,0	81,0	94,0

Tabelle 25: Antworten auf die Fragen: F3 „Werden an Ihrer Bildungseinrichtung im Rahmen des Qualitätsmanagements schriftliche Schüler-/Studentenbefragungen durchgeführt?“ und F6 „Werden an Ihrer Bildungseinrichtung schriftliche Befragungen der Lehrer als Teil des Qualitätsmanagements durchgeführt?“

Neben der Durchführung der schriftlichen Befragungen wurde auch der Umgang mit den Befragungsergebnissen erhoben (F8). Von 57 Einrichtungen, die Befragungen bei Lehrenden und Lernenden durchführen, werden bei 23 (40,4% von N=57) Einrichtungen die Ergebnisse beider Befragungsrichtungen öffentlich gemacht. 24 Bildungsstätten für Physiotherapie führen nur eine Studentenbefragung durch. Die Ergebnisse dieser Befragungen werden bei 23 (95,8%) Einrichtungen veröffentlicht. Vier Einrichtungen beschränken sich lediglich auf eine Befragung der Lehrer/Dozenten. Eine Einrichtung veröffentlicht diese Ergebnisse.

Die Inhalte der schriftlichen Befragung der Studenten (F4) werden in Tabelle 26 dargestellt. Es fällt auf, dass von 81 (82,7%) Bildungseinrichtungen, die eine Befragung durchführen, nicht jede zu den vorgegebenen Inhalten Stellung genommen hat. Die Fehlwerte variieren zwischen 2,5% und 12,3% (N=81). Der Modus und der Median der Befragungen zu den Ausbildungsteilen liegen in der Kategorie „Mind. 1x im Semester“. Bei der Befragung zu Serviceeinrichtungen und den sonstigen Themen lagen der Modus und der Median in

der Kategorie „Mind. 1x im Jahr“. Als zusätzliche Befragungsthemen wurde 4x die Gesamtausbildung, 3x der Hinweis darauf, dass jedes Modul evaluiert wird, 3x die Zufriedenheit der Teilnehmer und 3x die Organisation/Administration angegeben.

Schriftliche Befragungsthemen bei Schülern/Studenten (F4)

	Nie	Weniger als 1x pro Jahr	Mind. 1x im Jahr	Mind. 1x im Semester	Mind. 1x im Monat	Gesamt „Ja“
Befragung zu theoretischen Fächern (z.B. Anatomie, Pathologie) (N=98)	0 (0%)	10 (10,2%)	29 (29,6)	36^g (36,7%)	4 (4,1%)	79 (80,6%)
Befragung zu praktischen Fächern (z.B. Manuelle Therapie, Befund) (N=98)	1 (1%)	7 (7,1%)	25 (25,5%)	41 (41,8%)	4 (4,1%)	77 (78,6%)
Befragung zur praktischen Ausbildung am Patienten (Praktikum) (N=98)	1 (1%)	3 (3,1%)	23 (23,5%)	44 (44,9%)	6 (6,1%)	76 (77,5%)
Befragung zu den Serviceeinrichtungen der Bildungsstätte (z.B. Bibliothek, Mensa) (N=98)	11 (11,2%)	17 (17,3%)	31 (31,6%)	12 (12,2%)	0 (0%)	60 (61,2%)
Andere Befragungsthemen (N=98)	1 (1%)	6 (6,1%)	13 (13,3%)	8 (8,2%)	0 (0%)	27 (27,6%)

Tabelle 26: Antworten zu der Frage: „Zu welchen Themen und wie häufig werden an Ihrer Bildungseinrichtung schriftliche Befragungen von Schülern/Studenten der Physiotherapie durchgeführt? (Setzen Sie ein X pro Zeile)“

Eine schriftliche Befragung von Lehrenden wird bei 61 (62,3%) der Bildungseinrichtungen durchgeführt. Die meisten Einrichtungen (61,2%) befragen die Dozenten zu der Arbeitszufriedenheit, wobei die anderen vorgegebenen Themen nur marginal von der Häufigkeit des Angebotes abweichen (Tabelle 27). Die Befragungen finden überwiegend jährlich oder seltener statt. Nur die Evaluation des eigenen Unterrichts findet bei 19,4% der Befragten mind. 1x im

^g Der Fettdruck stellt den Modus und die Unterstreichung den Median zu dieser Frage dar.

Semester statt. Der Modus und der Median liegen bei allen Befragungsthemen in der Kategorie „Mind. 1x im Jahr“. Als weitere Befragungsthemen wurden Hospitationen, Karriereplanung und die Schulleitung angegeben.

Schriftliche Befragungsthemen bei Lehrern (F7)

	Nie	Weniger als 1x pro Jahr	Mind. 1x im Jahr	Mind. 1x im Semester	Mind. 1x im Monat	Gesamt „Ja“
Befragung zur Arbeitszufriedenheit (N=98)	8 (8,2%)	15 (15,3%)	34 (34,7%)	3 (3,1%)	0 (0%)	52 (53,1%)
Befragung zu Arbeitsplatzbedingungen (N=98)	10 (10,2%)	15 (15,3%)	32 (32,7%)	2 (2%)	0 (0%)	49 (50,0%)
Befragung zur Qualität des eigenen Unterrichts (im Zusammenhang mit Studienbefragungen) (N=98)	3 (3,1%)	8 (8,2%)	26 (26,5%)	19 (19,4%)	0 (0%)	53 (54,1%)
Befragung zu Fortbildungsbedarf (N=98)	4 (4,1%)	10 (10,2%)	34 (34,7%)	7 (7,1%)	0 (0%)	51 (52,0%)
Andere Befragungsthemen (N=98)	2 (2%)	2 (2%)	9 (9,2%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (11,2%)

Tabelle 27: Antworten zu der Frage: „Zu welchen Themen und wie häufig werden an Ihrer Bildungseinrichtung schriftliche Lehrerbefragungen im Bereich Physiotherapie durchgeführt? (Setzen Sie ein X pro Zeile)“

7.1.2.2 Maßnahmen des Qualitätsmanagements zur Verbesserung der Prozessqualität

Es gibt viele verschiedene Maßnahmen des QM. Ein wichtiger Aspekt im Bereich der Bildung ist die fortwährende Weiterbildung der Lehrkräfte. In 73,5% (n=72) der physiotherapeutischen Bildungsstätten werden die Lehrkräfte zur Fortbildung verpflichtet. Zusätzlich bieten 39,8% (n=39) der Einrichtungen den Lehrkräften die Möglichkeit zum wissenschaftlichen Arbeiten innerhalb der Arbeitszeit. Über den Umfang, den das wissenschaftliche Arbeiten von der Arbeitszeit einnimmt, gibt es sehr unterschiedliche Auskünfte. Es gibt sieben Einrichtungen, die den Mitarbeitern ein Zeitkonto über einen bestimmten Zeitraum für die Forschung einrichten. Zusätzliche neun Bildungsstätten stellen

einen variablen Anteil der Arbeitszeit für Forschungszwecke zur Verfügung. 13 Einrichtungen haben Forschungsstunden pro Woche ausgewiesen. Hier liegen die Werte zwischen 2 und 20 Stunden/Woche mit einem Median bei 7 Stunden/Woche und einem Modus von 2 und 7 Stunden/Woche. Der Mittelwert liegt bei 7,3 Forschungsstunden/Woche Arbeitszeit.

Neben der formalen Qualifikation der Lehrenden und der Partizipation an Forschungstätigkeit muss innerhalb des Bildungsprozesses die Dienstleitung Unterricht/Prüfungen begutachtet werden (Tabelle 28).

Maßnahmen des Qualitätsmanagements in der Ausbildung (F15)

	Nie	Weniger als 1x pro Jahr	Mind. 1x im Jahr	Mind. 1x im Semester	Mind. 1x im Monat	Gesamt „Ja“
Unterrichtsbesuche durch externe Lehrer (Peer Review) (N=98)	40 (40,8%)	<u>22</u> (22,4%)	11 (11,2%)	8 (8,2%)	0 (0%)	41 (41,8%)
Unterrichtsbesuche durch interne Lehrer (Kollegen) (N=98)	5 (5,2%)	22 (22,4%)	41 (41,8%)	14 (14,3%)	7 (7,1%)	84 (85,7%)
Besuche von externen Personen bei Prüfungen (N=98)	17 (17,3%)	17 (17,3%)	37 (37,8%)	11 (11,2%)	1 (1%)	66 (67,3%)
Fachliche Treffen/Qualitätszirkel der Lehrer mit externen Kollegen (N=98)	3 (3,1%)	18 (18,4%)	35 (35,7%)	25 (25,5%)	1 (1%)	79 (80,6%)
Schriftliche Selbstevaluation des Bereichs Physiotherapie (N=98)	28 (28,6%)	<u>17</u> (17,3%)	27 (27,6%)	8 (8,2%)	1 (1%)	53 (54,1%)
Zielvereinbarungen für den Bereich Physiotherapie mit Selbstkontrolle oder externer Kontrolle (N=98)	18 (18,4%)	16 (16,3%)	31 (31,6%)	15 (15,3%)	3 (3,1%)	65 (66,3%)

Tabelle 28: Antworten zu der Frage: „Welche der folgenden Maßnahmen des Qualitätsmanagements werden wie oft an Ihrer Bildungsstätte im Bereich Physiotherapie durchgeführt? (Setzen Sie ein X pro Zeile)“

Unterrichtsbesuche durch externe Lehrer haben nur 19 Einrichtungen als mindestens jährliche Maßnahme angegeben. Bei zusätzlichen 22,4% (n=22) Bildungsträgern findet diese Maßnahme weniger als 1x pro Jahr Anwendung. Dies zeigt auch die Lage des Modus in der Kategorie „Nie“ und die Lage des Medians in der Kategorie „Weniger als 1x pro Jahr“. Prüfungsbesuche durch externe Personen werden dagegen bei mehr Bildungseinrichtungen (25,5%) und häufiger durchgeführt. Ein Unterrichtsbesuch durch Kollegen der gleichen Einrichtung finden bei noch mehr Bildungseinrichtungen (85,7%, n=84) und noch häufiger Anwendung. Bei beiden Maßnahmen liegen sowohl der Modus als auch der Median als Maße der zentralen Tendenz in der Kategorie „Mind. 1x im Jahr“.

Neben den Unterrichtsbesuchen durch Kollegen ist das fachliche Treffen mit externen Kollegen die Maßnahme, die am weitesten zwischen den Bildungseinrichtungen verbreitet ist. Sie findet zumeist semesterweise statt (Modus und Median in der Kategorie „Mind. 1x im Semester“). Schriftliche Selbstevaluierungen und Zielvereinbarungen haben eine Verbreitung, die bei über 50% der Einrichtungen liegt, wobei Modus und Median für diese beiden Themen in unterschiedlichen Kategorien liegen.

Das Praktikum, also die Ausbildung am Patienten, ist ein wichtiger Bestandteil der Ausbildung. Dass alle Bildungseinrichtungen dies so einschätzen, wird durch die geringen Fehlwerte (1-15,3%) und die Häufigkeit deutlich, mit der alle Maßnahmen des Qualitätsmanagements, die auf das Praktikum abzielen, angegeben sind und durchgeführt werden (Tabelle 29). Das „Treffen der Lehrer mit den Praktikumsanleitern“ wird von nur einer Einrichtung nicht wahrgenommen, und nur eine Einrichtung hat keine Antwort gegeben. Bei über 64% findet solch ein Treffen mindestens 1x im Semester statt (Modus und Median „Mind. 1x im Semester“). Ebenso wichtig sind die „Besuche von Lehrern an jedem Praktikumseinsatzort“. 52% der Einrichtungen besuchen jeden Praktikumseinsatzort mind. 1x im Monat (Modus und Median) und weitere 24,5% mind. 1x im Semester. 75,5% der Einrichtungen bieten mind. 1x pro Jahr (Modus und Median) eine Veranstaltung für die Praktikumsanleiter an. Bei der Kontrolle des Betreuungsschlüssels liegt der Modus bei „Mind. 1x im Monat“

und der Median bei „Mind. 1x im Semester“. Dies zeigt eine große Streuung der Antworten.

Maßnahmen des Qualitätsmanagements im Praktikum (F16)

	Nie	Weniger als 1x pro Jahr	Mind. 1x im Jahr	Mind. 1x im Semester	Mind. 1x im Monat	Gesamt „Ja“
Treffen der Lehrer mit Praktikumsanleitern (N=98)	1 (1%)	1 (1%)	32 (32,7%)	34 (34,7%)	29 (29,6%)	96 (98%)
Besuche von Lehrern an jedem Praktikumsseinsatzort (N=98)	4 (4,1%)	3 (3,1%)	13 (13,3%)	24 (24,5%)	51 (52%)	91 (92,9%)
Teilnahme der Praktikumsanleiter an Informations-/Fortbildungsveranstaltungen der Bildungseinrichtung	3 (3,1%)	15 (15,3%)	46 (46,9%)	24 (24,5%)	4 (4,1%)	89 (90,8%)
Kontrolle des Betreuungsschlüssels Anzahl der Praktikumsanleiter zur Anzahl der Schüler/Studenten innerhalb einer Praktikums-Einrichtung	8 (8,2%)	4 (4,1%)	21 (21,4%)	20 (20,6%)	30 (30,6%)	75 (76,5%)

Tabelle 29: Antworten zu der Frage: „Welche Maßnahmen des Qualitätsmanagements der praktischen Ausbildung am Patienten (Praktikum) werden wie oft im Bereich Physiotherapie durchgeführt? (Setzen Sie ein X pro Zeile)“

7.1.2.3 Staatliche Einflüsse auf die Prozessqualität

Neben der Eigendynamik einer jeden Bildungseinrichtung können staatliche Richtlinien oder Gesetze zu Maßnahmen des Qualitätsmanagements verpflichten. Auf die Frage nach solchen Verpflichtungen (F17) antworteten 53 Teilnehmer (54,1%, N=98), dass sie solchen Verpflichtungen unterliegen. In der Tabelle 30 sind verschiedene Maßnahmen des Qualitätsmanagements aufgelistet, die durch Richtlinien oder Gesetze in den einzelnen Ländern gefordert werden.

Mit 38,7% (n=38) ist die Kontrolle des Schlüssels: Anzahl der Lehrer zu Anzahl der Schüler bzw. Studenten die Maßnahme, die am häufigsten in staatli-

chen Rahmenbedingungen gefordert wird. Diese Kontrolle wird im Durchschnitt einmal jährlich vorgenommen. Zusätzlich kommen bei 35 Einrichtungen (35,7%) staatliche Vertreter zu Prüfungen/Examen. Dies geschieht in der Regel einmal im Jahr. Ein Qualitätsverfahren mit Zertifikat wird nur bei 25 Einrichtungen von der staatlichen Aufsicht gefordert. Unter „Sonstiges“ machten neun Einrichtungen Angaben, die aber meist die Erläuterung einer bereits oben genannten Kategorie war, wie z.B. vorgegebener Lehrer/Schüler Schlüssel: 1:15, accreditation oder major review every 5 years.

**Maßnahmen des Qualitätsmanagements aufgrund staatlicher
Vorschriften (F18)**

	Nie	Weniger als 1x pro Jahr	Mind. 1x im Jahr	Mind. 1x im Se- mester	Mind. 1x im Monat	Gesamt „Ja“
Unterrichtsbesuche durch externe Dozen- ten (N=98)	20 (20,4%)	6 (6,1%)	7 (7,1%)	1 (1%)	1 (1%)	15 (15,3%)
Unterrichtsbesuche durch Vertreter von staatlichen Institutio- nen (N=98)	16 (16,3%)	16 (16,3%)	3 (3,1%)	0 (0%)	0 (0%)	19 (19,3%)
Besuche von staatli- chen Vertretern bei Prüfungen/Examen (N=98)	10 (10,2%)	8 (8,2%)	22 (22,4%)	5 (5,1%)	0 (0%)	35 (35,7%)
Externe Audits an- hand von staatlich entwickelten Audit- listen (N=98)	11 (11,2%)	17 (17,3%)	8 (8,2%)	0 (0%)	0 (0%)	25 (25,5%)
Kontrolle des vorge- gebenen Betreuungs- schlüssels: Anzahl der Lehrer zur Anzahl der Schüler /Studenten (N=98)	3 (3,1%)	7 (7,1%)	24 (24,5%)	5 (5,1%)	2 (2,0%)	38 (38,7%)
Teilnahme an einem Qualitätsmanage- mentverfahren mit Zertifizierung (N=98)	13 (13,3%)	15 (15,3%)	9 (9,2%)	1 (1%)	0 (0%)	25 (25,5%)
Sonstiges (N=98)	0 (0%)	6 (6,1%)	3 (3,1%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (9,2%)

Tabelle 30: Antworten zu der Frage: „Welche Maßnahmen des Qualitätsmanagements werden wie oft von staatlichen Richtlinien oder Gesetzen an Ihrer Bildungseinrichtung für den Bereich Physiotherapie verlangt? (Setzen Sie ein X pro Zeile)“

7.1.2.4 Zusammenfassung Prozessqualität

Die Prozessqualität umfasst die Verfahren, die dazu beitragen, dass der Ausbildungsprozess evaluiert und somit reflektiert und verbessert wird. Die Meinungserhebung bei Teilnehmern und Mitarbeitern ist ein Teil der Prozessqualität, der bei mehr als der Hälfte der Einrichtungen durchgeführt wird. Die Studentenbefragung zu den verschiedenen Unterrichtsveranstaltungen und Praktika finden meist im Semesterabstand statt. Seltener werden die Studenten zu den Serviceangeboten befragt. Die Lehrer werden jährlich oder seltener zu verschiedenen Themen befragt. Die Ergebnisse der Studentenbefragung werden häufiger veröffentlicht, als die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung.

Als ein wichtiger Aspekt der Prozessqualität wird die Weiterqualifizierung von Lehrkräften gesehen. Somit sind die meisten Lehrkräfte zur Fortbildung verpflichtet. Etwa ein Drittel der Lehrkräfte kann sich während der Arbeitszeit mit wissenschaftlichen Projekten beschäftigen. Die Tätigkeit der Lehrkräfte im Unterricht und in Prüfungen ist Kontrollen unterworfen. Einige Einrichtungen lassen externe Kollegen zu Unterrichtsbesuchen oder Prüfungsbeisitzen zu. Interne Kollegen werden häufig zu dem sog. Peer Review eingesetzt bzw. angeregt. Ein fachlicher Austausch mit externen Kollegen wird von mehr Einrichtungen durchgeführt, als die Anwendung von Selbstevaluationen oder einer Zielvereinbarung.

Maßnahmen des QM, die das Praktikum betreffen, werden von allen Einrichtungen als sehr wichtig eingestuft. Bei etwas mehr als der Hälfte der Einrichtungen gibt es Qualitätsmanagementmaßnahmen, die durch staatliche Aufsicht vorgeschrieben sind. Diese Maßnahmen sind die jährliche Kontrolle des Lehrer: Schüler-Schlüssels oder Examensbesuche durch staatliche Vertreter. Nur ein Viertel der Einrichtungen hat die staatliche Verpflichtung angegeben, ein Qualitätsverfahren mit Zertifikat durchführen zu müssen.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Palette der qualitätssichernden Maßnahmen im Bereich der Prozessqualität sehr umfassend ist und auch von vielen Einrichtungen regelmäßig genutzt wird.

7.1.3 Ergebnisqualität in der Ausbildung Physiotherapie

Wie oben angegeben, zielt nur eine Frage der Studie auf die Beurteilung der Ergebnisqualität ab. In F5 „ Werden die Absolventen innerhalb der ersten 5

Jahre nach Abschluss der Ausbildung oder des Studiums Physiotherapie zu ihrer Arbeitsplatzsituation befragt?“ ist auffällig, dass bei 93 gegebenen Antworten nur 37 (37,8% von N=98) diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben. Alle anderen Einrichtungen machen von dieser Möglichkeit der Rückkopplung vom Arbeitsplatz zur Ausbildung keinen Gebrauch.

7.1.4 Zusammenfassung der Ergebnisdarstellung

In der Zusammenfassung der Ergebnisse lässt sich feststellen, dass die Response rate von 77,2% insgesamt und von mind. 62,5% eines einzelnen Landes ein gutes Ergebnis für eine schriftliche Fragebogenerhebung sind. Der Fragebogen wurde zu 80,6% von der angestrebten Zielgruppe ausgefüllt. Über diese Daten wird sichergestellt, dass die gefundenen Ergebnisse als repräsentativ angesehen werden können.

In der Gesamtschau der Daten lässt sich feststellen, dass die Physiotherapie an Bildungseinrichtungen von der Berufsfachschule bis zur Universität gelehrt wird. Die Größe der Physiotherapieabteilung an einer Bildungseinrichtung variiert von 15 – 1150 Teilnehmern. Die Bildungseinrichtungen nehmen zu 63,3% an QMV teil, aber nur 50% der Einrichtungen haben ein Mission Statement. Von 30 Einrichtungen wurde der Text der Mission Statements angegeben, 20 Texte bezogen sich direkt auf die Ausbildung Physiotherapie. Bei der inhaltlichen Analyse wurde festgestellt, dass die Bereiche Ausbildungsinhalte, Persönlichkeitsentwicklung, Methodik und Lehrerqualifikation die übergreifenden Themen darstellten.

Die Strukturqualität in der Ausbildung Physiotherapie ist relativ gut ausgeprägt. Die Teilnehmer werden zu 78,6% durch Eignungstests ausgewählt. Von den Lehrern der praktischen Fächer und den Leitungspersonen der Ausbildungen wird überwiegend erwartet, dass sie Physiotherapeuten mit Berufserfahrung sind und sich einer pädagogischen Weiterbildung unterzogen haben, wobei von Lehrern der Theorie eher ein akademischer Abschluss erwartet wird als eine pädagogische Qualifikation. Praktikumsanleiter stehen ähnlichen Anforderungen gegenüber wie die Lehrer der praktischen Fächer. Die Ausstattung einer Bildungseinrichtung wird in der Regel als sehr umfassend angegeben. Die Prozessqualität umfasst unter anderem die Meinungserhebung bei Lernenden und Lehrenden und wird bei mehr als der Hälfte der Einrichtungen durch-

geführt. Die Ergebnisse der Studentenbefragung werden häufiger veröffentlicht als die Ergebnisse der Lehrerbefragung.

Als ein wichtiger Aspekt der Prozessqualität wird die Weiterqualifizierung von Lehrkräften gesehen. Somit sind die meisten Lehrkräfte zur Fortbildung verpflichtet und etwa ein Drittel kann sich während der Arbeitszeit mit wissenschaftlichen Projekten beschäftigen. Die Tätigkeit der Lehrkräfte im Unterricht und in Prüfungen ist Kontrollen unterworfen. Nur einige Einrichtungen lassen externe Kollegen zu Unterrichtsbesuchen oder Prüfungsbeisitzen zu. Interne Kollegen werden häufig zu dem so genannten Peer Review eingesetzt bzw. angeregt. Ein fachlicher Austausch mit externen Kollegen wird von mehr Einrichtungen durchgeführt, als die Anwendung von Selbstevaluationen oder Zielvereinbarungen. Maßnahmen des QM, die das Praktikum betreffen, werden von allen Einrichtungen als sehr wichtig eingestuft. Bei etwas mehr als der Hälfte der Einrichtungen gibt es Maßnahmen des QM, die durch staatliche Aufsicht vorgeschrieben sind. Nur ein Viertel der Einrichtungen hat die staatliche Verpflichtung angegeben, ein Qualitätsverfahren mit Zertifikat durchführen zu müssen.

Zur Ergebnisqualität wurde nur eine Maßnahme erfragt, und von dieser wurde sehr wenig Gebrauch gemacht.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Maßnahmen des QM an allen Einrichtungen verbreitet sind. Maßnahmen der Struktur- und Prozessqualität werden, mit unterschiedlichen Schwerpunkten, recht umfassend eingesetzt. Die Maßnahme der Ergebnisqualität wird bisher nicht umfassend genutzt. Im nächsten Kapitel (7.2) werden die Ergebnisse länderspezifisch analysiert. Diese Analyse soll zur Beantwortung der Forschungsfragen 2 und 3 beitragen und eine Grundlage zur Beantwortung von Frage 4 darstellen.

7.2 Länder im Vergleich

Innerhalb dieser Studie wurden Daten von physiotherapeutischen Bildungseinrichtungen aus den sechs europäischen Ländern Dänemark (DK), Deutschland (D), Finnland (FI), Großbritannien (GB), Niederlande (NL) und Österreich (A) erhoben. In diesem Kapitel werden die Daten der einzelnen Fragen im Verhältnis zu jedem einzelnen Land dargestellt. Dadurch sollen Gemeinsamkeiten

und Unterschiede festgestellt werden, welche Grundlage der Diskussion sein werden.

In Kapitel 7 (Tabelle 15) wurde bereits die Antworthäufigkeit eines jeden Landes aufgezeigt. Diese Übersicht zeigt, dass aus DK sechs und aus den NL acht Antworten vorliegen. Diese kleinen Zahlen lassen eine CHI²-Signifikanzanalyse, wie in der Datenanalyse (6.4) geplant, als nicht sinnvoll erscheinen, da die Felder in den einzelnen Tabellen meist Werte unter fünf aufweisen. Eine Zusammenfassung von Ländern ist inhaltlich nur in Einzelaspekten sinnvoll, da sich die Länder in den Ausbildungen (Kapitel 4) und den Qualitätssystemen (5) zum Teil recht deutlich unterscheiden. In der Darstellung der Daten im Ländervergleich werden somit die absolute und die prozentuale Anzahl der Antworten, immer ausgehend von der Gesamtzahl der Antworten der einzelnen Länder in dieser Studie, angegeben.

Im ersten Schritt werden die Bildungseinrichtungen der Länder und die Personen, die den Fragebogen beantwortet haben, durch die unabhängigen Variablen beschrieben. In den weiteren Schritten wird dieses Kapitel, ebenso wie Kapitel 7, durch die Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität strukturiert und aufgebaut.

Der Bildungsweg zum Berufsziel Physiotherapeut unterscheidet sich in den sechs untersuchten Ländern (Tabelle 31). In GB muss ein Interessent eine Universität besuchen, um Physiotherapeut zu werden, in DK, FI und den NL meistens eine Fachhochschule, in A eine Akademie und in D eine Berufsfachschule oder Lehranstalt. Durch diese recht eindeutige Zuordnung entfällt eine ursprünglich geplante Analyse nach Bildungseinrichtungen, denn diese würde inhaltlich mit den Ergebnissen der Länderanalyse übereinstimmen.

Art der Bildungseinrichtung im Ländervergleich (F22xF24)

			Staat F24						Gesamt	
			DK	D	FI	GB	NL	A		
Art der Bildungseinrichtung F22	Universität	Anzahl	2			18	2		22	
		% von Staat F24	33,3			94,7	25,0		22,4	
	Fachhochschule	Anzahl	3		10	1	5		19	
		% von Staat F24	50,0		100	5,3	62,5		19,4	
	Berufsfachschule	Anzahl		37			1	2	40	
		% von Staat F24		90,2			12,5	14,3	40,8	
	Kooperation BFS mit FH oder Universität	Anzahl	1	4					5	
		% von Staat F24	16,7	9,8					5,1	
	Sonstige	Anzahl						12	12	
		% von Staat F24						85,7	12,2	
	Gesamt 0 fehlende Werte		Anzahl	6	41	10	19	8	14	98

Tabelle 31: Ländervergleich der Frage: „Welcher Ausdruck beschreibt die Art Ihrer Bildungseinrichtung am besten?“

Die Bildungseinrichtungen unterscheiden sich neben der Art der Einrichtung auch in ihrer Größe. Die Frage F23: „Wieviel Schüler/Studenten besuchen derzeit insgesamt die Basisausbildung Physiotherapie?“ wurde nur von zwei Einrichtungen nicht beantwortet. Die Ergebnisse eines Landes wurden summiert und durch die Anzahl der antwortenden Einrichtungen und der Anzahl der Ausbildungsjahre geteilt. Auf diesem Weg kommt das Ergebnis „Durchschnittliche Anzahl an Schülern/Studenten pro Ausbildungsjahr und Schule“ zu Stande. Es wurde festgestellt, dass in den NL die größten Semesterstärken auftreten. D, FI und A haben in etwa vergleichbare Semesterstärken, in der Größe eines Klassenverbandes. Diese Erkenntnis ist interessant, denn in FI wird Physiotherapie an einer Hochschule, in A an einer Akademie und in D an einer Berufsfachschule unterrichtet.

	DK	D	FI	GB	NL	A
Gesamtzahl Studenten/Schüler in der Basisausbildung	1492	3513	956	5054	4356	1032
Anzahl der antwortenden Einrichtungen	6	40	10	19	8	13
Ausbildungsjahre	3,5	3	3,5	4	4	3
Durchschnittliche Anzahl an Schüler/Studenten pro Einrichtung und Ausbildungsjahr	71,1	29,3	27,3	66,5	136,1	26,5

Tabelle 32: Anzahl der Schüler/Studenten pro Einrichtung und Ausbildungsjahr (F23)

Die durchschnittlichen Absolventenzahlen pro Jahr und Land variieren zwischen 7113 (D) und 395 (FI) (Tabelle 33). Wird diese Zahl zu der Einwohnerzahl eines Landes in Beziehung gesetzt, so kommen auf einen Absolventen pro Jahr in DK, D und NL im Mittel 11600 Einwohner, in FI sind es mit 13223 etwas mehr. Die Dichte der Absolventen in A und GB ist wesentlich geringer. Hier kommen auf einen Absolventen pro Jahr 19263 bzw. 21711 Einwohner. Diese Zahlen setzen die reinen Absolventenzahlen pro Einrichtung und Ausbildung in einen gesellschaftlichen Kontext und können so ganz anders bewertet werden.

Physiotherapieabsolventen pro Jahr in Europa					
Staat	Anzahl der PT Ausbildungsstätten*	Absolventen pro Jahr an einer Ausbildungsstätte im Durchschnitt**	Absolventen pro Jahr im Durchschnitt***	Einwohner (2004)****	Einwohner / Absolventen pro Jahr
Dänemark	8	56,9	455,2	5 397 600	11 857,64
Deutschland	243	29,27	7 112,61	82 531 700	11 603,57
Finnland	17	23,22	394,74	5 219 700	13 223,13
Großbritannien	31	88,66	2 748,46	59 673 100	21 711,47
Niederlande	11	128,63	1 414,88	16 258 000	11 490,72
Österreich	16	26,41	422,56	8 140 100	19 263,77
* Die vom jeweiligen Berufsverband in 2004 anerkannten Ausbildungsstätten.					
** Errechnet aus den Daten der Fragebogenerhebung: Summe der Studentenzahl aller Ausbildungsstätten des Landes / Anzahl der Fragebögen des Landes / Jahre Ausbildung					
*** Spalte ** x Spalte *					
**** epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&schema=Portal&screen=detailref&language=de&product=Yearlies=new_population&root=Yearlies_new_population/C/C1/C11/caa10000 ; 30.08.05					

Tabelle 33: Physiotherapieabsolventen pro Jahr und Land und Einwohner

Wie schon in Kapitel 6 festgestellt, hat überwiegend die Zielgruppe der Studien- bzw. Schulleitung Physiotherapie den Fragebogen beantwortet. Zwischen 70,0% (FI, N=10) und 92,9% (A, N=14) der antwortenden Personen geben eine Leitungstätigkeit im Bereich Physiotherapie als ihre Funktion an. Die Bildungsanforderungen an die Leitungspersonen im Bereich Physiotherapie sind sehr unterschiedlich. Ein PhD oder Dr. Titel wird von fünf Einrichtungen in GB als höchster Bildungsgrad der leitenden Person angegeben, in den anderen Ländern gibt es nur wenige Abschlüsse auf diesem Niveau. In DK (83,3%, N=6), FI (80,0%, N=10) und GB (73,7%, N=19) wird überwiegend ein Master/Magister/Diplom Abschluss als Qualifikation der Leitungsfunktion angegeben. In den NL wird am häufigsten (75%, N=8) ein Bachelorabschluss als die Qualifikation der Leitungsfunktion genannt. Die Leitungspersonen in D (61%, N=41) und A (50%, N=14) benennen meistens die physiotherapeutische An-

erkennung als ihren höchsten Bildungsabschluss. Allerdings wird in beiden Ländern zusätzlich das Master/Magister/Diplom-Niveau in D zu 36,6% (N=41) und in A zu 42,9% (N=14) genannt.

Alle antwortenden Personen sind eher zufrieden oder sogar sehr zufrieden mit dem Qualitätssystem ihrer Einrichtung. Unzufriedenheit wird, außer in DK und D, gar nicht angegeben. In DK geben 50% (N=6) und in D 7,3% (N=41) der Einrichtungen an, mit dem Qualitätssystem unzufrieden zu sein.

Zufriedenheit der Person mit QM im Ländervergleich (F27xF24)

			Staat F24						Gesamt	
			DK	D	FI	GB	NL	A		
Zufriedenheit der Person mit QM F27	Sehr zu- frieden	Anzahl		2	1	10	1		14	
		% von Staat F24		4,9	10,0	52,6	12,5		14,3	
	Zufrieden	Anzahl	3	24	8	6	6	10	57	
		% von Staat F24	50,0	58,5	80,0	31,6	75,0	71,4	58,2	
	Weniger zu- frieden	Anzahl		12	1	3	1	4	21	
		% von Staat F24		29,3	10,0	15,8	12,5	28,6	21,4	
	Unzufrieden	Anzahl	3	3					6	
		% von Staat F24	50,0	7,3					6,1	
	Gesamt 0 fehlende Werte		Anzahl	6	41	10	19	8	14	98

Tabelle 34: Ländervergleich der Frage: „Sind Sie zufrieden oder unzufrieden mit den Maßnahmen des Qualitätsmanagements im Bereich Physiotherapie Ihrer Bildungseinrichtung?“

In GB findet sich die größte Anzahl von Einrichtungen (52,6%, N=19), in der die Leitungspersonen sehr zufrieden mit dem Qualitätsmanagementsystem sind. Auch in den NL (87,5%, N=8) und in FI (90%, N=10) wird eine große Zufriedenheit mit dem System angegeben.

Wie schon unter 6.1 dargestellt, nehmen 63,3% (n=62) der Bildungseinrichtungen an Qualitätsverfahren teil. In dem Ländervergleich wird deutlich, dass in FI und GB ohne Ausnahme alle Einrichtungen an Qualitätssystemen mit oder ohne Zertifikat teilnehmen. In DK und den NL nehmen alle bis auf eine Einrichtung an einem QMV teil. Nur in D und A zeigt sich ein sehr gemischtes Bild. In A beteiligen sich nur drei (21,4%) Einrichtungen an einem Qualitätsverfahren. In D ist es etwas über die Hälfte der Einrichtungen, die sich mit Qualitätsverfahren auseinandersetzen.

Qualitätsmanagementverfahren im Ländervergleich (F21xF24)

			Staat F24						Gesamt	
			DK	D	FI	GB	NL	A		
Qualitätsmanagementverfahren F21	Nein, keine Planung	Anzahl		13			1	9	23	
		% von Staat F24		31,7			12,5	64,3	23,5	
	Nein, aber Planung	Anzahl	1	5				1	7	
		% von Staat F24	16,7	12,2				7,1	7,1	
	Ja, ohne Zertifi- kat	Anzahl	3	1	7	10	3	2	26	
		% von Staat F24	50,0	2,4	70,0	52,6	37,5	14,3	26,5	
	Ja, mit Zertifi- kat	Anzahl	1	21	2	7	4	1	36	
		% von Staat F24	16,7	51,2	20,0	36,8	50,0	7,1	36,7	
	Gesamt 6 fehlende Werte		Anzahl	5	40	9	17	8	13	92

Tabelle 35: Ländervergleich der Frage: „Wird an Ihrer Bildungseinrichtung zurzeit ein Qualitätsmanagementverfahren durchgeführt?“

Die Art der QMS ist sehr unterschiedlich. In D wird von acht Einrichtungen das europäische DIN EN ISO Verfahren genannt. Weitere acht Einrichtungen nehmen an dem deutschen System des ISQ (Interessensverband zur Qualitätssicherung an Physiotherapieschulen in Deutschland e.V.) teil⁹. Das europäische Verfahren EFQM (European Foundation of Quality Management) wird in FI an

⁹ Beide Verfahren haben unterschiedliche Qualitätsperspektiven, so dass sie sich nicht ausschließen sondern ergänzen können.

zwei, in den NL an einer und in A an zwei Einrichtungen angewandt. Zwei andere österreichischen Einrichtungen nennen das DIN EN ISO Verfahren als ihr QMS. In GB gibt es ein landesspezifisches System über die Quality Assurance Agency for Higher Education (QAA). Dieses Verfahren wird von sieben Einrichtungen genannt. Die dänischen Bildungseinrichtungen haben keine Hinweise auf die Art ihres QMS gegeben.

Auch wenn eine Bildungseinrichtung ein Qualitätsverfahren durchgeführt hat oder derzeit durchführt, ist dies kein Indiz dafür, dass ein Mission Statement oder ein Leitbild für die Einrichtung oder Abteilung vorliegt. Im Vergleich der Tabellen 35 und 36 ist zu erkennen, dass in den meisten Ländern weniger Einrichtungen angeben ein Mission Statement zu haben, als an einem QMS teilnehmen. Nur in A ist dieses Verhältnis umgekehrt, hier haben sechs Einrichtungen ein Mission Statement und nur drei Einrichtungen nehmen an einem QMS teil. Auffällig ist, dass in den Ländern FI und GB, in denen alle Einrichtungen an Qualitätsverfahren teilnehmen im Verhältnis dazu die wenigsten Mission Statements vorhanden sind.

Mission Statement im Ländervergleich (F20xF24)

			Staat F24						Gesamt
			DK	D	FI	GB	NL	A	
Mission Statement F20	Nein	Anzahl	2	19	3	7	3	7	41
		% von Staat F24	33,3	46,3	30,0	36,8	37,5	50,0	41,8
	Ja	Anzahl	4	18	5	11	5	6	49
		% von Staat F24	66,7	43,9	50,0	57,9	62,5	42,9	50,0
Gesamt 8 fehlende Werte		Anzahl	6	37	8	18	8	13	90

Tabelle 36: Ländervergleich der Frage: "Hat Ihre Bildungseinrichtung im Bereich Physiotherapie einen Leitgedanken bzw. ein Mission Statement oder eine Qualitätsrichtlinie/Quality policy?" im Verhältnis zum jeweiligen Land

Von den 49 Einrichtungen, die angeben ein Mission Statement zu haben, haben 30 den Text für die Studie zur Verfügung gestellt. Davon hatten 12 Einrichtungen in D (29,3%, N=41), sechs in A (42,9%, N=14), zwei in GB (10,5%, N=19) und eine Einrichtung in FI (10,0%, N=10) ein spezielles Missi-

on Statement für die Ausbildung Physiotherapie. Sechs Hochschulen in GB (31,6%, N=19) stellten ein Mission Statement der Fakultät Gesundheit zur Verfügung. Zwei Einrichtungen in den NL (25%, N=8), eine Einrichtung in GB (5,3%, N=19) und eine Einrichtung in FI (10%, N=10) stellten das Mission Statement der gesamten Hochschule zur Verfügung.

Bei der inhaltlichen Analyse der Texte war auffallend, dass sehr unterschiedliche Textformen als Leitgedanken oder Mission Statement formuliert worden sind. In A hat die Heterogenität dazu geführt, dass keine Analyse stattfinden konnte, denn eine Einrichtung hat eine 4-seitige Liste von zu erreichenden Kompetenzen, zwei andere Einrichtungen haben einen Satz als Leitgedanken und eine andere wiederum hat eine 10-Punkte-Liste mit „Wir wollen.....“ abgegeben. Zwei Einrichtungen haben Leitbilder abgegeben, die auch von der Form her vergleichbar waren. Über diese verschiedenen Formen hinweg kamen einzelne Aspekte vor, die in Tabelle 19 (6.1) aufgezählt sind. Eine bestimmte Häufung für Einrichtungen aus A konnte nicht festgestellt werden. Anders dagegen bei den Mission Statements, die von deutschen Einrichtungen abgegeben worden sind. Auch hier gibt es sehr unterschiedliche Textformen, doch bei der inhaltlichen Analyse kam es zu einer Häufung von vier Parametern. Die „Vorbereitung auf das Berufsleben“, die „Persönlichkeitsentwicklung der Teilnehmer“, mit verschiedenen Unterpunkten und die „fachliche und pädagogische Kompetenz der Lehrkräfte“ waren neben der „Qualitätsverbesserung“ die häufigsten Themen, die in verschiedenen deutschen Leitbildern angesprochen worden sind.

Auch die Mission Statements der Fakultäten Gesundheit in GB hatten sehr verschiedene Formen. Sie reichten von einem Satz bis hin zu 4-seitigen Ausführungen von Zielen und Maßnahmen. Die inhaltliche Analyse brachte verschiedene Aspekte, die in vielen Mission Statements angesprochen worden sind. In GB wird das „wissenschaftliche Fundament der Ausbildung“ bzw. die „Anwendung von wissenschaftlichen Erkenntnissen und wissenschaftlichen Methoden im Unterricht“ als wesentlicher Aspekt der Ausbildung angesehen. Daraus resultierend soll der Student für das „lebenslange Lernen“ geprägt werden und so in seiner „Persönlichkeitsentwicklung“ innerhalb der Ausbildung unterstützt werden. Dies geschieht durch die „Bereitstellung einer guten Lernumgebung“, die „Lernverantwortung der Studenten“ und die „höchste Qualität der Lehre“.

Aus den anderen Ländern lagen nur einige wenige Mission Statements vor, so dass hier keine Analyse durchgeführt werden konnte.

7.2.1 Strukturqualität im Ländervergleich

Die Strukturqualität umfasst in dieser Studie die Anforderungen an die Teilnehmer der Ausbildung (F1, F2), die Qualifikation der Lehrenden (F9-12) und die Ausstattung der Bildungseinrichtung (F19). Diese drei Aspekte werden in den folgenden Abschnitten im Ländervergleich dargestellt. In Bezug zu den Forschungsfragen werden Unterschiede und Ähnlichkeiten hervorgehoben.

7.2.1.1 Anforderungen an die Teilnehmer

Als Einstiegsbedingungen für die Ausbildung Physiotherapie wird in DK, FI und A zu 100% ein erfolgreicher Schulabschluss nach 12/13 Schuljahren gefordert (Tabelle 37). Andere Bedingungen wie das Mindestalter, ein bestimmter Notendurchschnitt oder ein Vorpraktikum spielen in diesen Ländern keine Rolle. In den NL und GB gibt es verschiedenen Basisschulabschlüsse, aus denen heraus ein zusätzlicher Weg geboten wird, um Physiotherapie zu studieren. In GB und DK spielt neben dem Basisschulabschluss für die potentiellen Teilnehmer auch der Notendurchschnitt eine Rolle. In D wird zu 87,8% (n=36) ein Real-schulabschluss gefordert. Dieser Abschluss stellt das geringste Einstiegsniveau im Ländervergleich dar. Allerdings wird von den Einrichtungen in D neben dem Schulabschluss von 85,4% ein Mindestalter, von 36,6% ein bestimmter Notendurchschnitt und von 53,7 % der Einrichtungen ein Vorpraktikum verlangt.

Einstiegsbedingungen der Teilnehmer im Ländervergleich (F1xF24)

			Staat F24						Gesamt
			DK	D	FI	GB	NL	A	
Einstiegsbedingungen F1	Mind. 10 Jahre Schulbesuch mit erfolgreichem Abschluss	Anzahl		36	1	3	2		42
		% von Staat F24		87,8	10,0	15,8	25,0		42,9
	Abitur oder mind. 12/13 Jahre Schulbesuch mit erfolgreichem Abschluss	Anzahl	6	14	10	12	4	14	60
		% von Staat F24	100	34,1	100	63,2	50,0	100	61,2
	Mindestalter	Anzahl	1	35	1	13		2	52
		% von Staat F24	16,7	85,4	10,0	68,4		14,3	53,1
	Best. Notendurchschnitt	Anzahl	4	15	4	11	1	2	37
		% von Staat F24	66,4	36,6	40,0	57,9	12,5	14,3	37,8
	Vorpraktikum	Anzahl	1	22				1	24
		% von Staat F24	16,7	53,7				7,1	24,5
	Sonstiges	Anzahl	1	15	6	10	2	10	44
		% von Staat F24	16,7	36,6	60,0	52,6	25,0	71,4	44,9
	Gesamt 0 fehlende Werte	Anzahl	6	41	10	19	8	14	98

Tabelle 36: Ländervergleich der Frage: „Welche Bedingungen muss ein Schüler/Student, neben einer evtl. Eignungsprüfung erfüllen, um an Ihrer Bildungseinrichtung einen Ausbildungs- bzw. Studienplatz für Physiotherapie zu erhalten? (Mehrfachantworten möglich)“

Neben den Einstiegsbedingungen als Vorleistungen für einen Studien- bzw. Ausbildungsplatz für Physiotherapie verlangen 77 (78,6%, N=98) Einrichtungen eine Eignungsprüfung (Tabelle 38). DK ist das einzige Land, welches zu 100% auf Eignungsprüfungen verzichtet. Auch in den NL führt nur eine Einrichtung einen Eignungstest durch, der aus einem Interview und einem praktischen Test besteht. In D, FI und A dagegen führen alle Einrichtungen eine Eignungsprüfung durch. Sie besteht in D und FI mindestens aus einem Interview und in A aus einem mindestens zweistufigen Verfahren. In D (53,7%), FI (70%) und A (78,6%) werden von den Bildungseinrichtungen für Physiotherapie zu über 50% dreistufige Eignungsprüfungen mit den Bewerbern durchge-

führt. In GB führen 52,7% (n=10) der Einrichtungen eine Eignungsprüfung durch, welche bei neun Einrichtungen aus einem Interview besteht.

Eignungsprüfung im Ländervergleich (F2xF24)

			Staat F24						Gesamt	
			DK	D	FI	GB	NL	A		
Eignungsprüfung F2	Nein	Anzahl	6			8	7		21	
		% von Staat F24	100			42,1	87,5		21,4	
	Interview	Anzahl		6	1	9			16	
		% von Staat F24		14,6	10,0	47,4			16,3	
	Schriftlicher Test	Anzahl				1			1	
		% von Staat F24				5,3			1,0	
	Praktischer Test	Anzahl		2					2	
		% von Staat F24		4,9					2,0	
	Interv., schriftl., praktisch	Anzahl		22	7			11	40	
		% von Staat F24		53,7	70,0			78,6	40,8	
	Interv. u. praktischer Test	Anzahl		3	1	1	1	3	9	
		% von Staat F24		7,3	10,0	5,3	12,5	21,4	9,2	
	Interv. u. schriftlicher Test	Anzahl		4	1				5	
		% von Staat F24		9,8	10,0				5,1	
	Schriftl. u. praktischer Test	Anzahl		4					4	
		% von Staat F24		9,8					4,1	
	Gesamt 0 fehlende Werte		Anzahl	6	41	10	19	8	14	98

Tabelle 37: Ländervergleich der Frage: „Fordert Ihre Bildungseinrichtung für den Bereich Physiotherapie vor der Vergabe der Ausbildungs-/Studienplätze eine Eignungsprüfung der Schüler/Studenten? (Mehrfachantworten möglich)“

7.2.1.2 Anforderungen an Lehrer, Schulleitung und Praktikumsanleiter

In diesem Abschnitt werden nacheinander die Anforderungen an Schul- bzw. Studienleitungen (F12), die Anforderungen an Lehrer für ein theoretisches Fach (F10), ein praktisches Fach (F9) und die Anforderungen an Anleiter im Praktikum (F11) im Ländervergleich analysiert und dargestellt.

Die Schul- bzw. Studienleitungen in DK, GB und A müssen an allen Einrichtungen eine physiotherapeutische Berufsanerkennung besitzen (Tabelle 39). Diese Anforderung trifft auch auf die meisten Einrichtungen der anderen Länder zu. Für jedes Land haben nur 2-3 Einrichtungen angegeben, dass die Berufsanerkennung nicht erwartet wird.

**Anforderungen an Schul-, Studienleitung im Ländervergleich
(F12xF24)**

			Staat F24						Gesamt	
			DK	D	FI	GB	NL	A		
Anforderungen an Schul-, Studienleitung F12	Physiotherapeutische Berufsanerkennung	Anzahl	6	38	8	19	6	14	91	
		% von Staat F24	100	92,7	80,0	100	75,0	100	92,9	
	Akademischer Abschluss (Bachelor, Diplom, Master, Doktor)	Anzahl	5	11	10	19	8	1	54	
		% von Staat F24	83,3	26,8	100	100	100	7,1	55,1	
	Pädagogische Ausbildung/ Weiterbildung	Anzahl	3	36	10	16	7	13	85	
		% von Staat F24	50,0	87,8	100	84,2	87,5	92,9	86,7	
	Fachliche Weiterbildung	Anzahl	3	41	3	8	3	11	69	
		% von Staat F24	50,0	100	30,0	42,1	37,5	78,6	70,4	
	Berufserfahrung als Physiotherapeut	Anzahl	5	39	8	15	4	14	85	
		% von Staat F24	83,3	95,1	80,0	78,9	50,0	100	86,7	
	Sonstiges	Anzahl	2	6	1	1	1	10	21	
		% von Staat F24	33,3	14,6	10,0	5,3	12,5	71,4	21,4	
	Gesamt 0 fehlende Werte		Anzahl	6	41	10	19	8	14	98

Tabelle 39: Ländervergleich der Frage: „Welche formalen Anforderungen werden an Ihrer Bildungsstätte an die Schul-/Studienleitung Physiotherapie gestellt? (Mehrfachnennung möglich)“

In DK, FI, GB und NL wird an allen Einrichtungen für eine Leitungsposition ein akademischer Grad verlangt. In D und A spielt diese Anforderung im Grunde keine Rolle. Es bleibt aber festzustellen, dass die Leitungspersonen, die die Fragebögen ausgefüllt haben, zum großen Teil einen akademischen Abschluss

angaben, auch wenn er nicht gefordert war (6.2). Auch in weiteren Kriterien sind die Anforderungen D und A sehr ähnlich. So wird in beiden Ländern großer Wert auf die physiotherapeutische Berufserfahrung, die pädagogische und fachliche Weiterbildung gelegt. Unter „Sonstiges“ gaben die Einrichtungen aus A an, dass eine mindestens 3-jährige Lehr- (3x), eine 6-jährige (3x) Berufserfahrung und eine Managementausbildung (6x) gefordert werden. Auch in den deutschen Angaben wird von drei Einrichtungen die Lehrerfahrung als zusätzliches Kriterium angegeben. Eine Managementausbildung ist ansonsten von keinem Land als Anforderung gestellt worden.

FI und GB weisen in den Anforderungen an die Leitungsperson sehr ähnliche Kriterien auf. So werden in beiden Ländern der akademische Grad, eine pädagogische Weiterbildung und die Berufserfahrung als Physiotherapeut als Kriterium für die Leitungsperson angesehen. In beiden Ländern wie auch in DK und den NL ist die fachliche Fortbildung nur bei einigen Einrichtungen ein Kriterium.

Die Anforderungen an einen Lehrer für ein theoretisches Fach (z.B. Anatomie, Pathologie) unterscheiden sich deutlich von den Anforderungen an die Leitung. In allen Ländern ist es wichtig, für ein theoretisches Fach einen Lehrer mit einem akademischen Abschluss zu haben (Tabelle 40).

In FI, GB und den NL wird neben dem akademischen Grad an den meisten Einrichtungen zusätzlich eine pädagogische Weiterbildung erwartet. Dieser Aspekt, wie auch die anderen Kriterien, spielen in den anderen Ländern an den meisten Einrichtungen keine Rolle. In D wurde von 61% (n=25) der Einrichtungen die fachliche Weiterbildung gefordert. Dieses Kriterium ist den österreichischen Aussagen unter „Sonstiges“ ähnlich. Hier wird Berufserfahrung im Unterrichtsfach (2x), für die klinischen Fächer eine Arzt- (3x) oder sogar ein Facharztausbildung (2x) gefordert. Somit sind sich auch in diesem Kriterium D und A relativ ähnlich. DK zeigt in diesem Kriterium ein sehr heterogenes Bild, die Lehrkräfte brauchen einen akademischen Grad und müssen z.T. Physiotherapeuten sein. Ein Aspekt ist noch sehr auffällig, in allen Ländern bis auf A werden auch Physiotherapeuten für theoretische Fächer eingesetzt, wobei dann die Berufserfahrung wieder einen Rolle spielt.

Anforderungen an Lehrer für ein theoretisches Fach im Ländervergleich (F10xF24)

			Staat F24						Gesamt
			DK	D	FI	GB	NL	A	
Lehreranforderungen theoretisches Fach F10	Physiotherapeutische Berufsanerkennung	Anzahl	3	5	3	9	5		25
		% von Staat F24	50,0	12,2	30,0	47,4	62,5		25,5
	Akademischer Abschluss (Bachelor, Diplom, Master, Doktor)	Anzahl	6	39	10	18	7	14	94
		% von Staat F24	100	95,1	100	94,7	87,5	100	95,9
	Pädagogische Ausbildung/ Weiterbildung	Anzahl	3	12	9	15	7	1	47
		% von Staat F24	50,0	29,3	90,0	78,9	87,5	7,1	48,0
	Fachliche Weiterbildung	Anzahl	1	25	4	4	1	4	39
		% von Staat F24	16,7	61,0	40,0	21,1	12,5	28,6	39,8
	Berufserfahrung als Physiotherapeut	Anzahl	3	7	4	7	3		24
		% von Staat F24	50,0	17,1	40,0	36,8	37,5		24,5
	Sonstiges	Anzahl		10		3		7	20
		% von Staat F24		24,4		15,8		50,0	20,4
	Gesamt 0 fehlende Werte	Anzahl	6	41	10	19	8	14	98

Tabelle 40: Ländervergleich der Frage: „Welche formalen Anforderungen werden an Ihrer Bildungsstätte an einen Lehrer für ein theoretisches Fach (z.B. Anatomie, Pathologie) gestellt? (Mehrfachnennung möglich)“

Für ein praktisches Fach, da sind sich alle Länder einig, wird die physiotherapeutische Berufsanerkennung und in den meisten Einrichtungen Berufserfahrung gefordert (Tabelle 41). In FI, GB und in DK geht dies mit der Forderung nach einem akademischen Abschluss einher. Die pädagogische Weiterbildung ist für viele Einrichtungen in FI und GB obligatorisch, in den anderen Ländern wird sie überwiegend gefordert. Die fachliche Weiterbildung wird wiederum hauptsächlich in D und A gefordert. Somit sind die Anforderungen für Lehrer für ein praktisches Fach mit denen der Leitung vergleichbar.

**Anforderungen an Lehrer für ein praktisches Fach im Ländervergleich
(F9xF24)**

			Staat F24						Ge- samt	
			DK	D	FI	GB	NL	A		
Lehreranforderungen praktisches Fach F9	Physio- therapeutische Berufsanerken- nung	Anzahl	6	39	9	19	8	13	94	
		% von Staat F24	100	95,1	90,0	100	100	92,9	95,9	
	Akademischer Abschluss (Ba- chelor, Diplom, Master, Doktor)	Anzahl	5	3	9	18	5		40	
		% von Staat F24	83,3	7,3	90,0	94,7	62,5		40,8	
	Pädagogische Ausbildung/ Weiterbildung	Anzahl	4	29	9	18	6	10	76	
		% von Staat F24	66,7	70,7	90,0	94,7	75,0	71,4	77,6	
	Fachliche Weiter- bildung	Anzahl	3	39	2	5	1	13	63	
		% von Staat F24	50,0	95,1	20,0	26,3	12,5	92,9	64,3	
	Berufserfahrung als Physiothera- peut	Anzahl	4	41	10	15	6	14	90	
		% von Staat F24	66,7	100	100	78,9	75,0	100	91,8	
	Sonstiges	Anzahl		3				2	5	
		% von Staat F24		7,3				14,3	5,1	
	Gesamt 0 fehlende Werte		Anzahl	6	41	10	19	8	14	98

Tabelle 41: Ländervergleich der Frage: „Welche formalen Anforderungen werden an Ihrer Bildungsstätte an einen Lehrer für ein praktisches Fach (z.B. Massage, Befund) gestellt? (Mehrfachnennung möglich)“

Von den Anleitern im Praktikum wird in der Regel nicht verlangt, dass sie Lehrer der Bildungseinrichtung sind. Dies geschieht nur in D und vereinzelt in FI und in den NL (Tabelle 42). Anleiter müssen in allen Ländern eine physiotherapeutische Berufsanerkennung haben. Ansonsten gibt es nur Anforderungen einzelner Bildungseinrichtungen, außer in D. In D verlangen die Bildungseinrichtungen von Praktikumsanleitern überwiegend Berufserfahrung und fachliche Fortbildung. Eine pädagogische Fortbildung wird auch noch von 36,6% (N=41) der deutschen Einrichtungen gefordert. Somit bestehen in D die umfangreichsten Anforderungen an Praktikumsanleiter.

Anforderungen an Praxisanleiter im Ländervergleich (F11xF24)

			Staat F24						Gesamt
			DK	D	FI	GB	NL	A	
Anforderungen an Praxisanleiter F11	Keine Anforderungen	Anzahl		3	1		1		5
		% von Staat F24		7,3	10,0		12,5		5,1
	Muss Lehrer der Bildungseinrichtung sein	Anzahl		13	1		1		15
		% von Staat F24		31,7	10,0		12,5		15,3
	Physiotherapeutische Berufs- anerkennung	Anzahl	6	37	9	19	7	14	92
		% von Staat F24	100	90,2	90,0	100	87,5	100	93,9
	Akademischer Abschluss (Bachelor, Diplom, Master, Doktor)	Anzahl		1	2	4	4		11
		% von Staat F24		2,4	20,0	21,1	50,0		11,2
	Pädagogische Ausbildung/ Weiterbildung	Anzahl	4	15	1	2	3	2	27
		% von Staat F24	66,7	36,6	10,0	10,5	37,5	14,3	27,6
	Fachliche Weiterbildung	Anzahl	2	29		8	1	5	45
		% von Staat F24	33,3	70,7		42,1	12,5	35,7	45,9
	Berufserfahrung als Physiotherapeut	Anzahl	3	36	5	14	5	14	77
		% von Staat F24	50,0	87,8	50,0	73,7	62,5	100	78,6
	Gesamt 0 fehlende Werte	Anzahl	6	41	10	19	8	14	98

Tabelle 42: Ländervergleich der Frage: „Welche formalen Anforderungen werden an einen physiotherapeutischen Anleiter in der praktischen Ausbildung am Patienten (Praktikum) gestellt? (Mehrfachnennung möglich)“

7.2.1.3 Ausstattung im Ländervergleich

Wie unter 7.1.1.3 festgestellt, ist die Ausstattung der Bildungseinrichtungen gut. Es fehlen hauptsächlich Zugänge zu einem Schwimmbad/Bewegungsbad und zu physiologischen und biomechanischen Messgeräten.

Am umfassendsten ausgestattet sind die Einrichtungen in FI und den NL (Tabelle 43). Bis auf einen Mangel an Schwimmbädern sind in den NL für die Studenten alle Einrichtungen vorhanden und zugänglich. In DK verfügen die Bildungseinrichtungen für Physiotherapie auch über alle angegebenen Einrichtungen und Ausstattungen, wenige Einrichtungen haben allerdings keine Trainingsgeräte und Messgeräte. Nur zwei Einrichtungen verfügen über ein Schwimmbad. In GB ist auch vieles vorhanden, hier mangelt es für die Stu-

denten der Physiotherapie - wie in den NL - nur an Zugängen zu Schwimmbädern, aber in einigen Einrichtungen auch an Lernräumen für kleine Gruppen und an Aufenthaltsräumen für die Studenten.

In D und A sind verschiedene Einrichtungen nicht zugänglich für Studenten. In D gibt es wenig Zugang zu Messgeräten und Schwimmbädern. Zusätzlich gibt es nur begrenzt Einrichtungen, die Zugang zu Trainingstherapiegeräten, Computern mit Internetzugang und Videorecordern ermöglichen. In A gibt es fast umfassenden Zugang zu Computern mit Internetzugang, dafür aber weniger Zugang zu Trainingstherapiegeräten, Gymnastikhallen und nur in zwei Einrichtungen Zugang zu Schwimmbädern und Messgeräten. Wie schon unter 6.1.1.3 erwähnt wurde der Umfang der Ausstattung zur Anzahl der Studenten nicht kontrolliert.

Ausstattung im Ländervergleich (F19xF24)

		Staat F24						Gesamt	
		DK	D	FI	GB	NL	A		
Ausstattung F19	Behandlungsräume	Anzahl	6	41	10	19	8	13	97
		% von Staat F24	100	100	100	100	100	92,9	99,0
	Gymnastikraum/ Sporthalle	Anzahl	5	38	10	16	8	8	85
		% von Staat F24	83,3	92,7	10,0	84,2	12,5	57,1	86,7
	Bewegungsbad / Schwimmbad	Anzahl	2	23	9	8	2	2	46
		% von Staat F24	33,3	56,1	90,0	42,1	25,0	14,3	46,9
	Bibliothek / Me- diathek	Anzahl	6	38	10	18	8	14	94
		% von Staat F24	100	92,7	100	94,7	100	100	95,9
	Lernraum für 5-8 Pers. Gruppe	Anzahl	6	33	9	14	8	10	80
		% von Staat F24	100	80,5	90,0	73,7	100	71,4	81,6
	Aufenthaltsraum Studenten	Anzahl	6	37	9	10	7	12	81
		% von Staat F24	100	90,2	90,0	52,6	87,5	85,7	82,7
	Computerarbeits- plätze	Anzahl	6	27	10	18	8	13	82
		% von Staat F24	100	65,9	100	94,7	100	92,9	83,7
	Internetzugang	Anzahl	6	27	10	18	8	13	82
		% von Staat F24	100	65,9	100	94,7	100	92,9	83,7
	Videorecorder/ fachliche Videos	Anzahl	6	35	10	18	8	11	88
		% von Staat F24	100	85,4	100	94,7	100	78,6	89,8
	Geräte der Train- ingstherapie	Anzahl	4	27	10	17	7	8	73
		% von Staat F24	66,7	65,9	100	89,5	87,5	57,1	74,5
	Elektrotherapie- geräte	Anzahl	6	41	10	18	8	8	91
		% von Staat F24	100	100	100	94,7	100	57,1	92,9
	Biomechanische Messgeräte	Anzahl	4	7	9	18	7	2	47
		% von Staat F24	66,6	17,1	90,0	94,7	87,5	14,3	48,0
	Physiologische Messgeräte	Anzahl	4	12	6	17	7	2	48
		% von Staat F24	66,7	29,3	60,0	89,5	87,5	14,3	49,0
	Anatomische Modelle	Anzahl	6	38	10	18	8	14	94
		% von Staat F24	100	92,7	100	94,7	100	100	95,9
Sonstiges	Anzahl		5	1	5		1	12	
	% von Staat F24		12,2	10,0	26,3		7,1	12,2	
Gesamt 0 fehlende Werte		Anzahl	6	41	10	19	8	14	98

Tabelle 43: Ländervergleich der Frage: „Zu welchen Einrichtungen und welcher Ausstattung haben die Schüler/Studenten an Ihrer Bildungseinrichtung Zugang? (Mehrfachantwort möglich)“

7.2.1.4 Zusammenfassung Strukturqualität im Ländervergleich

Die Merkmale, welche die Strukturqualität eines Landes prägen, sind sehr unterschiedlich. Wenn alle untersuchten Kriterien zu Grunde gelegt werden, dann können die Länder in drei Gruppen von jeweils zwei Ländern mit ähnlichen Kriterienausprägungen eingeteilt werden. Die erste Gruppe wird gebildet von FI und GB. Beide Länder haben ähnliche Zugangsbedingungen, wobei in FI kein Hinweis darauf zu finden ist, dass die Noten bei dem Zugang einen Rolle spielen. Allerdings wird der Eignungstest umfassender eingesetzt. An die Lehrer und Praktikumsanleiter werden fast gleiche Anforderungen gestellt und die Ausstattung ist sehr umfassend. Die zweite Gruppe, die der ersten sehr ähnlich ist, umfasst DK und die NL. Beide Länder führen keine Eignungstests durch. Sie haben ähnliche Anforderungen an die Leitung, Lehrer und Praktikumsanleiter, wobei die Einrichtungen in den NL häufiger auf eine pädagogische Ausbildung Wert legen als die Einrichtungen in DK. Die Ausstattungen sind in beiden Ländern gut.

Die dritte Gruppe mit sehr ähnlichen Kriterien ist D und A. Die Eingangsvoraussetzungen sind mit 10 Jahren Schulbildung in D und 12/13 Schuljahre in A verschieden, aber beide Länder führen einen mindestens zweistufigen Eignungstest für die Bewerber durch. Weiterhin sind die Anforderungen an die Leitung und die Lehrer sehr ähnlich und beide Länder legen Wert auf die fachliche Weiterbildung des Lehrpersonals. Im Praktikum werden in D mehr Anforderungen gestellt als in A und den anderen Ländern. Die Ausstattung weist in beiden Ländern weniger Zugangsmöglichkeiten für die Teilnehmer auf als in den anderen Ländern.

7.2.2 Prozessqualität im Ländervergleich

Die Prozessqualität umfasst in dieser Studie die Befragung von Lernenden und Lehrenden (7.2.2.1). Daneben werden eine Vielzahl von Maßnahmen des Qualitätsmanagements (7.2.2.2) in ihrer Anwendung überprüft. Die Einflüsse des Staats auf das Qualitätsmanagement (7.2.2.3) einer Einrichtung ist der dritte

Aspekt, der im Rahmen der Prozessqualität in dieser Studie nachgefragt wurde.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen werden die Kriterien der Prozessqualität in diesem Kapitel im Ländervergleich dargestellt und analysiert. Die Ergebnisse werden am Ende des Kapitels zusammengefasst (7.2.2.4).

7.2.2.1 Prozessqualität durch Befragung von Lernenden und Lehrenden

Es konnte in der Studie festgestellt werden, dass in allen Ländern die schriftliche Befragung von Lernenden als Methode der Prozessqualität weit verbreitet ist. In Tabelle 43 wird deutlich, dass nur in DK, D und FI einige wenige Einrichtungen diese Methode nicht anwenden.

Schriftliche Befragung von Lernenden im Ländervergleich (F3xF24)

			Staat F24						Gesamt
			DK	D	FI	GB	NL	A	
Studentenbefragung F3	Nein	Anzahl	2	8	3				13
		% von Staat F24	33,3	20,5	30,0				13,5
	Ja	Anzahl	4	31	7	19	8	14	83
		% von Staat F24	66,7	79,5	70,0	100	100	100	86,5
Gesamt 2 fehlende Werte		Anzahl	6	39	10	19	8	14	96

Tabelle 44: Ländervergleich der Frage: „Werden an Ihrer Bildungseinrichtung im Rahmen des Qualitätsmanagements schriftliche Schüler-/Studentenbefragungen durchgeführt?“

Bei der Befragung der Lernenden (Tabelle 45) ist auffällig, dass alle Länder diese Methode anwenden, in den NL, A und GB sogar alle antwortenden Einrichtungen. In DK, D und FI ist die Methode bei über der Hälfte der Einrichtungen verbreitet. Die Einrichtungen, die diese Frage beantwortet haben, haben die Lernenden in der Regel zu allen angegebenen Themen befragt. In D, GB und A werden über eine schriftliche oder mündliche Befragung auch zu anderen Themen Daten erhoben. In D und A gibt es verschiedene Themen, die angesprochen worden sind. In GB wurden von vier Einrichtungen unter „Andere Themen“ angegeben, dass jedes theoretische oder praktische Modul über eine schriftliche Befragung der Studenten evaluiert wurde.

Themen der Befragung von Lernenden im Ländervergleich (F4xF24)

			Staat F24						Gesamt
			DK	D	FI	GB	NL	A	
Studentenbefragung F4	Theoretische Fächer	Anzahl	4	29	7	17	8	14	79
		% von Staat F24	66,7	70,7	70,0	89,5	100	100	80,6
	Praktische Fächer	Anzahl	4	28	7	17	8	14	78
		% von Staat F24	66,7	68,3	70,0	89,5	100	100	79,6
	Prakt. Ausbildung	Anzahl	3	27	7	18	8	14	77
		% von Staat F24	50,0	65,9	70,0	94,7	100	100	78,6
	Serviceeinrichtungen	Anzahl	4	23	6	18	8	12	71
		% von Staat F24	66,7	56,1	60,0	94,7	100	85,7	72,4
	Andere Themen	Anzahl		14	1	6	2	5	28
		% von Staat F24		34,1	10,0	31,6	25,0	35,7	28,6

Tabelle 45: Ländervergleich der Frage: „Zu welchen Themen und wie häufig werden an Ihrer Bildungseinrichtung schriftliche Befragungen von Schülern/Studenten der Physiotherapie durchgeführt? (Setzen Sie ein X pro Zeile)“

Neben den Befragungsthemen wurde im Fragebogen zusätzlich die Häufigkeit der Befragung erkundet (Tabelle 46). In den meisten Einrichtungen in DK, FI, GB und NL wird der theoretische Unterricht (z.B. Anatomie, Pathologie) mindestens 1x im Semester oder häufiger durch die Studenten schriftlich evaluiert. In A und D wird diese Bewertung mind. 1x im Jahr gemacht. Die schriftliche Evaluation des praktischen Unterrichts (z.B. Manuelle Therapie) wird in fast allen Einrichtungen mind. 1x pro Semester, in A bei ca. 50% und in D bei nahezu 100% der Einrichtungen mind. 1x pro Jahr durchgeführt. Die praktische Ausbildung am Patienten wird in allen Ländern mind. 1x pro Semester evaluiert, wobei in D und den NL ca. 50% der Einrichtungen angeben, dies mind. 1x im Jahr zu machen. Die Serviceeinrichtungen der Bildungsstätten (z.B. Bibliothek, Mensa) finden in GB am meisten Aufmerksamkeit durch eine schriftliche Bewertung durch die Studenten mind. 1x im Semester oder mind.

1x im Jahr. In A, D, FI und NL werden diese Befragungen auch mind. 1x jährlich durchgeführt. Allerdings geben in A, D und DK auch einige Einrichtungen an, diese Befragung noch nie gemacht zu haben.

Innerhalb der Länder lässt sich erkennen, dass sich Angaben der meisten Einrichtungen in FI, GB und NL ähnlich sind. In A und D sind die Angaben eher heterogen.

Häufigkeit der Befragung der Lernenden im Ländervergleich (F4)

		Nie	Weniger als 1x im Jahr	Mind. 1x im Jahr	Mind. 1x im Sem.	Mind. 1x im Monat
Studentenbefragung F4 (Häufigkeiten)	Theoretische Fächer		D 9; A 1	DK 1; D 12; FI 1; GB 5; NL 2; A 8	DK 3; D 7; FI 4; GB 12; NL 5; A 5	D 1; FI 2; NL 1
	Praktische Fächer	D 1	D 7	DK 1; D 11; FI 1; GB 5; NL 1; A 6	DK 3; D 8; FI 6; GB 12; NL 6; A 6	D 1; NL 1; A 2
	Praktikum		D 3	D 13; GB 3; NL 4; A 3	DK 3; D 10; FI 7; GB 13; NL 3; A 8	D 1; GB 2; NL 1; A 2
	Serviceeinrichtungen	DK 2; D 4; A 5	DK 1; D 6; FI 3; GB 2; NL 1; A 4	DK 1; D 10; FI 2; GB 9; NL 6; A 3	D 3; FI 1; GB 7; NL 1	
	Andere Themen	A 1	D 4; A 2	D 6; FI 1; GB 3; NL 2; A 1	D 4; GB 3; A 1	

Tabelle 46: Ländervergleich der Frage: „Zu welchen Themen und wie häufig werden an Ihrer Bildungseinrichtung schriftliche Befragungen von Schülern/Studenten der Physiotherapie durchgeführt? (Setzen Sie ein X pro Zeile)“

Die Bildungseinrichtungen wurden in dieser Studie auch gefragt, ob die Lehrenden ebenfalls die Möglichkeit haben, an einer schriftlichen Befragung zur Prozessqualität teilzunehmen (Tabelle 47). In DK, FI und den NL haben alle Einrichtungen, die eine Studentenforschung anbieten, auch eine Lehrerbefragung durchgeführt.

Schriftliche Befragung von Lehrenden im Ländervergleich (F6xF24)

			Staat F24						Gesamt
			DK	D	FI	GB	NL	A	
Lehrer- befra- gung F6	Nein	Anzahl	2	22	2	3		5	34
		% von Staat F24	33,3	53,6	20,0	15,8		35,7	35,4
	Ja	Anzahl	4	17	7	16	8	9	61
		% von Staat F24	66,7	41,5	70,0	84,2	100	64,3	63,5
Gesamt 3 fehlende Werte		Anzahl	6	39	9	19	8	14	95

Tabelle 47: Ländervergleich zur Frage: „Werden an Ihrer Bildungseinrichtung schriftliche Befragungen der Lehrer als Teil des Qualitätsmanagements durchgeführt?“

In GB gibt es nur drei Einrichtungen, die keine Lehrerbefragung durchführen. In A führen fünf und in D 22 Einrichtungen diese Befragung nicht durch. In D wird somit in weniger als der Hälfte der Stichprobe eine Befragung der Lehrenden durchgeführt.

In A und den NL wurden an den Einrichtungen, die eine Lehrerbefragung durchführten, wieder alle angegebenen Themen erfragt (Tabelle 48). In den anderen Ländern gibt es einige Abweichungen, aber ein landestypisches Bild ließ sich hier, wie auch in den Angaben unter „Andere Befragungsthemen“ nicht erkennen.

Themen der Befragung von Lehrenden im Ländervergleich (F7xF24)

			Staat F24						Gesamt
			DK	D	FI	GB	NL	A	
Lehrerbefragung F7	Arbeitszufriedenheit	Anzahl	3	16	7	12	8	6	52
		% von Staat F24	50,0	39,0	70,0	63,2	100	42,9	53,0
	Arbeitsplatzbedingungen	Anzahl	3	13	7	12	8	6	49
		% von Staat F24	50,0	31,7	70,0	63,2	100	42,9	50,0
	Qualität des eigenen Unterrichts	Anzahl	5	13	6	15	8	6	53
		% von Staat F24	83,3	31,7	60,0	78,9	100	42,9	54,1
	Fortbildungsbedarf	Anzahl	4	15	6	12	8	6	51
		% von Staat F24	66,7	36,6	60,0	63,2	100	42,9	52,0
	Andere Themen	Anzahl	1	4		2	1	3	11
		% von Staat F24	16,7	9,8		10,5	12,5	21,4	11,2

Tabelle 48: Ländervergleich der Frage: „Zu welchen Themen und wie häufig werden an Ihrer Bildungseinrichtung schriftliche Lehrerbefragungen im Bereich Physiotherapie durchgeführt? (Setzen Sie ein X pro Zeile)“

Die Häufigkeit, mit der die Befragungen durchgeführt werden, variiert zwischen den Themen. Die Qualität des eigenen Unterrichts und der Fortbildungsbedarf wird in allen Ländern tendenziell häufiger nachgefragt als die anderen Themen (Tabelle 49). Fast alle Bildungseinrichtungen in FI und NL befragen im Vergleich zu den anderen Ländern ihre Lehrer öfter und zu mehr Themen. In D ist die Befragungsrate am geringsten und die Befragungen werden mind. 1x jährlich oder weniger häufig durchgeführt. Bei dieser Form der Befragung verhalten sich die Einrichtungen innerhalb eines Landes in allen Ländern eher heterogen.

Häufigkeit der Lehrerbefragung im Ländervergleich (F7)

		Nie	Weniger als 1x im Jahr	Mind. 1x im Jahr	Mind. 1x im Sem.	Mind. 1x im Monat
Lehrerbefragung F7 (Häufigkeiten)	Arbeitszufriedenheit	DK 2; D 2; GB 3; A1	DK 1; D 4; GB 6; NL 2; A 2	DK 2; D 11; FI 6; GB 6; NL 6; A 3	D 1; FI 1; A 1	
	Arbeitsplatzbedingungen	DK 2; D 4; GB 3; A 1	DK 1; D 3; FI 1; GB 6; NL 2; A 2	DK 2; D 9; FI 6; GB 6; NL 6; A 3	D 1; A 1	
	Qualität des eigenen Unterrichts	D 1; A 2	DK 1; D 3; GB 2; NL 2;	DK 1; D 9; FI 3; GB 5; NL 3; A 5	DK 3; D 1; FI 3; GB 8; NL 3; A 1	
	Fortbildungsbedarf	DK 1; D 1; GB 1; A 1	DK 1; D 2; FI 1; GB 4; NL 2	DK 1; D 10; FI 3; GB 8; NL 6; A 6	DK 2; D 3; FI 2	
	Andere Themen	DK 1; D 1	D 1	DK 1; D 3; GB 2; NL 1; A 2		

Tabelle 49: Ländervergleich zu der Frage: „Zu welchen Themen und wie häufig werden an Ihrer Bildungseinrichtung schriftliche Lehrerbefragungen im Bereich Physiotherapie durchgeführt? (Setzen Sie ein X pro Zeile)“

Neben der Durchführung der Befragung ist ein wichtiger Aspekt der Prozessqualität der Umgang mit den Ergebnissen. Im Ländervergleich (Tabelle 50) entsteht der Eindruck, dass in A und den NL mehr Einrichtungen die Ergebnisse der Befragungen veröffentlichen, als dass Ergebnisse nur intern ausgewertet werden.

**Veröffentlichung von Befragungsergebnissen im Ländervergleich
(F8xF24)**

			Staat F24						Ge- sam
			DK	D	FI	GB	NL	A	
Veröffentlichung von Ergebnissen F8	Nein	Anzahl	3	21	4	10	2	4	44
		% von Staat F24	50,0	51,2	40,0	52,6	25,0	28,6	44,9
	Ja, Studenten und Lehrer	Anzahl	2	5	5	3	5	3	23
		% von Staat F24	33,3	12,2	50,0	15,8	62,5	21,4	23,5
	Ja, nur Studenten	Anzahl	1	11	1	4	1	5	53
		% von Staat F24	16,7	26,8	10,0	21,1	12,5	35,7	54,1
	Ja, nur Lehrer	Anzahl						1	1
		% von Staat F24						7,1	1,0
	Gesamt 7 fehlende Werte	Anzahl	6	37	10	17	8	13	91

Tabelle 50: Ländervergleich der Frage: „Werden die Ergebnisse von schriftlichen Befragungen des Qualitätsmanagements öffentlich gemacht?“

Aber erst im Überblick der Tabellen 50 und 51 kann genau gesagt werden, welche Dinge veröffentlicht werden. Durch Nebeneinanderstellen der Gesamtzahl der Einrichtungen, die eine Befragung durchführen, und dann in den nächsten Zeilen die Differenzierung der Befragung in Studenten, Lehrer und beide Gruppen (Tabelle 51), können die Daten der Veröffentlichungen (Tabelle 50) relativiert werden. In dem Vergleich wird der erste Eindruck verstärkt, dass in GB zwar an 16 Einrichtungen (84,2%, N=19) Befragungen durchgeführt werden, aber nur drei (18,8%, N=16) Einrichtungen die Ergebnisse veröffentlichen. In den NL und A werden über 70% der erhobenen Daten veröffentlicht. In FI und DK liegt diese Quote nur noch bei ca. 40% und in D bei 34,4%.

Innerhalb von D ist zusätzlich auffällig, dass bei 11 Einrichtungen nur die Ergebnisse der Studentenbefragungen veröffentlicht werden. In den anderen Ländern ist diese Quote geringer, da in der Regel beide Gruppen befragt werden und dann auch alle Ergebnisse veröffentlicht werden.

Befragungen im Ländervergleich (F3 und F6xF24)

			Staat F24						Gesamt
			DK	D	FI	GB	NL	A	
Übersicht über Befragungen (F3 und F6xF24)	Führen Befragung durch	Anzahl	5	32	9	19	8	14	87
		% von Staat F24	83,3	78,0	90,0	100	100	100	88,8
	Ja, nur Studenten	Anzahl	1	16	2	3		5	27
		% von Staat F24	16,7	39,0	20,0	15,6		35,7	27,6
	Ja, nur Lehrer	Anzahl	3	1	2				6
		% von Staat F24	50,0	2,4	20,0				6,1
	Ja, Studenten und Lehrer	Anzahl	3	15	5	16	8	9	56
		% von Staat F24	50,0	36,6	50,0	84,2	100	64,3	57,1

Tabelle 51: Ländervergleich der Befragungen

7.2.2.2 Maßnahmen des Qualitätsmanagements zur Verbesserung der Prozessqualität

Es gibt viele Maßnahmen, um die Prozessqualität zu verbessern. Ein wichtiger Aspekt im Bereich der Bildung ist die fortwährende Weiterbildung der Lehrkräfte. In DK, GB und den NL gibt es eine durchgängige Fortbildungspflicht für die Lehrkräfte (Tabelle 52). In FI und D findet sich diese Verpflichtung zur Fortbildung noch in den meisten Einrichtungen. Dagegen besteht in A in weniger als der Hälfte der Einrichtungen eine Fortbildungspflicht.

Fortbildungspflicht für Lehrende im Ländervergleich (F13xF24)

			Staat F24						Gesamt
			DK	D	FI	GB	NL	A	
Fortbildungspflicht F13	Nein	Anzahl		13	4		1	8	26
		% von Staat F24		31,7	40,0		12,5	57,1	26,5
	Ja	Anzahl	6	28	6	19	7	6	72
		% von Staat F24	100	68,3	60,0	100	87,5	42,9	73,5
Gesamt		Anzahl	6	41	10	19	8	14	98

Tabelle 52: Ländervergleich zur Frage: „Werden Lehrer an Ihrer Bildungseinrichtung zur Fortbildung verpflichtet?“

Eine weiterer Weg, die Qualität der Lehre zu verbessern ist es, den Lehrkräften innerhalb der Arbeitszeit die Möglichkeit zu geben, wissenschaftlich zu arbeiten. Von dieser Möglichkeit machen fast alle Einrichtungen in GB und den NL Gebrauch. In A und D wird diese Möglichkeit selten, in DK und FI an einigen Einrichtungen angeboten. Leider haben nur wenige Einrichtungen den Stundenumfang pro Woche angegeben, in dem sich die Lehrkräfte wissenschaftlich betätigen können. Die meisten Angaben gibt es aus GB, so ist z.B. in vier Einrichtungen diese Zeit variabel. Drei Einrichtungen in GB geben einen Zeitspanne im Jahr an (20/22 Tage – 5 Wochen/Jahr). Eine Einrichtung stellt 20% der Arbeitszeit zur Verfügung. Die anderen Länder machen, wenn überhaupt, nur vereinzelte Angaben, so dass hier keine landesspezifischen Aussagen getroffen werden können.

**Wissenschaftliches Arbeiten der Lehrenden im Ländervergleich
(F14xF24)**

			Staat F24						Ge- sam
			DK	D	FI	GB	NL	A	
Wissenschaftliches Arbeiten F 14	Nein	Anzahl	2	33	7	1	1	11	55
		% von Staat F24	33,3	80,5	70,0		12,5	78,6	56,1
	Ja	Anzahl	2	7	3	17	7	3	39
		% von Staat F24	33,3	17,1	30,0	89,5	87,5	21,4	39,8
	1-5 St./Wo. Arbeitszeit	Anzahl		2	1	1			4
	6-10 St./Wo Arbeitszeit	Anzahl	2	1	1	2	3		9
	Andere Zeiteinheit	Anzahl			2	8	1		

Tabelle 53: Ländervergleich zu der Frage: „Gibt es die Möglichkeit für Lehrer, an Ihrer Bildungseinrichtung wissenschaftlich zu arbeiten?“ (Nein oder Ja, mit.....Stunden pro Woche innerhalb der Arbeitszeit)

Neben der Möglichkeit zum wissenschaftlichen Arbeiten und der fortwährenden Weiterbildung der Lehrkräfte, muss innerhalb der Prozessqualität der Bildungsprozess, also z.B. die Lehrveranstaltungen, begutachtet werden. In Tabelle 54 werden verschiedene Maßnahmen des Qualitätsmanagements im Ländervergleich dargestellt.

**Maßnahmen des Qualitätsmanagements 1 im Ländervergleich
(F15xF24)**

			Staat F24						Ge- sammt
			DK	D	FI	GB	NL	A	
Maßnahmen des Qualitätsmanagements F15	Unterrichtsbesuch extern	Anzahl	1	11	6	13	5	5	41
		% von Staat F24	16,7	26,8	60,0	68,4	62,5	35,7	41,8
	Unterrichtsbesuch intern	Anzahl	3	37	8	18	7	11	84
		% von Staat F24	50,0	90,2	80,0	94,7	87,5	78,6	85,7
	Prüfungsbesuch extern	Anzahl	2	26	5	17	5	11	66
		% von Staat F24	33,3	63,4	50,0	89,5	62,5	78,6	67,3
	Qualitätszirkel	Anzahl	4	32	9	15	6	13	79
		% von Staat F24	66,7	78,0	90,0	78,9	75,0	92,9	80,6
	Schriftliche Selbstevaluation	Anzahl	3	12	9	17	8	4	53
		% von Staat F24	50,0	29,3	90,0	89,5	100	28,6	54,1
	Zielvereinbarung	Anzahl	5	21	10	13	8	8	64
		% von Staat F24	83,3	51,2	100	68,4	100	57,1	65,3

Tabelle 54: Ländervergleich zu der Frage: „Welche der folgenden Maßnahmen des Qualitätsmanagements werden wir oft an Ihrer Bildungsstätte im Bereich Physiotherapie durchgeführt? (Setzen Sie ein X pro Zeile)“

Wie schon unter 7.1.2.2. dargestellt, sind Unterrichtsbesuche durch Kollegen (intern) und fachliche Treffen (Qualitätszirkel) mit externen Kollegen die Maßnahmen, die am häufigsten durchgeführt werden. Allerdings gibt es zwischen den Ländern Unterschiede. So werden z.B. in FI und NL die Zielvereinbarungen für den Bereich Physiotherapie und die schriftliche Selbstevaluation für den Bereich Physiotherapie an mehr Einrichtungen als Maßnahme angewandt als interne Unterrichtsbesuche. In D und GB sind die Unterrichtsbesuche durch Kollegen die am häufigsten angewandte Methode des QM. Es ist festzustellen, dass in FI, GB und den NL alle angegebenen Maßnahmen an 60-100% der Einrichtungen anzutreffen sind. In DK, D und A sind die Angaben je Maßnahme sehr unterschiedlich. So wird z.B. der externe Unterrichtsbesuch in den drei Ländern sehr selten als Maßnahme durchgeführt.

Neben der alleinigen Durchführung einer Maßnahme ist für die Qualitätssicherung die Häufigkeit der Maßnahme eine wichtige Frage. Es lässt sich in Tabelle

55 erkennen, dass der interner Unterrichtsbesuch die einzige Maßnahme ist, die in DK, D, FI und GB, auch nur in Einzelfällen, monatlich durchgeführt wird.

Häufigkeit der Maßnahmen QM 1 im Ländervergleich (F15)

		Nie	Weniger als 1x im Jahr	Mind. 1x im Jahr	Mind. 1x im Sem.	Mind. 1x im Monat
Maßnahmen Qualitätsmanagement F15 (Häufigkeiten)	Unterrichtsbesuch extern	DK 2; D 23; FI 4; GB 3; NL1; A 7	D 7; FI 2; GB 7; NL 3; A 3	DK 1; D 2; FI 2; GB 4; NL 1; A 1	D 2; FI 2; GB 2; NL 1; A 1	
	Unterrichtsbesuch intern	D 1; FI 2; A 2	DK 1; D 12; FI 3; GB 1; NL 3; A 2	D 13; FI 4; GB 14; NL 3; A 7	DK 1; D 8; GB 2; NL 1; A 2	DK 1; D 4; FI 1; GB 1
	Prüfungsbesuch extern	DK 2; D 9; FI 2; NL 2; A 2	DK 1; D 5; FI 4; GB 1; NL 5; A 1	D 14; FI 1; GB 15; A 7	DK 1; D 7; GB 1; A 2	A 1
	Qualitätszirkel	D 3	DK 1; D 5; FI 3; GB 3; NL 2; A 4	D 7; FI 6; GB 11; NL 3; A 8	DK 3; D 19; GB 1; NL 1; A 1	D 1
	Schriftliche Selbstevaluation	D 17; FI 1; A 10	DK 2; D 4; FI 5; GB 2; NL 3; A 1	D 2; FI 4; GB 15; NL 5; A 1	DK 1; D 5; A 2	D 1
	Zielvereinbarung	D 13; A 5	DK3; D 5; FI 1; GB 2; NL 2; A 3	DK 1; D 3; FI 7; GB 10; NL 6; A 4	DK 1; D 10; FI 2; GB 1; A 1	D 3

Tabelle 55: Ländervergleich zu der Frage: „Welche der folgenden Maßnahmen des Qualitätsmanagements werden wir oft an Ihrer Bildungsstätte im Bereich Physiotherapie durchgeführt? (Setzen Sie ein X pro Zeile)“

Im Ländervergleich fällt auf, dass in GB, FI und den NL die Maßnahmen Qualitätszirkel, schriftliche Selbstevaluation und die Zielvereinbarungen relativ einheitlich beantwortet worden sind und somit mind. 1x im Jahr durchgeführt werden. Von A sind die Punkte interner Unterrichtsbesuch, externer Prüfungsbesuch, Qualitätszirkel und die Selbstevaluation auch einheitlich beantwortet. Dabei werden die drei erstgenannten Maßnahmen mind. 1x jährlich durchgeführt, die Selbstevaluation wird nie durchgeführt. Die Einrichtungen in DK und D sind in allen Maßnahmen relativ heterogen. Dies trifft auch für GB, NL und FI zu, die in den Punkten Unterrichtsbesuch intern und extern und Prüfungsbesuch sehr unterschiedlich antworten.

Das Praktikum ist ein integraler Bestandteil aller physiotherapeutischen Ausbildungen. Somit ist es wichtig, dass die qualitätssichernden Maßnahmen diesen Bereich berücksichtigen.

Maßnahmen des QM 2 im Ländervergleich (F16xF24)

			Staat F24						Gesamt
			DK	D	FI	GB	NL	A	
Maßnahmen des Qualitätsmanagements F16	Treffen mit Praktikumsanleitern	Anzahl	6	41	10	18	8	13	96
		% von Staat F24	100	100	100	94,7	100	92,9	98,0
	Besuch am Praktikumsort	Anzahl	6	39	10	17	8	11	91
		% von Staat F24	100	95,1	100	89,5	100	78,6	92,9
	Praktikumsanleiterfortbildung	Anzahl	6	35	10	17	8	13	89
		% von Staat F24	100	85,4	100	89,5	100	92,9	90,8
	Kontrolle des Betreuungsschlüssels	Anzahl	4	35	7	11	6	12	75
		% von Staat F24	66,7	85,4	70,0	57,9	75,0	85,7	76,5

Tabelle 56: Ländervergleich zu der Frage: „Welche Maßnahmen des Qualitätsmanagements der praktischen Ausbildung am Patienten (Praktikum) werden wir oft im Bereich Physiotherapie durchgeführt? (Setzen Sie ein X pro Zeile)“

Tabelle 56 zeigt, dass alle Länder die Maßnahmen der Qualitätssicherung des Praktikums als wichtig erachten, denn alle Maßnahmen werden an mind.

76,5% der Einrichtungen durchgeführt. Im Ländervergleich wird deutlich, dass ein Treffen mit Praktikumsanleitern, der Besuch am Praktikumsort und die Fortbildung der Praktikumsanleiter in DK, FI und den NL an 100% der Ausbildungsstätten zum Maßnahmenkatalog gehört. Aber auch in D, GB und A sind es nur einzelne Einrichtungen, die diese Maßnahmen nicht durchführen. Anders ist es bei der Kontrolle des Betreuungsschlüssels von Praktikumsanleiter zu Schüler/Student. Der Schlüssel gibt Auskunft darüber, wie viele Studenten ein Anleiter anleiten darf. Dieser Punkt wird in D und A noch an 85% der Einrichtungen geprüft, spielt aber z.B. in GB keine übergeordnete Rolle.

Auch bei diesen Maßnahmen ist es wiederum interessant, die Häufigkeit der Durchführung zu analysieren. Allein im Vergleich der Häufigkeitstabellen 55 und 57 fällt eine Verschiebung zu größerer Häufigkeit auf. Das gibt den An-

schein, dass die Maßnahmen der Qualitätssicherung im Praktikum häufiger monatlich durchgeführt werden, als die weiter oben betrachteten Maßnahmen. Auch wurde das Feld „Nie“ weniger gefüllt, so dass mehr Länder und Einrichtungen die Maßnahmen häufiger durchführen.

Häufigkeit der Maßnahmen QM 2 im Ländervergleich (F16)

		Nie	Weniger als 1x im Jahr	Mind. 1x im Jahr	Mind. 1x im Sem.	Mind. 1x im Monat
Maßnahmen Qualitätsmanagement F16 (Häufigkeiten)	Treffen mit Praktikumsanleitern	A 1	A 1	D 13; FI 4; GB 5; NL 2; A 8	DK 5; D 10; FI 4; GB 5; NL 6; A 4	DK1; D18; FI 2; GB 8
	Besuch am Praktikumsort	D 1; A 3	NL 1; A 2	DK 1; D 3; GB 2; NL 2; A 5	DK 4; D 3; FI 5; GB 5; NL 4; A 3	DK1; D33; FI5; GB10; NL 1; A 1
	Praktikumsanleiterfortbildung	D 3	D 8; GB 1; A 6	DK 1; D 18; FI 5; GB 10; NL 5; A 7	DK 4; D 6; FI 5; GB 6; NL 3	DK 1; D 3
	Kontrolle des Betreuungsschlüssels	D 2; FI 1; GB 3; NL1; A 1	D 1; GB 1; NL 1; A 1	D 7; FI 1; GB 4; NL 3; A 6	DK 1; D 9; FI 3; GB 2; NL 2; A 3	DK 3; D 18; FI 3; GB 4; A 2

Tabelle 57: Ländervergleich zu der Frage: „Welche Maßnahmen des Qualitätsmanagements der praktischen Ausbildung am Patienten (Praktikum) werden wie oft im Bereich Physiotherapie durchgeführt? (Setzen Sie ein X pro Zeile)“

Im Ländervergleich wird deutlich, dass die NL die angegebenen Maßnahmen rund um das Praktikum in der Regel mind. 1x im Jahr oder mind. 1x im Semester durchführen. DK führt die Maßnahmen in der Regel mind. 1x im Semester durch. Die Antworten von D, FI und GB sind recht variabel in der Häufigkeit. Die Ergebnisse liegen zwischen mind. 1x im Jahr bis hin zur monatlichen Durchführung in dem Punkt Praktikumsanleitertreffen. Die Fortbildung für Anleiter wird in diesen drei Ländern überwiegend jährlich oder semesterweise angeboten und besucht. Die Besuche von Lehrern am Praktikumsort werden in D, FI und GB überwiegend mind. 1x monatlich durchgeführt. Allerdings gibt es sowohl in FI als auch in GB auch einige Einrichtungen, die diese Besuche mind. 1x im Semester durchführen. Die Kontrolle des Betreuungsschlüssels wird in D

mind. 1x monatlich durchgeführt, aber in allen anderen Ländern wird diese Frage sehr unterschiedlich von „nie“ bis „monatlich“ beantwortet.

7.2.2.3 Staatliche Einflüsse auf die Prozessqualität

Neben der Eigendynamik jeder einzelnen Bildungseinrichtung unterliegen 54,1% der Bildungseinrichtungen dieser Studie staatlichen Richtlinien und Gesetzen, die zu Maßnahmen des Qualitätsmanagements verpflichten (6.1.2.3).

QM aufgrund von staatlichen Vorschriften im Ländervergleich (F17xF24)

			Staat F24						Gesamt
			DK	D	FI	GB	NL	A	
QM durch staatliche Vorschriften F17	Nein	Anzahl	2	24	4		2	10	42
		% von Staat F24	33,3	58,5	40,0		25,0	71,4	42,9
	Ja	Anzahl	4	15	5	19	6	4	53
		% von Staat F24	66,7	15,3	50,0	100	75,0	28,6	54,1
Gesamt 3 fehlende Werte		Anzahl	6	39	9	19	8	14	95

Tabelle 58: Ländervergleich zur Frage: „Fordern staatliche Richtlinien oder Gesetze „Maßnahmen des Qualitätsmanagements“ an Ihrer Bildungseinrichtung?“

Die länderspezifischen Ergebnisse zeigen für GB ein eindeutiges Bild, es gibt staatliche Vorschriften. In den anderen Ländern ist die Lage etwas unklar, wenn einige Einrichtungen gesetzliche Richtlinien angeben und die andern nicht. Entweder beziehen sich die Antworten auf regional unterschiedliche Richtlinien oder die Frage wurde unterschiedlich aufgefasst. Dies ist möglich, denn der Begriff des QM wurde in der Frage nicht näher erläutert. So kann sich die Frage stellen - und unterschiedlich beantwortet werden -, ob ein Berufsgesetz z.B. durch die Richtlinien zur Examensdurchführung schon QM Maßnahmen fordert oder nicht.

Bei der näheren Betrachtung der staatlich vorgeschriebenen Maßnahmen (Tabelle 59) wird die gesamte Bandbreite der Maßnahmen von mind. 36% der Einrichtungen in GB als vom Staat verlangt angegeben. Die staatlichen Maßnahmen werden in GB weniger als 1x pro Jahr oder jährlich verlangt. In den NL wird ein externes Audit weniger als 1x im Jahr und die Kontrolle des

Betreuungsschlüssel Lehrer: Student von 75% der Einrichtungen angegeben. In A und D werden die staatlichen Prüfungsbesuche von mind. 35 % der Einrichtungen genannt, die mind. 1x jährlich stattfinden.

Unter „Andere Maßnahmen“ wurde von DK und den NL 2x die Akkreditierung angegeben, von D 1x die Kontrolle über Lehrerfortbildung und von GB 3x ein alle fünf Jahre wiederkehrender „Major Review“ und 2x ein jährlicher schriftlicher Bericht.

Staatliche Maßnahmen des QM im Ländervergleich (F18xF24)

			Staat F24						Gesamt
			DK	D	FI	GB	NL	A	
Maßnahmen des Qualitätsmanagements F15	Unterrichtsbesuch extern	Anzahl		4	2	7	2		15
		% von Staat F24		9,8	20,0	36,8	25,0		15,3
	Unterrichtsbesuch Staat	Anzahl		7	2	7	3		19
		% von Staat F24		17,1	20,0	36,8	37,5		19,4
	Prüfungsbesuch Staat	Anzahl	1	16	1	10	2	5	35
		% von Staat F24	16,7	39,0	10,0	52,6	25,0	35,7	35,7
	Externe Audits	Anzahl		4	3	12	6		25
		% von Staat F24		9,8	30,0	63,2	75,0		25,5
	Kontrolle Betreuungsschlüssel	Anzahl	2	13	4	11	6	2	38
		% von Staat F24	33,3	31,7	40,0	57,9	75,0	14,3	38,8
	Teilnahme an QMS mit Zertifikat	Anzahl	2	6	3	10	4		25
		% von Staat F24	33,3	14,6	30,0	52,6	50,0		25,5
	Andere Maßnahmen	Anzahl		1		6	2		9
		% von Staat F24		2,4		31,6	25,0		9,2

Tabelle 59: Ländervergleich zu der Frage: „Welche der folgenden Maßnahmen des Qualitätsmanagements werden wie oft an Ihrer Bildungsstätte im Bereich Physiotherapie durchgeführt? (Setzen Sie ein X pro Zeile)“

7.2.2.4 Zusammenfassung der Prozessqualität im Ländervergleich

In der Zusammenfassung der Prozessqualität wurde festgestellt, dass viele Maßnahmen in allen sechs Ländern im Bereich Physiotherapie Anwendung finden.

Die schriftliche Befragung von Lernenden und Lehrenden findet in allen Einrichtungen von GB, NL und A statt. In FI und DK geben jeweils nur eine Einrichtung an, keine Befragungen durchzuführen. In D werden noch in 78% (n=32) der Einrichtungen Befragungen durchgeführt. Die Befragung von Lernenden ist, innerhalb der Ausbildung Physiotherapie, weiter verbreitet als die Befragung von Lehrenden. Die Lernenden werden in der Regel ein Mal im Semester zu den verschiedenen Lehrveranstaltungen befragt, in GB zu jedem sogenannten „Modul“. In D und A finden die Befragungen eher jährlich statt. Insgesamt haben die Einrichtungen aus FI, GB und den NL über die Antworten zu den Fragen F3-F4 ein relativ homogenes Bild für das jeweilige Land ergeben. Dies kann von den Antworten aus DK, D und A nicht gesagt werden. Hier wurde eher ein national heterogenes Bild geschaffen. Die Antworten zu der Befragung der Lehrenden waren in allen Ländern eher unterschiedlich. Es lässt sich auch hier feststellen, dass die Einrichtungen in D im Ländervergleich diese Maßnahme am wenigsten durchführen.

Die Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgt in den NL und in A zu über 70%. In diesem Punkt ist auffallend, dass in GB nur 18,8% der Einrichtungen die Ergebnisse der Befragung veröffentlichen. Dies ist die geringste Veröffentlichungsquote im Ländervergleich.

Die Weiterbildung der Lehrkräfte über Fortbildung oder die Möglichkeit, wissenschaftlich zu arbeiten, wird in GB und den NL an fast 100% der Einrichtungen angeboten bzw. verlangt. In DK besteht ebenfalls eine Fortbildungspflicht für die Lehrer aller Einrichtungen, aber es gibt nur an zwei Einrichtungen die Möglichkeit des wissenschaftlichen Arbeitens. In D, FI und A gibt es an den meisten Einrichtungen eine Fortbildungspflicht, aber nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten zum wissenschaftlichen Arbeiten für die Lehrkräfte.

Maßnahmen der Prozessqualität zur Überprüfung der Lehrveranstaltungen finden in FI, GB und in den NL an 60-100% der Einrichtungen statt. In diesen Ländern wird an den meisten Einrichtungen von den Lehrkräften jährlich ein Qualitätszirkel besucht, von dem Bereich Physiotherapie eine Selbstevaluation geschrieben und eine Zielvereinbarung für den Bereich Physiotherapie verein-

bart. In DK, D und A wurden sowohl zu den einzelnen Maßnahmen als auch innerhalb der einzelnen Länder sehr unterschiedliche Antworten gegeben. Maßnahmen, die die Qualität des Praktikums betreffen, wurden in allen Ländern als wichtig erachtet, denn alle angegebenen Maßnahmen wurden an mind. 76,5% der Einrichtungen eines Landes durchgeführt. Das Treffen der Lehrer mit den Praktikumsanleitern, die Praktikumsbesuche in den medizinischen Einrichtungen und die Fortbildung für Praxisanleiter gehören in DK, FI und den NL an allen Einrichtungen mind. 1x jährlich oder häufiger zum Programm.

In D, FI und GB ist auffällig, dass die Praktikumsbesuche in den medizinischen Einrichtungen in der Regel 1x monatlich durchgeführt werden.

Staatliche Vorschriften zur Durchführung von QM gibt es eindeutig in GB. Die geforderten Maßnahmen werden von den Einrichtungen in GB sehr unterschiedlich angegeben und reichen vom externen Unterrichtsbesuch bis hin zur Teilnahme an QMS mit Zertifikat. In den anderen Ländern sind die Antworten wiederum sehr verschieden, so dass aus den Antworten nicht klar wird, ob es nun eine gesetzliche Vorschrift gibt oder nicht.

7.2.3 Ergebnisqualität im Ländervergleich (F5)

Wie unter 6.1.3 festgestellt, erfragten nur 37,8% der Einrichtungen den Verbleib ihrer Absolventen in den ersten fünf Jahren. In Dänemark wird der Verbleib der Absolventen von keiner Einrichtung erfragt. In Finnland und Österreich sind es 20% (n=2) bzw. 23,1% (n=14) der Einrichtungen, die sich nach dem Verbleib der Absolventen erkundigen. In den Niederlanden wird dieses Thema am intensivsten angegangen. Sieben (87,5%) von acht Einrichtungen führen eine Studentenbefragung zur Arbeitsplatzsituation durch.

Studentenbefragung zum Arbeitsplatz im Ländervergleich (F5xF24)

			Staat F24						Gesamt
			DK	D	FI	GB	NL	A	
Studenten- befragung Arbeits- platz F5	Nein	Anzahl	5	22	8	10	1	10	56
		% von Staat F24	100	57,9	80,0	52,6	12,5	76,9	60,2
	Ja	Anzahl		16	2	9	7	3	37
		% von Staat F24		42,1	20,0	47,4	87,5	23,1	39,8
Gesamt 5 fehlende Werte		Anzahl	5	38	10	19	8	13	93

Tabelle 60: Ländervergleich in den Antworten zu der Frage: „Werden die Absolventen innerhalb der ersten 5 Jahre nach Abschluss der Ausbildung oder des Studiums Physiotherapie zu ihrer Arbeitsplatzsituation befragt?“

7.2.4 Zusammenfassung Länder im Vergleich

Im Überblick über alle sechs Länder und die drei verschiedenen Qualitätseinteilungen lässt sich feststellen, dass keine zwei Länder im Gesamtüberblick annähernd ähnlich sind (Tabelle 61).

Ländervergleich im Überblick

			Staat F24					
			DK	D	FI	GB	NL	A
Antworten pro Land	F 24	% von Staat F24	85,7	82,0	62,5	65,5	80,0	93,3
Art der Bildungseinrichtung	F22	UNI, FH, BFS, Akademie	FH	BFS	FH	UNI	FH	Akademie
Semesterstärke	F23	Schüler/Kursjahr	71,1	29,3	27,3	66,5	136,1	26,5
Qualitätsmanagementverfahren	F21	% von Staat F24	66,7	53,7	90,0	89,5	87,5	21,4
Mission Statement	F20	% von Staat F24	66,7	43,9	50,0	57,9	62,5	42,9
Strukturqualität								
Schulqualifikation	F1	10 / 12/13 Jahre	12/13 Jahre	10 Jahre	12/13 Jahre	12/13 Jahre	12/13 Jahre	12/13 Jahre
Eignungsprüfung	F2	% von Staat F24	0	100	100	57,9	12,5	100
Die Qualifikation der Schulleitung, Lehrer und Praxisanleiter, sowie die Ausstattung der Einrichtungen konnten nicht zusammengefasst werden. Details unter 7.2.1.2 und 7.2.1.3								
Prozessqualität								
Befragung von Lernenden	F3	% von Staat F24	66,7	79,5	70,0	100	100	100
Befragung von Lehrenden	F6	% von Staat F24	66,7	41,5	70,0	84,2	100	64,3
Veröffentlichung von Ergebnissen der Befragung	F18/ F3/ F6	% von Einrichtungen die Befragt haben	40,0	34,4	44,4	18,8	75,0	71,4
Fortbildungspflicht für Lehrer	F13	% von Staat F24	100	68,3	60,0	100	87,5	42,9
Wissenschaftliches Arbeiten für Lehrer	F14	% von Staat F24	33,3	17,1	30,0	89,5	87,5	21,4
QM durch staatliche Vorschriften	F17	% von Staat F24	66,7	15,3	50,0	100	75,0	28,6
Die Maßnahmen des QM 1,2 und die staatlichen Maßnahmen des QM konnten nicht zusammengefasst werden. Details unter 7.2.2.2 und 7.2.2.3								
Ergebnisqualität								
Befragung zu Arbeitsplatz	F5	% von Staat F24	0	42,1	20,0	47,4	87,5	23,1

Tabelle 61: Zusammenfassung Ländervergleich

Somit kann die These, dass vielleicht die Qualitätsansprüche an den verschiedenen Arten der Bildungseinrichtungen ähnlich sind, nicht erhärtet werden. In DK, FI und NL findet die Ausbildung Physiotherapie auf Fachhochschulniveau statt und die Maßnahmen des QM sind zum Teil ähnlich, aber auch sehr unterschiedlich. Da die anderen Länder einzigartig sind in der Art der Bildungseinrichtung, gibt es hier keine Vergleichsmöglichkeiten.

Im Detail lässt sich feststellen, dass aus allen Ländern die Response-Rate so hoch war, dass die Ergebnisse verallgemeinert werden können. Die Fragebögen wurden in allen Ländern überwiegend von der Zielgruppe „Leitungsfunktion im Bereich Physiotherapie ausgefüllt“.

Es fällt auf, dass das Bildungsniveau der Ausbildung von der BFS in D bis zur Universität in GB sehr unterschiedlich ist. Nach der Datenlage lässt sich fast sagen, je höher das Bildungsniveau der Ausbildung ist, desto eher wird ein Qualitätsmanagementverfahren an der Einrichtung durchgeführt. Diese Aussage stimmt allerdings nicht im Vergleich der Akademie (A) und der BFS (D). Es wurde festgestellt, dass es viele verschiedene Textformen und Inhalte für ein Mission Statement gibt und dass ein QMS nicht automatisch ein Mission Statement beinhaltet.

In GB sind die Einrichtungen mit dem QMS ihrer Bildungseinrichtung sehr zufrieden bis zufrieden und in FI, NL und A sind die meisten zufrieden. In DK sind 50% zufrieden und 50% unzufrieden, in D sind 58,5 % zufrieden und 36,6% der Befragten weniger zufrieden bis unzufrieden mit dem QM ihrer Bildungseinrichtung. Die Zufriedenheit ist also nicht abhängig vom Land oder der Art der Bildungseinrichtung.

Innerhalb des Ländervergleichs der Kriterien der Strukturqualität kristallisierten sich drei Gruppen heraus, die in ihren Anforderungen Ähnlichkeiten aufwiesen. Die erste Gruppe wurde gebildet von FI und GB. Herausragende Ähnlichkeiten wurden hier im Bereich Qualifikationen der Lehrer und Praktikumsanleiter und in der sehr umfassenden Ausstattung gefunden. Die zweite Gruppe, die der ersten sehr nahe steht, wurde gebildet von DK und den NL. Beide Länder führen keine Eignungstests für die Teilnehmer durch, haben ähnliche Anforderungen an die Leitung, Lehrer und Praktikumsanleiter und haben

eine gute Ausstattung. Die dritte Gruppe wurde von D und A gebildet. Beide Länder führen mind. einen zweistufigen Eignungstest mit den Bewerbern durch und fordern von den Lehrpersonen fachliche Fortbildung. Die Ausstattung ist im Vergleich zu den anderen Ländern in beiden Ländern eingeschränkt.

Die Prozessqualität kann mittels vieler verschiedener Maßnahmen durchgeführt werden. Im Ländervergleich findet sich, dass alle Länder solche Maßnahmen anwenden, jedoch mit sehr unterschiedlichen Schwerpunkten. Die schriftliche Befragung von Lernenden und Lehrenden gehört in DK, FI, GB, NL und A bei nahezu allen Einrichtungen zum Maßnahmenkatalog. In D werden noch von 78% der Einrichtungen Befragungen durchgeführt. Die Themen der Befragung wurden in der Erhebung z.T. vorgegeben. Diese Themen werden in DK, FI, GB und NL in der Regel 1x im Semester und in D und A mind. 1x jährlich bei den Lernenden erfragt. Insgesamt haben die Einrichtungen aus FI, GB und den NL über die Antworten zu den Fragen F3-F4 ein relativ homogenes Bild für das jeweilige Land ergeben. Dies kann von den Antworten aus DK, D und A nicht gesagt werden. Hier wurde eher ein national heterogenes Bild geboten. Die Antworten zu der Befragung der Lehrenden waren in allen Ländern eher heterogen. Es lässt sich auch hier feststellen, dass die Einrichtungen in D im Ländervergleich diese Maßnahme am wenigsten durchführen. Die Veröffentlichung der Ergebnisse wird in den Ländern sehr unterschiedlich gehandhabt. In den NL werden mit 75% der Ergebnisse die meisten Befragungsergebnisse veröffentlicht.

Die Weiterbildung der Lehrkräfte über Fortbildung und die Möglichkeit, wissenschaftlich zu arbeiten, wird in GB und den NL an fast 100% der Einrichtungen angeboten bzw. verlangt. In den anderen Ländern gibt es z.T. eine Fortbildungspflicht, aber nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten zum wissenschaftlichen Arbeiten für die Lehrkräfte.

Maßnahmen der Prozessqualität zur Überprüfung der Lehrveranstaltungen finden in FI, GB und den NL an 60-100% der Einrichtungen statt. In DK, D und A wurden sowohl zu den einzelnen Maßnahmen als auch innerhalb der einzelnen Länder sehr heterogene Antworten gegeben.

Maßnahmen, welche die Qualität des Praktikums betreffen, wurden in allen Ländern als wichtig erachtet, denn alle angegebenen Maßnahmen wurden an

mind. 76,5% der Einrichtungen eines Landes durchgeführt. In D, FI und GB ist auffällig, dass die Praktikumsbesuche in den medizinischen Einrichtungen in der Regel 1x monatlich durchgeführt werden.

Staatliche Vorschriften zur Durchführung von QM gibt es eindeutig nur in GB. Die anderen Länder gaben hier sehr heterogene Antworten, so dass aus den Antworten nicht klar wird, ob es staatliche Vorschriften gibt oder nicht.

Die Ergebnisqualität der einzelnen Einrichtungen wurde nur anhand von der Studentenbefragung zum Arbeitsplatz erhoben. Hier zeigt sich im Ländervergleich, dass nur in den NL dieser Aspekt kontinuierlich verfolgt wird. In den anderen Ländern nehmen diese Möglichkeit des QM nur unter 50% (D und GB) unter 30% (FI und A) oder gar keine Einrichtung (DK) wahr.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass QM für die meisten Bildungseinrichtungen mit der Ausbildung Physiotherapie ein umfassendes Thema darstellt. Viele Maßnahmen werden schon durchgeführt, allerdings mit sehr unterschiedlichen und nur z.T. länderspezifischen Schwerpunkten. Am national homogensten haben sich in dieser Studie die Einrichtungen aus GB und NL präsentiert. Im folgenden Kapitel werden die erhobenen Daten der Studie mit den Erkenntnissen der Literaturrecherche verglichen und diskutiert.

8. Diskussion

Dieses Kapitel wird durch die Forschungsfragen strukturiert. Es werden die Ergebnisse der Literaturrecherche und die Ergebnisse der Studie zusammengebracht, um die Forschungsfragen zu diskutieren und zu beantworten. Innerhalb der Diskussion werden die Grenzen dieser Studie angesprochen und die genutzten Möglichkeiten der Studie kritisch betrachtet.

Im ersten Schritt werden die Fragen geklärt, die sich mit dem Vorhandensein von QMS und deren Umsetzung beschäftigen (8.1). In diesen Abschnitt fließen die Erkenntnisse der Qualitätsdiskussion (Kapitel 5) und die empirischen Ergebnisse der Studie (Kapitel 7) ein. Im nächsten Schritt wird die Vergleichbarkeit der Erkenntnisse vor dem Hintergrund der verschiedenen Ausbildungen diskutiert (8.2). Hier wird auf die Erkenntnisse aus Kapitel 4 und den Daten, des Ländervergleiches (7.2) zurückgegriffen. In dem letzten Schritt, der Beantwortung der Frage nach einer Empfehlung, werden die Ergebnisse der ganzen Studie einbezogen (8.3). Die Zusammenfassung dieses Kapitels wird die Forschungsfragen und eine Kurzversion der Antworten beinhalten (8.4).

8.1 Welche Aspekte des Qualitätsmanagements gibt es an europäischen Ausbildungsstätten für Physiotherapie und wie werden sie umgesetzt?

An europäischen Ausbildungsstätten für Physiotherapie, die in dieser Studie durch die Länder DK, D, FI, GB, NL und A repräsentiert werden, gibt es unterschiedliche Aspekte des QM. Zum einen nehmen Einrichtungen an internationalen und nationalen QMS mit oder ohne Zertifikat teil (8.1.1). Aufgrund der Anforderungen von QMS oder unabhängig davon, werden verschiedene Maßnahmen der Struktur- (8.1.2), Prozess- (8.1.3) und Ergebnisqualität (8.1.4) an den Ausbildungsstätten für Physiotherapie angewandt. Zu diesen vier Aspekten des QM, Teilnahme an QMV, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, gibt es jeweils verschiedene Formen der Umsetzung. Auf diese Formen wird in den folgenden Abschnitten bei der Erläuterung des Aspektes eingegangen.

8.1.1. Teilnahme an Qualitätsmanagementverfahren

Innerhalb des Bologna-Prozesses verpflichten sich die Minister auf Mindeststandards für nationale Qualitätssicherungssysteme, um die Ziele Durchlässigkeit zwischen Qualifikationen, internationale Mobilität und lebenslanges Lernen

zu erreichen (Bologna Prozess Berlin, 2003). Da die Teilnehmerstaaten sich verpflichtet haben, die Vereinbarungen im nationalen Kontext umzusetzen, gibt es in den Ländern Bestrebungen, QMS an den Hochschulen einzuführen.

Innerhalb dieser Studie, die sich ausschließlich mit der Ausbildung Physiotherapie beschäftigt, konnte dieser Trend nachgewiesen werden. 63,3% (N=98) der Bildungseinrichtungen, mit einer Ausbildung Physiotherapie, nehmen bereits an QMV teil und weitere 7,1% planen, es in nächster Zukunft zu tun. An international anerkannten QMV wie das DIN EN ISO Verfahren oder der EFQM nahmen 14 Einrichtungen (14,3%, N=98) teil. Weitere 18 Einrichtungen (18,4%, N=98) beteiligen sich an nationalen z.T. sehr physiotherapiespezifischen Verfahren (7.1). Beide Ansätze schließen sich nicht aus, so gibt es z.B. in D eine Einrichtung, die das allgemeine Verfahren der DIN EN ISO Zertifizierung mit dem sehr physiotherapiespezifischen Verfahren des ISQ gekoppelt hat, um eine umfassende Qualitätssicherung zu betreiben. Es stellt sich allerdings die Frage, ob der finanzielle und zeitliche Aufwand für zwei unterschiedliche Zertifizierungsverfahren notwendig ist und ob ein Verfahren beide Aspekte, die Strukturprüfung und die inhaltliche Qualitätssicherung, abdecken kann. Eine solche Struktur liegt z.B. in GB vor. In GB arbeiten der Berufsverband CSP und die Qualitätssicherungsagentur QAA eng zusammen und decken in einem Akkreditierungsverfahren die inhaltlichen und formalen Aspekte der Qualitätssicherung ab. Somit nehmen in GB alle Universitäten mit der Ausbildung Physiotherapie an QMS teil. Bis auf jeweils eine Einrichtung in DK und den NL, kann auch für DK, FI und die NL eine flächendeckende Qualitätssicherung festgestellt werden (7.2). Diese Ergebnisse sind, vor dem Hintergrund, dass in GB, DK, FI und den NL eine Akkreditierung für Studiengänge vorgeschrieben ist, nicht überraschend.

Innerhalb der Akkreditierung finden sich sehr ähnliche Prozesse. Die Bildungseinrichtungen müssen i.d.R. einen Lehrbericht oder eine Selbstevaluation schreiben. Dieser Bericht wird von Gutachtern der, zumeist unabhängigen, Qualitätsagentur analysiert und die Inhalte werden bei einem Gutachterbesuch oder einer Vor-Ort-Begehung durch Gespräche mit Mitarbeiter und Studenten und durch Begehungen der Einrichtung geprüft und evaluiert. Die Gutachter

schreiben einen Bewertungsbericht. Aufgrund dieses Gutachtens wird die Akkreditierung von der Agentur oder dem Ministerium vergeben.

Innerhalb dieser Studie wurde nach der Erstellung von schriftlichen Selbstevaluationen und Zielvereinbarungen für den Bereich Physiotherapie gefragt. Schriftliche Selbstevaluationen werden von über 89,5% (N=98) der Einrichtungen (Tabelle 54) in FI, GB und den NL meist 1x jährlich (Tabelle 55) durchgeführt. In DK (50%), D (29,3%) und A (28,6%) spielen diese Berichte keine große Rolle, wobei DK mit der Hälfte der Einrichtungen wieder eine Übergangsposition aufweist. Zielvereinbarungen werden dagegen in allen Ländern an mind. 51% der Einrichtungen vereinbart, wobei in FI und den NL alle Einrichtungen regelmäßig Zielvereinbarungen für den Studiengang Physiotherapie abschließen.

In D und A befindet sich die Ausbildung Physiotherapie nicht im tertiären Bildungssektor, auf welchen sich der Bologna-Prozess bezieht. Für die Akademien in A und die BFS Physiotherapie in D gibt es, wie unter 5.8 dargestellt, keine Vorschriften zur Akkreditierung oder Zertifizierung. Daher ist es um so überraschender, dass in A drei Einrichtungen (21,4%, N=14) angeben, schon an einem QMV teilzunehmen und eine Einrichtung dies plant. In D sind es sogar 22 Einrichtungen (53,7%, N=41), die an einem QMV teilnehmen und fünf (12,2%, N=41) planen es noch zu tun (6.2). In D hat der ISQ für Physiotherapieschulen eine sehr spezifische Möglichkeit der Qualitätssicherung entwickelt. Diese Möglichkeit ist eine Alternative, so lange die Physiotherapie in D im sekundären Bildungssektor verankert ist. Sollte die Physiotherapie eines Tages im tertiären Bildungssektor angesiedelt werden, wie es in A ab 2006 der Fall sein wird, gibt es sowohl in D als auch in A nationale Akkreditierungsvorschriften, die wiederum an die Mindeststandards des Bologna-Prozess gekoppelt sind.

8.1.2 Strukturqualität

Die Strukturqualität, als ein Aspekt des Qualitätsmanagements, entspricht den wirtschaftlichen Input-Faktoren und umfasst die Rahmenbedingungen einer Institution, z.B. materielle und personelle Ausstattung, Gesetze und Richtlinien (Forum Bildung, 2001). In Bezug auf die Ausbildung Physiotherapie sollen unter der Strukturqualität die Gesetze und Richtlinien, die Einstiegsbedingungen

der Teilnehmer, die Qualifikation von Lehrenden, das Curriculum und die Ausstattung der Bildungseinrichtungen Berücksichtigung finden und nacheinander diskutiert werden.

In Kapitel 4 (u. Anlage 3) wird deutlich, dass sich in allen Ländern die Zuständigkeit für die Ausbildung und die Berufsausübung Physiotherapie in die Ressorts des Gesundheits- und Wissenschaftsministerium fällt. Es gibt eine Unterscheidung zwischen den Ländern, in denen ein Gesetz für die Physiotherapie und deren Ausbildung existiert (D, A, z.T. DK) und den Ländern, in denen Physiotherapie, wie ein anderes Hochschulfach, über Hochschulgesetze geregelt wird (FI, GB, NL, z.T. DK). Die Physiotherapiegesetze geben den Bildungseinrichtungen relativ genaue Handlungsanweisungen. Im Vergleich dazu geben die Hochschulgesetze den ausführenden Bildungseinrichtungen relativ viel Spielraum zur Ausgestaltung des Studienprogrammes. In Ländern mit gesetzlich geregelter Ausbildung gibt es keine Vorschriften für die Qualitätssicherung. In den anderen Ländern sind diese Vorschriften z.T. sehr ausgeprägt und die Qualitätssicherung ist von den Ministerien an unabhängige Qualitätsagenturen delegiert. DK findet sich in diesem Punkt an der Schnittstelle zwischen beiden Gruppen. Dieser Umstand ist in der Geschichte der dänischen Ausbildung begründet, die noch vor einigen Jahren an der BFS angeboten und dann auf Fachhochschulniveau angehoben wurde. Somit haben die dänischen Ausbildungsstätten einige Vorgaben durch das Berufsgesetz, aber durch die Hochschulgesetz mehr Freiheiten als die Ausbildungsstätten in D oder A. Die Qualität der Gestaltungsfreiheit wird in DK und an den anderen Hochschulen durch ein, für die Physiotherapie flächendeckendes, QMS gesichert (8.1.1).

Auch durch weitere Strukturmerkmale fallen D und A in eine Gruppe und die anderen Länder in eine zweite Gruppe. In D und A findet die Ausbildung nicht im tertiären Bildungssektor statt und dauert nur 3 Jahre, nicht mind. 3,5 Jahre wie in den anderen Ländern. In D und A kann der Absolvent keinen Bachelortitel erlangen und die Ausbildung wird i.d.R. nicht über ein Curriculum und ECTS-Credits, sondern über die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Kontaktstunden pro Unterrichtsfach gesteuert. In DK, FI, GB und den NL wird die Ausbildung Physiotherapie an Hochschulen angeboten, dauert 3,5 – 4 Jahre und endet mit einem Bachelortitel, wobei der Zusatz mit „of Science“, „of

Health“, „in Physiotherapy“ usw. variiert. Die Ausbildung wird in diesen Ländern, mit der Ausnahme von GB, in ECTS-Credits beschrieben. Ein nationales, bindendes Curriculum ist nur in GB zu finden.

Das Ergebnis des Bildungsprozesses ist abhängig vom Teilnehmer (Arnold, 2000). Diese Erkenntnis führt dazu, dass es für die Ausbildung Physiotherapie Zulassungsbedingungen gibt. Die Zulassungsbedingungen sind in jedem Land vorrangig von dem Bildungssektor abhängig, in dem die Ausbildung angesiedelt ist. Zusätzlich werden in D, A und GB ein Gesundheits- und ein Führungszeugnis verlangt, um die körperlichen und sozialen Voraussetzungen zu prüfen (4.7). Aus der Studie wird deutlich, dass ein bestimmter Notendurchschnitt nur in GB, DK und wenigen deutschen Einrichtungen eine Rolle spielt. Ein Vorpraktikum wird nur in D bei 53,7% (N=41) der Einrichtungen verlangt. Dies Kriterium spielt in den anderen Ländern keine Rolle (Tabelle 36). Dafür werden in D, FI und A zusätzlich mindestens zweistufige Eignungstests und in GB bei 47,4% (N=19) der Einrichtungen ein Interview als Eignungstest verlangt. Die zweistufigen Eignungstests bestehen jeweils aus einem schriftlichen oder/und praktischen Anteil und/oder einem Interview. In FI und A werden diese Tests durch ein Gesetz gefordert. In der Studie wurde nicht weiter auf die Art der Tests eingegangen und die Literaturrecherche hat auch zu keinen Ergebnissen über die Inhalte der Eignungstests geführt. Es wäre interessant, weitere Studien über die Inhalte der Tests zu veranlassen, denn bisher gibt es keine europäische Literatur über den Nachweis der Effizienz und Effektivität von mündlichen, schriftlichen oder schriftlichen Eignungstests im Bereich Physiotherapie. Im Vergleich der Berufsprofile (Kapitel 3) wurden Unterschiede zwischen der Physiotherapie in den einzelnen Ländern entdeckt. Es stellt sich die Frage, ob z.B. in FI, A und D länderspezifische Fähigkeiten oder Kompetenzen im Eignungstest als Zugang zur Ausbildung geprüft werden. Dieser Frage kann nachgegangen werden, wenn in einer weiteren Studie die Inhalte des Berufs und somit der Ausbildung in den Mittelpunkt gerückt werden.

Neben den Teilnehmern sind die Lehrkräfte bestimmend für die Qualität des Bildungsproduktes. Hier lassen sich die Länder anhand von ähnlichen Anforderungen in drei Gruppen einteilen. Eine Gruppe bilden FI und GB. In beiden

Ländern werden von Lehrkräften Masterabschlüsse mit mindestens dreijähriger Arbeitserfahrung als Physiotherapeut verlangt. In DK und den NL müssen die Lehrer einen Qualitätsstandard haben, der höher ist als die Ausbildungsebene, wobei nicht definiert ist, ob sich höher auf den formellen Abschluss bezieht oder Arbeitserfahrung und Fortbildung eingeschlossen werden. In A sind die Qualifikationen für jedes Fach im Gesetz festgelegt und in D entscheidet die regionale, aufsichtsführende Behörde über die Qualifikation.

In der Studie wurden die Qualifikationen für die Leitungsposition, die Lehrkraft für die theoretischen und praktischen Inhalte und die Praktikumsanleiter erhoben (7.2.1.2). Die Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen der Literaturrecherche in soweit, als dass durch die Ergebnisse die gleichen Ländergruppen gebildet werden konnten. Zusätzliche Erkenntnisse sind, dass die Einrichtungen in D, FI, GB, NL und A großen Wert auf die pädagogische Ausbildung der Leitungsperson und der Lehrer eines praktischen Faches legen. Für die Einrichtungen in FI, GB und den NL ist die pädagogische Ausbildung auch für Lehrer eines theoretischen Faches notwendig. Dieser Aspekt wurde in den anderen Ländern nur an wenigen Einrichtungen angegeben. Doch diese Angaben müssen genauer untersucht werden, denn es gibt z.B. in A laut Gesetz einen speziellen Kurs für die Lehr- und Unterrichtstätigkeit im Bereich des MTD (MTD §32). Warum wird eine pädagogische Kompetenz nicht auch für theoretische Fächer gefordert? Eine Erklärung könnte sein, dass an den BFS in D, den Akademien in A und an der noch relativ neuen Hochschulausbildung in DK die theoretischen Fächer hauptsächlich von anderen Berufsgruppen z.B. Ärzten unterrichtet werden, die nicht hauptamtlich an der Bildungseinrichtung angestellt sind und denen somit eine pädagogische Qualifikation nicht abverlangt werden kann. Diese These wird gestützt durch die Daten der Studie. Die Einrichtungen dieser Länder gaben zu mind. 95,1% an, Akademiker für den theoretischen Unterricht einzusetzen. Die Berufsankennung Physiotherapie wurde in DK nur bei 50% (N=6) der Theorie unterrichtenden Lehrer gefordert, in D und A wurde die Berufsankennung Physiotherapie für Lehrer der theoretischen Fächer nicht gefordert. Somit kann festgestellt werden, dass in DK, aber vor allem in D und A, der theoretische Unterricht von anderen Berufsgruppen unterrichtet wird. Somit stellt sich die Frage nach der Integration von Theorie und Praxis. Allerdings muss zuerst geklärt werden, was genau unter einem theore-

tischen Fach und einem praktischen Fach verstanden wird. In dem Fragebogen dieser Studie wurden Beispiele gegeben Massage und Befund für ein praktisches Fach und Anatomie und Pathologie für ein theoretisches Fach. Je nach Curriculum werden Theorie und Praxis in einer Unterrichtseinheit zusammengefasst. Das Ergebnis der Zusammenfassung der Inhalte ist, dass eine andere Berufsgruppe, als die der Physiotherapeuten, diesen Unterricht nicht mehr leisten könnte und die Integration von Theorie und Praxis keine Frage ist. Bei der Beurteilung der Prozessqualität (8.1.3) werden die Methoden der Vermittlung zwischen den Ländern verglichen. Dort wurde festgestellt, dass Hochschulen die Theorie und Praxis anders aufteilen, als Nicht-Hochschulen. An den Nicht-Hochschulen in D und A ist die Aufteilung von Theorie und Praxis in den Gesetzen vorgegeben. Die Hochschulen haben an diesem Punkt mehr Gestaltungsspielraum und könnten somit auch flexibler auf Veränderungen des Arbeits- bzw. Gesundheitsmarktes reagieren. Diese Freiheit ist den Hochschulen besonders gegeben, wenn es kein verpflichtendes Curriculum wie in GB gibt. Aber auch das verpflichtende Curriculum gibt den Hochschulen hauptsächlich eine Zielvorgabe, was der Student am Ende können soll. Der Weg dorthin bleibt den Hochschulen relativ frei gestellt.

Die Ausstattung der Bildungseinrichtungen hat in dieser Studie nur am Rand Beachtung gefunden und wurde nur auf der Ebene des Zugangs für Studenten nachgefragt. Nicht beachtet wurde die Art des Zugangs. Ebenso wurden die Anzahl der Studenten zu dem Umfang der Ausstattung und die Details der technischen Ausstattung oder der Bibliothek in dieser Studie nicht erfragt. Das Ziel war es festzustellen, ob eine Grundausstattung für die Studenten zugänglich ist. Die meisten Einrichtungen waren unter dieser Perspektive gut ausgestattet. Allerdings lies sich erkennen, dass ein Bewegungsbad bzw. Schwimmbad in den meisten Ländern innerhalb der Physiotherapie eine untergeordnete Rolle spielt. In FI (90,0%, N=10) und D (56,1%, N=41) gaben die Einrichtungen an, Zugang zu Bewegungsbädern/Schwimmbädern zu haben. In den anderen Ländern hatten nur 14,3 – 42,1% der Einrichtungen Zugang zu Schwimmbädern. Ähnlich heterogen ist der Zugang zu Messgeräten. Biomechanische Messgeräte waren eher vorhanden als physiologische Messgeräte. An 66,6 – 94,7% der Hochschulen (FI, GB, NL und DK) gehören diese Messge-

räte zur Ausstattung, wobei die Art der Geräte und deren Anzahl nicht näher erfragt wurden. In D und A gaben nur 14,3 – 29,3% der Einrichtung an, Zugang zu Messgeräten zu haben. Hier wird wieder deutlich, dass es einen Unterschied zwischen der Hochschulausbildung und der nicht akademischen Ausbildung gibt. Diese These lässt sich zusätzlich durch den Zugang der Teilnehmer zu Computerarbeitsplätzen und zum Internet innerhalb der Bildungseinrichtung stützen. Die Physiotherapieschüler in D haben die wenigsten Zugangsmöglichkeiten zu Computern, konnten also am wenigsten Gebrauch vom Internet innerhalb der Bildungseinrichtung machen.

Innerhalb der Strukturqualität wird deutlich, dass die Ausbildung Physiotherapie durch die Zugehörigkeit zu dem jeweiligen Bildungssektor stark geprägt wird. Diese Erkenntnis ist nicht überraschend, trotzdem sind die Aspekte der Strukturqualität wichtig für die Studie. Denn von der Struktur ist unter anderem abhängig wieviel Einfluss eine Bildungseinrichtung oder ein Berufsverband haben kann, um an den Qualitätsmaßstäben für die Ausbildung mitzuarbeiten.

8.1.3 Prozessqualität

„Die Prozessqualität beschreibt die Art und Weise, wie Bildungseinrichtungen ihren Auftrag und ihre Ziele umsetzen“ (Forum Bildung, 2001, S.3). In der Literatur konnten verschiedene Maßnahmen gefunden werden, welche die Prozessqualität kontrollieren. Die Wichtigkeit der Prozessqualität wird durch die, im Rahmen der Akkreditierung, regelmäßig von den Hochschulen in DK, FI, GB und den NL geschriebenen Lehrberichten oder Selbstevaluationen unterstrichen. Innerhalb dieser Berichte wird verlangt, dass die Maßnahmen der Prozessqualität und deren Ergebnisse angegeben werden. Des Weiteren werden in den Gesprächen, während des Akkreditierungs-/Gutachterbesuches, mit Mitarbeitern der Hochschule und Studierenden, deren Möglichkeiten zur Mitgestaltung des Bildungsprozesses erfragt.

Zur Darstellung des Bildungsauftrages bzw. -ziels wurden die Berufsprofile der einzelnen Länder dargestellt und verglichen (Kapitel 3). Diese könnten als Auftrag und Ziel der Bildungsinstitutionen im Bereich Physiotherapie gesehen werden. Da viele Einrichtungen zusätzlich ein Mission Statement haben, wird der nationale Aspekt des Berufsprofils hier außer Acht gelassen.

Bei der Datenerhebung wurde nach den Mission Statements der einzelnen Einrichtung gefragt. 50% (N=98) der Einrichtungen haben angegeben, ein Mission Statement zu haben und 30,6% (N=98) der Einrichtungen haben den Text des Mission Statements für die Studie zur Verfügung gestellt. Bei der Analyse der Texte wurde festgestellt, dass ein Mission Statement sehr unterschiedliche Formen, von einem Satz bis zu 4 Seiten Text, umfassen kann. Ausbildungsinhalte, Ausbildung der Persönlichkeit, Methodik der Ausbildung und die Lehrqualifikation waren die inhaltlichen Aspekte, die innerhalb der Mission Statements häufig genannt wurden. Mission Statements gibt es in allen Ländern an 42,9 – 66,7% der nationalen Einrichtungen. Die Texte wurden hauptsächlich von D, GB und A zur Verfügung gestellt, so dass die Ergebnisse der Textanalyse nicht zu verallgemeinern sind.

Als grundlegende Aufgabe und Ziel einer Bildungseinrichtung wurde somit, für diese Studie ganz allgemein ohne Bezug zum Mission Statement oder nationalen Berufsprofil, die „Ausbildung eines Physiotherapeuten“ festgelegt. Wie diese Aufgabe erfüllt wird, wurde in der Betrachtung der Prozessqualität in dieser Studie anhand der Aspekte Curriculum, Befragung der Lernenden und Lehrenden, Weiterbildung der Lehrer, Methoden der Vermittlung, den Maßnahmen des QM innerhalb der Unterrichtsveranstaltungen, der Praktika und den staatlich vorgeschriebenen Maßnahmen des QM untersucht.

Prozessqualität: Curriculum

Im Ländervergleich wurde festgestellt, dass FI und die NL keine nationalen Curricula aufweisen. In DK, D und A wird die Ausbildung über ein Gesetz gesteuert, wobei in D und A zusätzlich Curricula existieren, die aber nur einen empfehlenden Charakter haben. Das nationale Curriculum für D wurde vom Berufsverband entwickelt und veröffentlicht. Zusätzlich gibt es für das Bundesland Bayern ein spezifisches, für Bayern bindendes Curriculum, welches vom bayerischen Ministerium herausgegeben wurde. In A wurde das nationale Curriculum vom Ministerium entwickelt und veröffentlicht. Nur in GB gibt es ein Curriculum des Berufsverbandes CSP, welches bindend ist für alle Einrichtungen.

Im Ländervergleich der Ausbildungsgrundlagen wurde festgestellt, dass in D und A die Gesetze Fächer und Mindeststundenzahlen vorgeben und die Curri-

cula diese Vorgaben mit Lernzielen und z.T. einer Lernabfolge füllen. In DK sind die gesetzlichen Vorgaben relativ grob. Es gibt große Themenblöcke, die gesetzlich vorgegeben sind, deren Ausgestaltung und Anordnung aber durch die einzelne Bildungseinrichtung festgelegt wird. Dies zeigt wieder die besondere Situation der dänischen Einrichtungen. An den Hochschulen in FI, GB und den NL obliegt der Aufbau des Studienprogramms ganz den Hochschulen. Über Anerkennungsverfahren der Ministerien bzw. Akkreditierungsagenturen bekommen die Hochschulen die notwendige Rückkopplung über ihre Studienprogramme. Innerhalb dieser Studie wurden die Curricula oder gesetzlichen Vorgaben für die Ausbildung nur oberflächlich verglichen. Eine tief greifende Analyse war nicht Ziel dieser Studie und bedarf eines eigenen Forschungsansatzes.

Prozessqualität: Befragung von Lernenden und Lehrenden

Alle Ausbildungsprogramme beinhalten theoretischen Unterricht, praktischen Unterricht und ein umfangreiches Praktikum. Neben der Gestaltung des Curriculums als Grundlage der Prozessqualität setzen an diesen verschiedenen Unterrichtsformen die Maßnahmen des QM an. Innerhalb der Studie wurden Daten erhoben über die schriftliche Befragung von Lernenden, zu den einzelnen Lernangeboten und von Lehrenden als Maßnahme des QM.

Die schriftliche Befragung von Lernenden und Lehrenden wird an 58,2% (N=98) der Einrichtungen durchgeführt. Lernende wurden in mehr Einrichtungen befragt als Lehrende. Teilnehmer wurden zu den verschiedenen Unterrichtsformen (Theorie, Praxis, Praktikum) in den meisten Einrichtungen einmal im Semester und zu den Serviceeinrichtungen (Mensa, Bibliothek) mind. einmal im Jahr befragt. Lehrende wurden zur Arbeitszufriedenheit, Arbeitsplatzbedingungen, Qualität des eigenen Unterrichts und Fortbildungsbedarf mind. einmal im Jahr befragt. Die Tabelle „Ländervergleich im Überblick“ (Tabelle 61) zeigt, dass mehr Einrichtungen in den NL, GB und FI die Befragungen durchführen, als dies Einrichtungen in DK, D oder A tun. Die Ergebnisse werden in keinem Land zu 100% veröffentlicht. Die meisten Ergebnisse sind in den NL zugänglich und die wenigsten Veröffentlichungen über die Befragungen sind in GB zu finden. Allein, dass Befragungen durchgeführt werden zeigt, dass die Bildungseinrichtungen ein Interesse daran haben, die Art des Unterrichts und die

Bedürfnisse der Mitarbeiter zu reflektieren. Nicht untersucht wurde mit dieser Studie, was neben einer evtl. Veröffentlichung mit den Ergebnissen gemacht wurde. Welche Maßnahmen greifen, wenn ein Lernangebot eine negative Beurteilung bekommt? Welche Unterstützung kann eine Einrichtung anbieten, wenn ein Mitarbeiter mit der Qualität des eigenen Unterrichts nicht zufrieden ist? Diese wichtigen Fragen konnten innerhalb dieser Studie nicht geklärt werden und bedürfen einer gesonderten Untersuchung.

Prozessqualität: Weiterbildung der Lehrenden

Eine weitere Maßnahme des QM ist die regelmäßige Fortbildung der Lehrenden. Das Forum Bildung hat festgestellt, dass die „kritische Selbstreflexion und Selbsterneuerung von Bildungssystemen und –einrichtungen als integraler Bestandteil ihres Auftrages zu betrachten“ ist (2001a, S. 6). Diese Selbstreflexion und –erneuerung kann am besten durch die Mitarbeiter der Einrichtung erfolgen. Fortbildung ist eine Möglichkeit für Lehrende, mit neuen Aspekten und Perspektiven in Kontakt zu kommen. So können die Mitarbeiter zu Schritten der Erneuerung motiviert und angeregt werden. Auch Kohler (2004) benennt den Mitarbeiter der Hochschule als wesentlich für die Optimierung des Produktes Bildung. Kohler beschreibt neben dem QM die Qualitätskultur der Lehrenden, welche das Qualitätswissen und vor allem das Wollen von Qualität beinhaltet. In der Studie wurde dieser Aspekt über eine Fortbildungspflicht, die Möglichkeit des wissenschaftlichen Arbeitens und den Besuch von Qualitätszirkeln einbezogen. Die Fortbildungspflicht für Lehrende besteht an den Bildungseinrichtungen für Physiotherapie in DK, GB und den NL zu annähernd 100%. Aber auch in D, FI und A haben 42,9 – 68,3% der Einrichtungen eine Fortbildungspflicht für Lehrende. Wissenschaftliches Arbeiten ist für Lehrende dagegen flächendeckend nur in GB und den NL möglich. In DK und FI wird es an wenigen (ca. 30%) Einrichtungen ermöglicht und in D und A nur in Einzelfällen. Wie genau diese Möglichkeiten der einzelnen Person aussehen, konnte nicht festgestellt werden, denn es gibt offensichtlich keinen einheitlichen Prozentsatz der Arbeitszeit, der für wissenschaftliches Arbeiten verwandt werden kann (Tabelle 53). Es wäre auch interessant zu erfragen, wie das wissenschaftliche Arbeiten inhaltlich organisiert ist. Fällt allein das regelmäßige Lesen von Fachartikeln schon unter den Begriff des wissenschaftlichen Arbeitens

oder ist erst ein Projekt mit eigener Datenerhebung dazugehörig. Dieser Hintergrund blieb in dieser Studie unberücksichtigt, denn das Ziel dieser Studie war festzustellen, ob es die Möglichkeit zur Weiterentwicklung für den Mitarbeiter besteht, damit er Teil der Erneuerung der Bildungseinrichtung sein kann. Allerdings wurde zusätzlich nach der Möglichkeit des Besuchs von fachlichen Treffen bzw. Qualitätszirkeln mit externen Kollegen gefragt. Diese Möglichkeit wurde länderübergreifend an 66,7 – 92,9% (N=98) der Einrichtungen (Tabelle 54) zumeist mind. einmal im Jahr (Tabelle 55) wahrgenommen.

Prozessqualität: Methoden der Vermittlung

Haben die Lehrenden als zentrale Aufgabe die Vermittlung der Lerninhalte oder die Begleitung des Lernenden? Diese Frage stellt sich, wenn es um die Methoden der Vermittlung des Lernstoffes geht. Der Lernende soll ein Lernziel erreichen oder eine Kompetenz erwerben, doch es gibt verschiedenen Möglichkeiten diese Ziele zu erreichen. Bei der Analyse der Ausbildungen der einzelnen Länder war die Methode der Vermittlung ein Vergleichsaspekt (4.7). Es wurde festgestellt, dass Gesetze, welche die Ausbildung Physiotherapie strukturieren, in D, A und DK, die Art der methodischen Vermittlung nicht festgelegt haben. Somit bleibt es in DK und D den einzelnen Bildungseinrichtungen freigestellt, die Lehrmethoden zu wählen, denn auch die beiden deutschen Curricula geben zu der Methodenwahl keine Hilfestellung. Dies ist in A seit 2004 anders. Das Curriculum Physiotherapie basiert auf Kompetenzen die, der Lernende erwerben soll. Innerhalb des Curriculums gibt es pädagogisch-didaktische Leitlinien, die einige Ziele des Bologna-Prozesses, wie z.B. das lebenslange Lernen, aufgreifen (ÖBIG, 2004). In GB, den NL und z.T. in FI wird nach dem Prinzip des PBL gelehrt. Die Studenten müssen die Lernverantwortung übernehmen und der Lehrer sieht sich als Lernbegleiter oder Coach. Diese Ansätze decken sich mit den Anforderungen an die Lehrenden in diesen Ländern. Die Einrichtungen in FI, GB und den NL fordern von allen Lehrkräften, unabhängig davon, ob sie eher theoretischen oder praktischen Unterricht begleiten, eine pädagogische Weiterbildung. Denn nur über ein durchgehendes Lehr- und Lernkonzept kann die Verantwortung an den Lernenden übergeben werden.

Prozessqualität: Maßnahmen des QM innerhalb des Unterrichts und der Praktika

Ob die pädagogisch-didaktischen Leitlinien oder auch die inhaltlichen Qualitätsstandards einer Bildungseinrichtung in den Lehrveranstaltungen umgesetzt werden, ist eine Fragestellung der Prozessqualität. In der Studie wurden die Einrichtungen zu Unterrichts- bzw. Prüfungsbesuchen befragt. Unterrichtsbesuche von Kollegen der Einrichtung werden in allen Ländern an mind. 50% (N=98) der Einrichtungen (Tabelle 54) zumeist mind. 1x im Jahr (Tabelle 55) durchgeführt. Externe Unterrichts- und Prüfungsbesuche sind in allen Ländern wesentlich seltener. Prüfungsbesuche in GB und A sind ein fester Bestandteil des jährlichen Maßnahmenkataloges der Prozessqualität. An dieser Stelle wurde nicht erfragt, wer die Externen sind, die Unterrichts- oder Prüfungsbesuche durchführen. Hierbei kann es sich um Kollegen einer anderen Bildungseinrichtung handeln oder aber um Vertreter von staatlichen Behörden, dem Berufsverband oder einer Akkreditierungsagentur. Je nach Herkunft des Externen haben jährliche Besuche eine ganz unterschiedliche Bedeutung, die in dieser Studie nur z.T., über die Frage 18 nach staatlichen Vertretern, geklärt werden konnte.

Das Praktikum spielt in der Ausbildung Physiotherapie eine wichtige Rolle. Daher müssen innerhalb der Prozessqualität eigene Maßnahmen zur Sicherung dieses Ausbildungsabschnittes eingesetzt werden. Diese Ansicht wird von den Verantwortlichen der Ausbildungsstätten aller Länder geteilt. In der Studie wurden verschiedenen Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Praktika erfragt. Das Treffen der Lehrer mit den Praktikumsanleitern, die Besuche von Lehrern an jedem Praktikumseinsatzort und die Teilnahme von Praktikumsanleitern an Informations-/Fortbildungsveranstaltungen der Bildungseinrichtungen wurden von mind. 78,5% (N=98) der Einrichtungen eines jeden Landes, oft aber von 100% der Einrichtungen durchgeführt. Innerhalb dieser Maßnahmen gab es keinen Unterschied zwischen einer Ausbildung im sekundären und tertiären Bildungsbereich. Zusätzlich wurde die Häufigkeit der Maßnahmen erfragt und es wurde deutlich, dass die Besuche der Praktikumsstellen oft einmal im Monat und die Treffen der Praxisanleiter mit den Lehrern, in den meisten Einrichtungen, mind. 1x im Semester stattfinden. Die „Kontrolle des Betreuungsschlüssels Anzahl der Praktikumsanleiter zur Anzahl der Lernenden inner-

halb der Praktikumseinrichtung“ ist die Maßnahme die nur bei 57,9 – 85,7% der Einrichtungen eines Landes durchgeführt wird und welche die größte Heterogenität, innerhalb der Länder, in der Häufigkeit der Durchführung aufweist.

Prozessqualität: Staatliche Maßnahmen des QM

Alle Staaten, die in dieser Studie teilnehmen, haben sich verpflichtet, am Bologna-Prozess teilzunehmen und die Beschlüsse national umzusetzen. Nur 54,1% (N=98) der antwortenden Einrichtungen haben in dieser Studie angegeben, dass staatliche Richtlinien oder Gesetze Maßnahmen des Qualitätsmanagements fordern. Eindeutig ist das Ergebnis nur in GB, denn hier gaben alle Einrichtungen eine staatliche Vorschrift an. Allerdings fiel diese Einheitlichkeit bei der Bestimmung der geforderten Maßnahmen sehr auseinander (Tabelle 59). In den anderen Ländern konnte keine Einheitlichkeit festgestellt werden. Wenn jeweils 25–71,4% der Einrichtungen eines Landes sagen, dass es keine staatlichen Richtlinien zum QM gibt, ist es schwierig zu verstehen, warum die anderen Einrichtungen sagen, es gibt staatliche Richtlinien. Die Literaturrecherche hat ergeben, dass in DK, FI, GB und den NL eine regelmäßige Akkreditierung der Studiengänge, mit entsprechendem Ablauf, vorgeschrieben ist. Allerdings wird die Akkreditierung durch beauftragte Agenturen durchgeführt, die nicht staatliche sind. Die meist einheitliche Vorgehensweise der Akkreditierung wurde unter 8.1.1 bereits erläutert. Somit kann durch die Studie nur festgestellt werden, dass entweder die Fragestellung nicht einheitlich verstanden wurde oder die Realität von den Angaben in der Literatur sehr abweicht.

Bei der näheren Betrachtung der Prozessqualität in der Ausbildung Physiotherapie ist deutlich geworden, dass die meisten Unterschiede zwischen den Ländern durch die Zugehörigkeit zum sekundären oder tertiären Bildungssektor verursacht sind.

8.1.4 Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität beschreibt den „Output“ des Bildungsprozesses, z.B. fachliche Fähigkeiten und Fertigkeiten und soziale Kompetenzen (Forum Bildung, 2001). Der „Output“ ist abhängig von der gegebenen Struktur (8.1.2) und den Prozessen (8.1.3). Über Leistungsnachweise innerhalb und am Ende der Aus-

bildung soll sichergestellt werden, dass der Absolvent das Ausbildungsziel erreicht hat. Alle Länder haben den Ausbildungsprozess begleitende Prüfungen, um dem Lernenden regelmäßig Rückmeldung über seinen Lernprozess zu geben (Kapitel 4). Allerdings geschieht dies in Abhängigkeit von der Methode der Vermittlung und den staatlichen Vorgaben. In D bestimmt am Ende der Ausbildung allein das sehr umfassende Staatsexamen über die Berufszulassung (PhysTh-AprV, 1994). In A gibt es begleitende Prüfungen, aber auch eine abschließende und sehr umfassende Diplomprüfung mit praktischen Anteilen und einer Diplomarbeit (MTD-AV, 1993). In den anderen Ländern gibt es begleitende Prüfungen, die über einen kumulativen Charakter insgesamt die Abschlussprüfung bilden. DK nimmt mit sechs gesetzlich gesteuerten Prüfungen und weiteren internen Prüfungen, festgelegt von jeder einzelnen Hochschule, wiederum eine Zwischenposition ein. Die Art der Prüfungen variiert unabhängig von der Bildungsinstitution zwischen schriftlichen, mündlichen und praktischen Prüfungen mit oder ohne Patient. Allerdings ist auffällig, dass Projektbezogenen Prüfungsarbeiten oder allein die Teilnahme an einer Veranstaltung nur an Hochschulen zu den Methoden des Leistungsnachweises gehören. Die Abschlussarbeit oder ein Abschlussprojekt gehören in DK, FI, NL und A zu den letzten Prüfungsmomenten und sollen zeigen, dass der Absolvent in der Lage ist, ein fachliches Problem auf wissenschaftlicher Grundlage zu lösen. Kritisch angemerkt werden muss, dass über die genauen Prüfungsmodalitäten, z.B. Art der Fragestellung in schriftlicher oder mündlicher Prüfung, keine Angaben gefunden worden sind. Somit ist ein europäischer Vergleich des Ergebnisses des Bildungsprozesses Physiotherapie auf diesem Weg nicht möglich.

In der Studie wurde als Maßnahme der Ergebnisqualität die Erhebung der Arbeitsplatzsituation der Absolventen erfragt. Nur 37% (N=98) der Einrichtungen machen von dieser Maßnahme Gebrauch. In den NL wird diese Maßnahme fast flächendeckend eingesetzt, dafür in den anderen Ländern nur vereinzelt. Wie schon Posch und Altrichter (1997) und das Forum Bildung (2001a) feststellten, werden auch in dieser Studie die Maßnahmen der Ergebnisqualität in den fragten Ländern nur unzureichend eingesetzt. Kritisch muss angemerkt werden, dass in dieser Studie nur eine Maßnahme der Ergebnisqualität erfragt wurde und dass für die Erfassung der Ergebnisqualität noch immer keine guten Instrumente vorliegen. Denn schon allein die angegebene Maßnahme der Er-

hebung der Arbeitsplatzsituation der Absolventen erfordert sehr viel Arbeitseinsatz von Seiten der Einrichtung, um mit den Absolventen langfristig in Kontakt zu bleiben.

8.1.5 Zusammenfassung

Durch diese Studie sind vier Aspekte des QM an den europäischen Ausbildungsstätten für Physiotherapie identifiziert worden. Europäische Ausbildungsstätten für Physiotherapie nehmen an internationalen und nationalen QMS teil. Innerhalb der angewandten QMS und unabhängig davon werden Maßnahmen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität eingesetzt. Die Strukturqualität lässt sich durch die Bildungseinrichtungen am wenigsten beeinflussen. Sie legt über Gesetze, Trägerschaft und Aufsichtsbehörde einen Rahmen für die Ausbildung fest. Dadurch beeinflusst es bei der Betrachtung von Maßnahmen des QM zu größeren Unterschieden zwischen D und A auf der einen Seite und DK, FI, GB und den NL auf der anderen Seite. Maßnahmen der Prozessqualität werden in allen Ländern mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten und Häufigkeiten durchgeführt. Die Maßnahmen der Ergebnisqualität wurden nur in den NL so gut wie flächendeckend durchgeführt und bedürfen einer weiteren Entwicklung in allen Ländern.

Da die Leitungspersonen eine zentrale Rolle in der Gestaltung der Ausbildung zugesprochen wird, wurden sie, innerhalb der Studie, nach der Zufriedenheit mit den Maßnahmen des Qualitätsmanagements gefragt. Insgesamt sind die an der Studie teilnehmenden Personen, überwiegend Schulleitungen, eher zufrieden oder sogar sehr zufrieden mit dem QMS der Bildungseinrichtung. Allein in D und DK geben einige Einrichtungen an, mit dem QMS, weniger zufrieden oder sogar unzufrieden zu sein.

In der Diskussion wird sehr deutlich, dass diese Studie nur ein erster Schritt im europäischen Vergleich des QM im Bereich Physiotherapie sein konnte. Inhaltliche Aspekte und die Frage nach der genauen Art der Umsetzung und Folgen der einzelnen Maßnahmen konnten in dieser Studie nicht geklärt werden und bedürfen weiterer Forschungsarbeit.

8.2 Sind die erhobenen Aspekte des Qualitätsmanagements untereinander vergleichbar?

Wie schon unter 8.1 dargestellt, gibt es grundsätzlich vier Aspekte des Qualitätsmanagements in der Ausbildung Physiotherapie, die sehr unterschiedlich umgesetzt werden. In diesem Abschnitt soll auf der Grundlage der Literatur und der erhobenen Daten diskutiert werden, ob die untersuchten Aspekte des QM in der Ausbildung Physiotherapie international, vor dem Hintergrund der unterschiedlichen nationalen Ausbildungsprofile und der Zugehörigkeit zu dem sekundären oder tertiären Bildungssektor (Kapitel 4), vergleichbar sind.

Das Produkt Bildung ist unter anderem abhängig vom Teilnehmer (Arnold, Faber, 2000), von den Strukturen und dem Prozess der Ausbildung. Der Vergleich zeigt, dass die Ausbildung Physiotherapie auf unterschiedlichen Bildungsniveaus angeboten wird. In der Datenanalyse wurde mehrfach festgestellt, dass sich die Bildungseinrichtungen in DK, FI, GB und den NL aufgrund der Zugehörigkeit zum tertiären Bildungssystem anders verhalten als Bildungseinrichtungen in A und D. Ob es einen Unterschied des QM gibt, der an der Art der Bildungseinrichtung festgemacht werden kann, soll an dieser Stelle anhand der vier unter 8.1.2 genannten Aspekte des QM untersucht werden.

Anhand Tabelle 62 kann festgestellt werden, dass die Universitäten in GB sich in allen Aspekten nicht signifikant anders darstellen als die Fachhochschulen in den NL und FI. Daher wird in der weiteren Betrachtung die Universität als Kategorie nicht explizit ausgewiesen, sondern mit den Fachhochschulen gemeinsam in der Kategorie „Hochschule“ behandelt. Die österreichischen Akademien werden aufgrund der besonderen Situation, Zugangsvoraussetzungen wie an einer Fachhochschule aber als Akademie „nicht im regulären tertiären Bildungswesen integriert“ (PhyisoAustria, 2004) zusammen mit den deutschen BFS betrachtet, so dass zwei Bildungsniveaus sich gegenüberstehen, Hochschulniveau und nicht Hochschulniveau.

Ländervergleich im Überblick

			Staat 24					
			Hochschule				Nicht Hochschule	
			GB	NL	FI	DK	A	D
Art der Bildungseinrichtung	F22	UNI, FH, BFS, Akademie	UNI	FH	FH	FH	Akademie	BFS
Teilnahme an QMV								
Qualitätsmanagementverfahren	F21	% von Staat F24	89,5	87,5	90,0	66,7	21,4	53,7
Mission Statement	F20	% von Staat F24	57,9	62,5	50,0	66,7	42,9	43,0
QM durch staatliche Vorschriften	F17	% von Staat F24	100	75,0	50,0	66,7	28,6	15,3
Strukturqualität								
Schulqualifikation	F1	10/12/13 Jahre	12/13 Jahre	12/13 Jahre	12/13 Jahre	12/13 Jahre	12/13 Jahre	10 Jahre
Eignungsprüfung	F2	% von Staat F24	57,9	12,5	100	0	100	100
Die Qualifikation der Schulleitung, Lehrer und Praxisanleiter, sowie die Ausstattung der Einrichtungen konnten nicht zusammengefasst werden. Details unter 6.2.1.2 und 6.2.1.3								
Prozessqualität								
Befragung von Lernenden	F3	% von Staat F24	100	100	70,0	66,7	100	79,5
Befragung von Lehrenden	F6	% von Staat F24	84,2	100	70,0	66,7	64,3	41,5
Veröffentlichung von Ergebnissen der Befragung	F18/ F3/ F6	% von Einrichtungen die Befragt haben	18,8	75,0	44,4	40,0	71,4	34,4
Fortbildungspflicht für Lehrer	F13	% von Staat F24	100	87,5	60,0	100	42,9	68,3
Wissenschaftliches Arbeiten für Lehrer	F14	% von Staat F24	89,5	87,5	30,0	33,3	21,4	17,1
Die Maßnahmen des QM 1,2 und die staatlichen Maßnahmen des QM konnten nicht zusammengefasst werden. Details unter 6.2.2.2 und 6.2.2.3								
Ergebnisqualität								
Befragung zu Arbeitsplatz	F5	% von Staat F24	0	42,1	20,0	0	23,1	42,1

Tabelle 62: Ausbildungsniveau versus Aspekte des QM in der Ausbildung Physiotherapie

Der erste Aspekt des QM ist die Teilnahme an QMV. Die Literaturrecherche hat ergeben, dass die Teilnahme an Akkreditierungsverfahren für alle Hochschulen verpflichtend ist. Dies zeigt sich in den erhobenen Daten vor allem in GB, NL

und FI. In DK geben zwei Einrichtungen an, nicht an einem QMV teilzunehmen. Dass Maßnahmen des QM durch staatliche Richtlinien gefordert werden geben deutlich mehr Hochschuleinrichtungen an als Nicht-Hochschuleinrichtungen. Dieser Umstand lässt sich allein durch die gesetzlichen Vorgaben für die Ausbildung im sekundären Bildungswesen und den Vorschriften für eine Akkreditierung im tertiären Bildungswesen begründen. Interessant ist, dass sich trotz der deutlich geringeren Teilnahme an QMS durch die Einrichtungen der Nicht-Hochschulgruppe, das Vorhandensein von Mission Statements sich in beiden Gruppen nur wenig unterscheidet.

Unter dem Aspekt der Strukturqualität wurden die meisten Unterschiede zwischen der Hochschulgruppe und der Nicht-Hochschulgruppe festgestellt. Wobei DK oft zwischen beiden Gruppen als Übergang zu finden ist. Keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen gab es in Bezug auf die schulischen Zulassungskriterien zur Ausbildung. Allerdings wurde festgestellt, dass alle Nicht-Hochschulausbildungen einen Eignungstest von den Teilnehmern fordern. Diese Maßnahme dagegen an den Hochschulen sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Weitere Unterschiede liegen in der gesetzlichen Regelung der Ausbildung, der Berufsbezeichnung bzw. dem Abschlusstitel und der Länge der Ausbildung. Zusätzlich wurden deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen in der Qualifikation der Lehrenden gefunden. An der Hochschule ist ein akademischer Grad und die pädagogische Ausbildung für die Leitung des Bereichs Physiotherapie und die Lehre eine Voraussetzung (Tabelle 39-41). Im Nicht-Hochschulbereich ist der akademische Grad nur für die theoretischen Fächer gefordert (Tabelle 40). Für alle Ausbildungen, egal in welchem Bereich, sind die physiotherapeutische Berufsanerkennung und die Berufserfahrung ähnlich wichtig. Für die Leitung und die Lehrer eines praktischen Faches spielt die fachliche Weiterbildung für den Nicht-Hochschulbereich eine größere Rolle als im Hochschulbereich. Für die Anforderungen an die Anleiter im Praktikum gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen.

Im Vergleich der Ausstattung wurde festgestellt, dass alle Einrichtungen eine ähnlich gute Ausstattung aufweisen. Allerdings sind die auftretenden Unterschiede spezifisch für das Bildungsniveau. Biomechanische und physiologische Messgeräte sind deutlich häufiger an Hochschulen anzutreffen, als an Nicht-

Hochschuleinrichtungen. Dieser Umstand lässt sich leicht mit dem wissenschaftlichen Auftrag einer Hochschule erklären. Auch zu erkennen, aber nicht so deutlich, ist der bessere Zugang zu Geräten der Trainingstherapie an Hochschulen. Die Einrichtungen in DK nehmen auch in der Ausstattung eine Zwischenposition ein, d.h. an etwa der Hälfte der Einrichtungen ist die Ausstattung eher wie an Hochschulen, bei der anderen Hälfte eher wie an Nicht-Hochschuleinrichtungen.

Unter dem Aspekt der Prozessqualität konnten weitere Unterschiede zwischen beiden Gruppen entdeckt werden, die aber nicht bei allen Maßnahmen deutlich ausgeprägt waren. So wurde die Fortbildungspflicht der Lehrenden häufiger an Hochschuleinrichtungen gefunden als an Einrichtungen der anderen Gruppe. FI stellte in dem Datenvergleich eine Ausnahme dar. Diese Ausnahme lässt sich damit begründen, dass in FI jeder Lehrer der Hochschule mindestens über einen Masterabschluss verfügen muss und somit schon um einen akademischen Grad mehr fortgebildet ist als die Lehrer der anderen Hochschulen. Interessant ist, dass die Möglichkeit zur wissenschaftlichen Arbeit für die Lehrenden in GB und den NL an über 85% der Einrichtungen und in den anderen beiden Hochschulländern (FI, DK) nur an etwas 30% der Einrichtungen gegeben ist. Diese Quote ist immer noch zu 50% höher als an Nicht-Hochschuleinrichtungen. Bei der Befragung von Lernenden als Maßnahme des QM ist, auch in den Themen oder der Häufigkeit, kein Unterschied zwischen den Bildungsniveaus zu erkennen. Allerdings wird die Befragung der Lehrenden, zu allen Themen, an mehr Hochschuleinrichtungen durchgeführt als an Nicht-Hochschuleinrichtungen. In Bezug auf die Veröffentlichung der Ergebnisse der Befragung von Lernenden und Lehrenden ist wiederum kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen zu erkennen.

Die schriftliche Selbstevaluation und die Zielvereinbarungen für den Bereich Physiotherapie sind Maßnahmen, die im Hochschulbereich an deutlich mehr Einrichtungen durchgeführt werden als an Nicht-Hochschuleinrichtungen. Bei den qualitätssichernden Maßnahmen des Praktikums können nur Unterschiede in der Kontrolle des Betreuungsschlüssels entdeckt werden, der an mehr Nicht-Hochschuleinrichtungen kontrolliert wird als an Hochschuleinrichtungen.

Die Maßnahmen des QM in Bezug auf die Ergebnisqualität weisen bei den Leistungsnachweisen einen Unterschied zwischen den betrachteten Gruppen auf. Die Leistungsnachweise der Hochschulen sind in der Regel studienbegleitend, kumulativ und an Leistungspunkten bzw. ECTS-Credits orientiert. Die Leistungsnachweise des nicht Hochschulbereiches sind nicht kumulativ, somit werden am Ende der Ausbildung Prüfungen über den gesamte Ausbildungsinhalt abgehalten, die allein über die Berufszulassung entscheiden. Allerdings muss an dieser Stelle festgestellt werden, dass die Hochschulen oft kein transparentes Bild über die Leistungsnachweise bieten und somit die Prüfungsform und die Prüfungszeiten der Teilnehmer unklar bleiben.

Im Vergleich der Ausbildung Physiotherapie auf Hochschulniveau und nicht Hochschulniveau gibt es viele Ähnlichkeiten in Bezug auf die Maßnahmen des QM. Es gibt Unterschiede in der inhaltlichen Ausgestaltung und der Durchführung von einigen Maßnahmen. Die Hauptunterschiede liegen in der gegebenen Struktur, der Eigenverantwortung der Bildungsstätte und somit auch des Teilnehmers. Wo der Gesetzgeber viele Details der Ausbildung und der Prüfungen per Gesetz oder Behörde regelt, bleibt der Bildungseinrichtung oder auch den Berufsverbänden wenig Spielraum, um die Ausbildung zu gestalten und neuen Anforderungen des Gesundheitswesens und Arbeitsmarktes anzupassen. Diese Freiheit können Hochschulen, die relativ selbstbestimmt sind und durch ein Akkreditierungssystem kontrolliert werden, nutzen, um die Ausbildung den aktuellen Gegebenheiten fortwährend anzupassen. Eine Hochschuleinrichtung kann sich somit wesentlich leichter, aufgrund von Selbstreflexion und Wechselwirkung mit dem Arbeits- und Gesundheitsmarkt, erneuern.

8.3 Kann aus den erhobenen Daten eine Empfehlung für ein Qualitätsmanagement an europäischen Ausbildungsstätten für Physiotherapie geformt werden? Wenn ja, wie sieht die Empfehlung aus?

Warum QM an Bildungsstätten eingeführt bzw. durchgeführt werden soll, ist unter 1.2 ausführlich dargestellt. Speziell für die Physiotherapie muss die Frage nach einer Empfehlung mit ja beantwortet werden. Aus der Studie zum QM in der Ausbildung Physiotherapie können für die einzelne Bildungseinrichtung, für die nationalen Berufsverbände und Akkreditierungsagenturen bzw. die auf-

sichtsführenden Behörden Empfehlungen ausgesprochen werden. Teile der Empfehlungen können aus den guten Vorbildern in einzelnen Länder abgeleitet und Teile aus den erhobenen Daten der Studie herausgelesen werden.

Überraschend an der Studie war, dass an vielen Bildungseinrichtungen schon umfassende Maßnahmen des QM bestehen. Daher kann hier als Empfehlung als erstes die Motivation zur weiteren Durchführung und evtl. Verbesserung der einzelnen Maßnahmen stehen. Ein wichtiger Aspekt ist die Gestaltung eines Bildungsziels bzw. eines Mission Statements. In der Studie wurde deutlich, dass sich nicht in allen Ländern sich das Bildungsziel aus dem Berufsprofil ableiten lässt, da ein Berufsprofil z.T. nicht umfassend oder gar nicht vorhanden war (Kapitel 3). Daher hat die einzelne Bildungseinrichtung die Möglichkeit, ein solches Berufsprofil mit dem Berufsverband zu entwickeln oder von ihm einzufordern, das europäische Berufsprofil des European Region WCPT zu nutzen oder ein Bildungsziel unabhängig vom Berufsprofil zu entwickeln. Die letzte Variante ist von vielen Bildungseinrichtungen, die schon ein Mission Statement haben, gewählt worden. Maßnahmen des QM sollten dann an dem Mission Statement und den beruflichen Standards orientiert werden. Die beruflichen Standards können nationalen, über Berufsverbände, oder internationalen, über den WCPT oder die WHO, Ursprungs sein.

Neben dem Bildungsprozess, der an vielen Einrichtungen schon durch Maßnahmen des QM gesichert wird, sollte das Ergebnis des Prozesses mehr Beachtung finden. Die Leistungsüberprüfungen sollten mit dem Bildungsziel, dem Mission Statement und den beruflichen Standards, abgestimmt und transparent dargestellt sein. Ein weit reichender Kontakt zu Absolventen kann helfen, die Arbeitsmarktorientierung der Ausbildung zu überprüfen.

Je nach Land haben die Berufsverbände häufig keinen Beitrag zu dieser Studie liefern können. Kann denn ein Gesetzgeber oder eine einzelne Bildungseinrichtung das Berufsprofil bestimmen oder ein Curriculum liefern? In den einzelnen Ländern haben die Berufsverbände verschiedene Rollen angenommen und, leider nur vereinzelt z.B. in GB, zentrale Positionen in dem Einfluss auf die Qualitätssicherung der Ausbildungen besetzt. Aber es zeigen sich Tendenzen, z.B. in den NL oder A, dass sich der Berufsverband aktiv an der Qualitätsdiskussion

beteiligen möchte. So wurden in den NL mit dem Berufsverband die Kompetenzen eines Berufsanfängers entwickelt (Bildungsrat, 2005) und in A führte der Berufsverband eine umfassende Studie zum Berufsprofil (Physio Austria, 2004) durch. In D hat sich der Berufsverband aktiv an der Entstehung des ISQ beteiligt und somit die Verantwortung für die Ausbildungsqualität delegiert. Diese Ansätze zeigen, dass die Berufsverbände in den einzelnen Ländern unterschiedlich aktiv sind. Die Berufsverbände sind die Mitglieder des WCPT und haben somit eine Mitbestimmungsmöglichkeit für europäische Standards, die den einzelnen Bildungseinrichtungen nicht gegeben ist. Wie sollen Richtlinien des WCPT zur Ausbildung national umgesetzt werden, wenn der Berufsverband die Aufgabe der Vermittlung und Information zwischen WCPT und Bildungseinrichtungen nicht wahrnimmt? Je nach rechtlicher Position des Berufsverbandes kann der Verband nur beratend tätig sein und hat keine qualitative Weisungsbefugnis den Bildungsstätten gegenüber. Informationen über Standards oder QM und Unterstützung in der Umsetzung sind Maßnahmen, die ein Berufsverband ergreifen könnte und über die, in Kooperation mit den Bildungseinrichtungen, eine bessere Qualität der nationalen und eine Verzahnung der europäischen Physiotherapieausbildungen möglich wären.

Allein durch die Entwicklung eines nationalen Berufsprofils in Anlehnung an die Definition von Physiotherapie durch die European Region des WCPT, die Entwicklung von nationalen, inhaltlichen Ausbildungsstandards mit Maßnahmen, die das Ergebnis der Ausbildung standardisiert messen, können sich die Berufsverbände als Partner der Bildungsstätten qualifizieren und den Berufsstand Physiotherapie europäisch ausrichten.

Die Empfehlung an die Akkreditierungsagenturen bzw. die aufsichtsführenden Behörden geht in eine ähnlich Richtung wie die Empfehlung an die Berufsverbände. Akkreditierungsagenturen haben über die Gutachten die Möglichkeit, sowohl strukturell als auch inhaltlich auf die Ausbildung Physiotherapie Einfluss zu nehmen. Der Bologna-Prozess wird mittels der Akkreditierungshürden in alle Hochschulausbildungen umgesetzt. Können Akkreditierungsagenturen nicht auch nationale und europäische berufsspezifische Standards aufnehmen und kontrollieren? Diese Frage muss mit nein beantwortet werden, wenn sich die Tendenz fortsetzt, dass nicht mehr Studienprogramme, sondern ganze In-

stitutionen akkreditiert werden. Für diese Ansätze wäre eine enge Zusammenarbeit mit Berufsverbänden, wie in GB, wünschenswert, denn dann kann die Frage wiederum mit ja beantwortet werden. Über diesen Weg könnte im Bereich Physiotherapie eine Transparenz entstehen, welche die Qualität der Ausbildung steigern und die europäische Mobilität von Studenten und Berufsanfängern fördern könnte.

Eine weitere Empfehlung an die Akkreditierungsagenturen ist die Ergebnisorientierung. In der Studie und der Literatur wurde festgestellt, dass Maßnahmen der Struktur- und Prozessqualität schon relativ umfassend in der Ausbildung Physiotherapie eingesetzt werden und dass es wenig Maßnahmen der Ergebnisqualität gibt. Durch eine Nachfrage oder Auflage der Akkreditierungsagentur bzw. der aufsichtsführenden Behörde würden die Bildungseinrichtungen, indirekt auch die Berufsverbände, angehalten ein Ergebnis zu definieren und Maßnahmen zu entwickeln, um dieses Ergebnis zu kontrollieren. Über diesen Weg kann die Effizienz und Effektivität der Arbeit eines Physiotherapeuten und somit des Gesundheitswesens gesteigert werden. Auf diese Weise kann der gesellschaftliche Auftrag, den eine Bildungseinrichtung und somit auch die Akkreditierungsagentur und die Behörde realisieren sollen, noch besser erfüllt werden.

8.4 Zusammenfassung

Als Resümee der Studie „Qualitätsmanagement in der Ausbildung Physiotherapie – Ein europäischer Vergleich“ muss festgestellt werden, dass nationale und internationale QMS und Maßnahmen des QM an europäischen Bildungsstätten mit dem Angebot der Physiotherapieausbildungen verbreitet sind. Diese Studie konnte über die gewählte Methodik, die Literaturrecherche und den Fragebogen, die Forschungsfrage beantworten. Für eine, in einige Aspekten, notwendige tiefere Analyse der Daten, war diese Methode ungeeignet. Über die Methode von halbstrukturierten Interviews mit den Schlüsselpersonen des Bildungsprozesses hätten Aspekte, wie der Umgang mit den Ergebnissen des QM oder inhaltliche Aspekte des Eignungstests oder der schriftlichen Befragungen besser untersucht werden können.

Im Folgenden werden die Forschungsfragen in einer Kurzversion beantwortet. In Kapitel 9 wird dazu der Ausblick auf zukünftige Projekte gegeben, welche weitergehende Fragen, die sich aus den Antworten ergeben, beleuchten sollen.

Forschungsfragen 1 und 2: Welche Aspekte des Qualitätsmanagements gibt es an europäischen Ausbildungsstätten für Physiotherapie und wie werden sie umgesetzt?

An europäischen Ausbildungsstätten für Physiotherapie sind mit der Teilnahme an QMV, der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vier grundsätzliche Aspekte des Qualitätsmanagements gefunden worden. Die Strukturqualität wird geprägt durch das Bildungsniveau der Ausbildung. Innerhalb der Strukturqualität geht es um den gegebenen Rahmen der Ausbildung durch Gesetze und Richtlinien, um Maßnahmen zur Steuerung und Prüfung der Vorqualifizierung von Teilnehmern und Lehrenden und die Ausstattung der Bildungseinrichtung. Maßnahmen der Prozessqualität lassen sich in allen Ausbildungsabschnitten finden und beziehen Lernende und Lehrende, über Befragungen zu verschiedenen Themen, ein. Alle Unterrichtsformen werden hauptsächlich intern aber z.T. auch extern evaluiert. Besondere Aufmerksamkeit erfährt die praktische Ausbildung am Patienten. Alle Bildungseinrichtungen geben an, häufig und umfassend im Kontakt mit den Praktikumseinrichtungen zu stehen und so auch Maßnahmen des QM durchzuführen. Maßnahmen der Ergebnisqualität werden außer durch die Leistungsnachweise der Teilnehmer wenig eingesetzt.

Forschungsfrage 3: Sind die erhobenen Aspekte des Qualitätsmanagements untereinander vergleichbar?

Ja, die Aspekte des QM sind in Bezug auf das Bildungsniveau der Ausbildung Physiotherapie vergleichbar. Das Bildungsniveau, Hochschule oder nicht Hochschulausbildung hat auf das QM hauptsächlich eine inhaltliche Auswirkung durch die Zuordnung zum jeweiligen Bildungssektor. Im Hochschulbereich sind Akkreditierungen der Studiengänge vorgeschrieben und somit auch bestimmte Maßnahmen des QM. Dies bedeutet nicht, dass die einzelnen Maßnahmen nicht auch im nicht Hochschulbereich eingesetzt werden, denn die Maßnahmen sind in ihrer Durchführung nicht vom Bildungsniveau abhängig.

Forschungsfrage 4: Kann aus den erhobenen Daten eine Empfehlung für ein Qualitätsmanagement an europäischen Ausbildungsstätten für Physiotherapie geformt werden? Wenn ja, wie sieht die Empfehlung aus?

Trotz der überraschenden Vielfalt und Häufigkeit, mit der Maßnahmen des QM bereits an europäischen Bildungseinrichtungen mit dem Angebot Physiotherapie eingesetzt werden, gibt es aus dieser Studie heraus Empfehlungen für die einzelne Bildungsstätte, die Berufsverbände und die Akkreditierungsagenturen bzw. die aufsichtsführenden Behörden. Für alle drei Institutionen gilt, dass die europäischen, berufsspezifischen Standards zu wenig Beachtung finden. Daraus resultiert, dass kein europäisches aber zum Teil auch kein nationales Berufsprofil und damit Bildungsziel existiert. Somit müssen national Möglichkeiten zur Bestimmung der Bildungsziele und der Kontrolle der Ergebnisqualität gefunden und eingesetzt werden, um dem gesellschaftlichen Auftrag der effektiven und effizienten Arbeit im Gesundheitswesen gerecht zu werden.

9. Ausblick

Der Bologna-Prozess nimmt deutlich Stellung zu der Wichtigkeit der Qualitätssicherung in der Hochschulbildung. Eine systematische Einführung von internen und externen Maßnahmen der Qualitätssicherung werden ebenso angestrebt wie ein europäisches Register von Akkreditierungsagenturen (Bologna Process Bergen, 2005). Somit werden sich die formellen Prozesse der Qualitätssicherung der Studienprogramme an Hochschulen weiter annähern. Daraus ergibt sich für den Bereich Physiotherapie der Auftrag der inhaltlichen Qualitätssicherung, denn dieser Ansatz kann über den Bologna-Prozess nicht gesteuert werden und könnte über die Tendenz zur Akkreditierung von ganzen Hochschulen an Bedeutung verlieren. Um die Bolognaziele der europäischen Mobilität zu erreichen, wäre es wichtig den Inhalt Physiotherapie in den Mittelpunkt einer Studie des europäischen Vergleichs zu rücken. An verschiedenen Stellen dieser Studie wurde deutlich, dass die Physiotherapie der einzelnen Länder, außer in GB, nicht über ein bindendes Curriculum definiert ist. Somit bleibt unklar, welche Kompetenzen durch die Ausgabe der staatliche Anerkennung, Registrierung oder dem Titel „Bachelor“ im Bereich Physiotherapie bescheinigt werden. Um diese Frage zu beantworten, sollten sowohl vorhandene Curricula, aktuelle Ausbildungsinhalte als auch die Erwartungen der ausstellenden Behörden, an die Berufe des Gesundheitswesens Berücksichtigung finden. Es müssen neben der Definition der fachlichen Kompetenzen auch die Maßnahmen gefunden werden, um die definierten Kompetenzen zu evaluieren. Somit wäre der Bereich der Ergebnisqualität, der in dieser Studie als defizitär angesehen wurde, verbessert.

Eine andere Fragestellung ergibt sich aus der aktuellen Entwicklung der Physiotherapie in Österreich und der Weiterentwicklung des dänischen Systems. Wie wird der Schritt von der österreichischen Akademie zur Fachhochschulausbildung aus qualitativer Sicht gesteuert? Welche Veränderungen resultieren aus der Akademisierung der Physiotherapie für den Arbeits- bzw. Gesundheitsmarkt? Die Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Begleitung des österreichischen und dänischen Prozesses könnten für die Akademisierung der deutschen Physiotherapie sehr wichtige Impuls darstellen.

Es lässt sich feststellen, dass diese Studie Transparenz geschaffen hat in Bezug auf die Ausbildungsstrukturen und die Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Ausbildung Physiotherapie. Aber ein großer Baustein, der inhaltliche Vergleich der europäischen Ausbildung Physiotherapie, existiert noch nicht und somit bleibt die Mobilität von Physiotherapeuten vorerst durch formale Hürden der Anerkennung eingeschränkt.

10. Literaturverzeichnis

Arnold, R., Faber, K., Wickenberg, U. (2002): Verfahren und Instrumente einer pragmatischen Qualitätssicherung in der Berufsbildungszusammenarbeit. In: Arnold, R. (Hrsg.) (2002): Qualitätssicherung in der Berufsbildungszusammenarbeit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Arnold, R.; Faber, K. (2000): Qualitätsmanagement – aber wie? Qualitätssysteme und ihre Relevanz für Schule: - Einführung und Überblick - . Leipzig: Jützte Druck.

Bayerisches Staatsministerium für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst (1997): Lehrplan für die Berufsfachschule für Physiotherapie. München: Verlag Alfred Hintermaier.

BEK nr 113, Undervisningsministeriet (2001): Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor (Übersetzt von Luise Ernemann). Kopenhagen: Undervisningsministeriet

BEK nr 236, Undervisningsministeriet (2001): Bekendtgørelse om fysioterapeutuddannelsen (Übersetzt von Luise Ernemann). Kopenhagen: Undervisningsministeriet

Bologna Process Bergen (2005): "The European Higher Education Area - Achieving the Goals" Communiqué of the Conference of European Ministers Responsible for Higher Education, Bergen 19-20 May 2005. http://www.bologna-bergen2005.no/Docs/00-Main_doc/050520_Bergen_Communique.pdf. Zugriff: 06.10.06.

Bologna Process Berlin (2003): "Den Europäischen Hochschulraum verwirklichen" Kommuniqué der Konferenz der europäischen Hochschulministerinnen und -minister am 19. September 2003 in Berlin. www.bologna-berlin2003.de/pdf/communiqué_dt.pdf. Zugriff: 28.07.06.

Brunel University (2006): Physiotherapy BSc. www.brunel.ac.uk/courses/ug/cdata/p/physiotherapybsc/fulldetails. Zugriff: 20.07.06.

CSP (Chartered Society of Physiotherapy) (2005): Educators. www.csp.org.uk/director/groupandnetworks/educators.cfm. Zugriff: 16.05.06.

CSP (2005a): ACE scheme (Accreditation of Clinical Educators). www.csp.org.uk/director/groupandnetworks/clinicaleducators/acescheme.cfm. Zugriff: 09.04.06.

CSP (2003): Clinical Education Placement Guidelines. London. CSP.

CSP (2003a): Entering Physiotherapy Teaching. London. CSP.

CSP (2002): Curriculum Framework for qualifying programmes in physiotherapy. London. CSP.

CSP (2002a): Validation Procedures. London. CSP.

Danish Ministry of Science, Technology and Innovation (2005): Bologna Conference on Qualifications Frameworks. Copenhagen.

Danmarks Evalueringsinstitut (2006). Akkrediteringsrapporter. <http://www.eva.dk/Projekter/Akkrediteringer/Professionsbachelor-uddannelser.aspx>. Zugriff: 08.07.06.

Danmarks Evalueringsinstitut (2005): Summary of criteria for professional bachelor degrees. <http://www.palantir.eva.dk/swwing/servlet/getfile?SHOW=532356>. Zugriff: 22.07.06.

DIN Deutsches Institut für Normierung e.V. (2000): DIN EN ISO 9000: Qualitätsmanagementsysteme Grundlagen und Begriffe. Berlin: Beuth Verlag.

Dittrich, K. (2003): Accreditation in the Netherlands. ENQA-workshop, Rome, 13-15 November 2003. Den Haag: Nederlands-Vlaamse accreditatie organisatie.

Dreyfus, H.; Dreyfus, S. (1991): Intuitiv ekspertise. Munksgaard.

Elzer, M.; Sciborski, C. (2005): Physiotherapiestudium in Deutschland oder der Versuch einen Dschungel zu durchdringen. www.physiotherapie.rehab-online.de/Forum/attachment.php?attachmentid=17. Zugriff: 08.07.06.

ENQA (2003): Quality procedures in European Higher Education - An ENQA survey; ENQA Occasional Papers 5. Helsinki: ENQA

European Region of WCPT (2005): Summary of Physiotherapy Education within the National Educational System. <http://www.physio-europe.org/public/File/3%20-%202005%20Summary%20of%20Physiotherapy%20Education%20within%20the%20National%20Educa.pdf>. Zugriff: 28.07.06.

European Region of WCPT (2004): Education Policy Statement. www.physio-europe.org/index.php?action=29. Zugriff: 22.07.06.

European Region of WCPT (2003): European Physiotherapy Benchmark Statement. www.physio-europe.org/index.php?action=80. Zugriff: 08.07.06.

European Region of WCPT (2003a): European Physiotherapy Service Standards. www.physio-europe.org/index.php?action=83. Zugriff: 08.07.06.

FAP (Finnish Association of Physiotherapy) (1998): Fysioterapeutti-määritelmä (Physiotherapeut/In- Definition, übersetzt von Miriam Schmitt). Helsinki: FAP

FAP (1997): Fysioterapia-määritelmä (Physiotherapie Definition, übersetzt von Miriam Schmitt). Helsinki: FAP.

FINHEEC (Finnish Higher Education Evaluation Council) (2006): Audits of Quality Assurance Systems of Finnish Higher Education Institutions. Tampere: Tammer-Paino Oy

Finlands Fysioterapeutförbund (2003): Suomen Fysioterapeutit. www.fysioterapia.net. Zugriff: 08.07.06.

Fischer-Blum, K.; Wolff, K. D. (2001): Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung im Hochschulbereich. In: Forum Bildung (2001a), Qualitätssicherung im internationalen Wettbewerb. Bonn: Arbeitsstab Forum Bildung.

Forum Bildung (2001): Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung im internationalen Wettbewerb. Bonn: Arbeitsstab Forum Bildung.

Forum Bildung (2001a): Qualitätssicherung im internationalen Wettbewerb. Bonn: Arbeitsstab Forum Bildung.

Frederiks, M. (2001): Qualitätssicherung in Großbritannien, Beiträge zur Hochschulpolitik. Bonn: HRK

Goldbach-Olsen, M. (2004): Physiotherapie. www.phyio.dk-sw11145.asp. Zugriff: 28.07.06.

Gonom, P.; Hügli, E.; Landwehr, N.; Ricka, R.; Steiner, P. (1999): Qualitätssysteme auf dem Prüfstand. Aarau: Sauerländer.

Greenwood, M.S., Gaunt, H. J. (1994): Total Quality Management for Schools. London: Cassell.

Grosch, G. (1996): Kurze Geschichte der Physiotherapie. In: Hüter-Becker, A., Schewe, H., Heipertz, W. (Hrsg.): Physiotherapie Taschenlehrbuch in 14 Bänden, Band 3 (S. 231ff.). Stuttgart: Thieme Verlag.

Helsinki Politechnic Stadia (2005): ECTS Information Package 2005-2006; Study guide for international students. Helsinki: Frenckellin Kirjapaino Oy.

Helsinki Politechnic Stadia (2005a): Physiotherapy Syllabus. www.opinto-opas.stadia.fi/ops.php?lang=en&c=73&clang=fi&ls=1. Zugriff: 01.05.06.

Hogeschool Utrecht (2005): Bestelformulier. http://www.hu.nl/Zwevend/Zwevendvakgebieden/Meer+over+Bewegingsstudies/Bestelformulier.htm?wbc_purpose=Basic&WBCMODE=PresentationUnpublished. Zugriff: 01.08.06.

Hogeschool Utrecht (2005a): Institut voor Bewegingsstudies Fysiotherapie Studie Gids 2005/2006. Utrecht: Hogeschool Utrecht.

Hogeschool van Amsterdam (2006): Opleiding Fysiotherapie. www.fysio.hva.nl/onderw.htm. Zugriff: 02.08.06.

Hogeschool van Amsterdam (2003): European School of Physiotherapy 2004-2005. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam.

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (2003): Physiotherapie 2004-2005. Nijmegen: Efficient Nijmegen.

Hogeschool Zuyd (2005): Fysiotherapie Herleen 2006-2007. Herleen: Hogeschool Zuyd.

HPC (The Health Professional Council) (2004): Checklist for UK applicants. www.hpc-uk.org/assets/documents/100008ADHPC_UK_application_pack.pdf. Zugriff: 01.08.06.

HRK (Hochschulrektorenkonferenz) (2003): Wegweiser 2003 Qualitätssicherung an Hochschulen. Bonn: HRK.

HRK (2001): Zukunftsaufgabe Qualitätsentwicklung - 3 Jahre Projekt Q -. Bonn: HRK.

HRK (2000): Wegweiser 2000 durch die Qualitätssicherung in Lehre und Studium. Bonn: HRK.

<http://palantir.eva.dk/swwing/app/cm/Browse.jsp?PAGE=21078> (2006): Kopenhagen.

http://195.185.214.165/europa_kommt/countries/NL/bildung/content.html (2004): Bildungssystem Niederlande

Igelsböck, E. (2006): Qualitätskriterien in der Physiotherapie. www.physioaustria.at/s.php?op=viewarticle&artid=775. Zugriff: 23.07.06.

ISQ (2006): Übersicht über zertifizierte Schulen. www.isq-physio.de/2schulen/htm. Zugriff: 08.07.06.

ISQ (2006a): Auditverfahren. www.isq-physio.de/verfahren. Zugriff: 08.07.06.

ISQ (2005): Checkliste und Legende des ISQ Stand: März 2005. www.isq-physio.de/ISQ_Legende_Checkliste_Mar_2005.pdf. Zugriff: 08.07.06.

ISQ (2004): Satzung des Interessenverbandes zur Sicherung der Qualität der Ausbildung an den deutschen Schulen für Physiotherapie - Qualitätssicherungsverband e.V. (ISQ-Physiotherapie). Düsseldorf: ISQ.

Johannes Kepler Universität Linz (2001): Satzung des Universitätslehrganges für lehrendes Personal im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten. Mitteilungsblatt 16.Stück, Beilage 2.

Jyväskylä Polytechnic (2005): Course schedule 2005-2006. http://soop.as.jypoly.fi/pls/ooo/jksotukset_asiosta.main. Zugriff: 17.05.06.

Keele University (2006): Undergraduate study guide: Physiotherapy studies.
www.keele.ac.uk/undergraduate/prospectus/2007/courses/shphysio.htm.
Zugriff: 20.07.06.

Kempfert, G.; Rolff, H.-G. (2000): Pädagogische Qualitätsentwicklung. Weinheim: Beltz Verlag

Klerk de, R.; Visser, K.; van Welie, L. (2001): Quality assessment and educational policy at the Universiteit van Amsterdam the Netherlands.
www.oecd.org/dataoecd/49/19/1871470.pdf. Zugriff: 28.07.06.

Kohler, J. (2004): Quality Culture als Leitaufgabe. In: Hochschulrektorenkonferenz Beiträge zur Hochschulpolitik 9/2004, Evaluation - ein Bestandteil des Qualitätsmanagements an Hochschulen (S. 57-77). Bonn: HRK.

KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie)(2005): Het beroepsprofiel van de fysiotherapeut 2005.
www.kngf.nl/beroepsprofiel_algemein_fysiotherapeut_2005_280206.pdf.
Zugriff: 28.07.06.

KNGF (1998): Doen en laten - Domein en taken van de fysiotherapeut (Übersetzung von Autorin). Amersfoort/Niederlande.

Kultusministerium Niedersachsen (1996): Mindestanforderungen an Lehranstalten für nichtärztliche Heilberufe. Nds. MBI. Nr.14/1996.

Lahti Polytechnic, Faculty of Social and Health Care (2005): Study guide 2005-2006, Degree programme in Physiotherapy.
www.lamk.fi/engl/stl/education/edu_physiotherapy.html. Zugriff: 17.05.06.

Laurea Polytechnic (2005): Degree Programmes Physiotherapy.
www.laurea.fi/net/en/01_degree_Programmes/05_Healthcare_and_social_services/01_Physiotherapy/index.jsp. Zugriff: 01.05.06.

LBK nr 631, Undervisningsministeriet (1991): Bekendtgørelse af lov om terapiassistenter (Übersetzt von Luise Ernemann). Kopenhagen: Undervisningsministeriet.

Leeds Metropolitan University (2005): BSc (Hons) Physiotherapy – Fulltime.
http://prospectus.leedsmet.ac.uk/main/detail.htm?&p=32&course_id=2641&attendance. Zugriff: 20.07.06.

Liuhanen, A.-M.; Sippola, P.; Karjalainen, A. (2001): The impact of evaluations for improving university teaching.
www.oecd.org/dataoecd/48/55/1871258.pdf. Zugriff: 28.07.06.

Marx, K.; Scheepers, D.; Staes, F.; Stappaerts, K. (1996): Basic Physiotherapy Education - Report of physiotherapy education in European institutes. Leuven: ENPHE.

Meyers Lexikonredaktion (1990): Meyers Großes Taschenlexikon in 24 Bänden. Mannheim: B.I.-Taschenbuchverlag

Mikkeli Polytechnic (2005): Degree Programme in Physiotherapy. www.mikkeliyamk.fi/index.asp. Zugriff: 29.07.06.

Ministry of Education, Culture and Science (NL) (2006): Wet of het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW). Den Haag: Ministry of Education, Culture and Science (NL).

Ministry of Education Finland (1999): Admission polytechnics. www.minedu.fi/julkaisut/Hep2001/Edusys/8Students/index.html. Zugriff: 16.10.05.

Ministry of Education Finland (1999a): Education: Polytechnics. www.minedu.fi/minedu/education/polytechnic.html. Zugriff: 16.10.05.

Ministry of Health, Welfare and Sport (NL) (2004): The BIG Act & The BIG Register. www.bigregister.nl/pdf/BIG-register=engl=def.pdf. Zugriff: 01.08.06.

Ministry of Health, Welfare and Sport (NL) (2001): The Individual health care professions act. Den Haag: Ministry of Health, Welfare and Sport.

MPhG (1994): Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPhG) vom 24.5.1994. In: BGBl. I. S. 1084.

MTD-AV (1993): Verordnung des Bundesministers für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz betreffend die Ausbildung in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten. In: BGBl. Nr.678/1993.

MTD-Gesetz (2005): Änderung des MTD-Gesetzes und des Hebammengesetzes. In: BGBl. Nr.70/2005.

MTD-Gesetz (1996): Änderung des Bundesgesetzes über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz) vom 9.7.1996. In: BGBl. Nr.327/1996.

MTD-Gesetz (1993): Änderung des Bundesgesetzes über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz). In: BGBl. Nr.257/1993.

MTD-Gesetz (1992): Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz) vom 31.07.1992. In: BGBl. Nr.460/1992.

OECD (2003): Education Policy Analysis; dt. Fassung: Bildungspolitische Analyse: Bundesministerium für Bildung und Forschung. Paris: OECD.

ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) (2004): Curricula MTD Physiotherapeutischer Dienst Endbericht. Wien: ÖBIG.

Oulo Polytechnic (2005): Degree Programme in Physiotherapy.
www.oamk.fi/english/ects2005-2006/curricula/ops_uusi.php?code=5031.
Zugriff: 01.05.06.

Physio Austria (Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs) (2004): Berufsprofil der/des Diplomierten Physiotherapeuten/Physiotherapeuten. In: Fachzeitschrift Physiotherapie Ausgabe Nr. 1a/04. Wien: ReHaDruck.

PhysTh-AprV (1994): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTH-APrV) vom 6.12.1994. In: BGBl. I. S. 3786.

Pietsch-Breitfeld, B. (1998): Qualitätsmanagement in Gesundheitsorganisationen: Konzept, Evaluation und Konzept der Evaluation. Heidelberg: Dissertation.

Pirkanmaan Polytechnic (2005): Degree Programme in Physiotherapy.
www.piramk.fi/web/ects/ectsguide.nsf/KohjByKey/DegreeProgrammeinPhysiotherapy?OpenDocument. Zugriff: 02.05.06.

Pirkanmaan Polytechnic (2004): Degree regulations.
www.piramk.fi/web/ects/ectsguide.nsf/90d98d58ceb5a240c22571250030f614/1b9b8e86e8f7212bc22571250031abc8?OpenDocument. Zugriff: 28.07.06.

Polytechnic Esbjerg (2004): Curriculum for the course in physiotherapy in Esbjerg SO1. Esbjerg: Polytechnic.

Posch, P.; Altrichter, H. (1997): Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätsevaluation und Qualitätsentwicklung im Schulwesen. Innsbruck: StudienVerlag.

Psychrembel, W. (1986): Klinisches Wörterbuch. Berlin: deGruyter

QAA (Quality Assurance Agency for Higher Education) (2003): Handbook für major Review of Health Profession Programmes (pdf).
www.qaa.ac.uk/health/majorreview/handbook/health_handbook.pdf. Zugriff: 22.07.06.

QAA (2001): Code of practice - Section 9: Placement learning. Gloucester: QAA.

QAA (2001a): National Qualification Framework. Gloucester: QAA.

QAA (2001b): Subject benchmark statements: Health care programs, Physiotherapy. Gloucester: QAA.

Raps, W., Melzer, W. (2003): Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung Kommentar. Remagen: Reha-Verlag GmbH.

Regierungspräsidium Darmstadt (1999): Staatliche Anerkennung von Lehranstalten für die Fachberufe des Gesundheitswesens. Darmstadt: Regierungspräsidium Darmstadt.

Richter, R. (2002): Qualitätsevaluation und Landesplanung im Hochschulwesen der Niederlande (pdf). www.wss.nrw.de. Zugriff: 23.07.06.

Richter, R. (2002a): Qualitätssicherung und Hochschulfinanzierung in Großbritannien (pdf). www.wss.nrw.de. Zugriff: 23.07.06.

Richter, R. (2000): Qualitätssicherung an niederländischen Hochschulen: Evaluation, Validierung, Akkreditierung (pdf). www.wss.nrw.de. Zugriff: 23.07.06.

Rovaniemi Polytechnic (2005): Physiotherapy Programme 210cr. www.ramk.fi/?deptid=11718. Zugriff: 02.05.06.

Satakunta Polytechnic, Social Services and Health Care (2002): Qualifications of the physiotherapy profession; Principles for bachelor of physiotherapy education in Finland 2001. Pori: Satakunta Polytechnic.

Schratz, M.; Iby, M.; Radnitzky, E. (2000): Qualitätsentwicklung. Weinheim: Belz Verlag.

Schubert, H.-J., Zink, K.J. (Hrsg.) (2001): Eine Einführung in das Werk: Zur Qualität sozialer Dienstleistungen. In: Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen. Neuwied: Luchterhand Verlag GmbH.

South Carelia Polytechnic (2005): Degree programme in Physiotherapy. www.scp.fi/en/Programmes. Zugriff: 01.05.06.

Stahl, T., Severing, E. (2002): Qualitätssicherung in der beruflichen Bildung - Europäische Konzepte und Erfahrungen. In: Arnold, R. (Hrsg.) (2002) Qualitätssicherung in der Berufsbildungszusammenarbeit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

The British Council (2002): Education UK Information sheet: Physiotherapy. Dublin: The British Council.

The Danish Bologna follow up group (2003): Towards a Danish "Qualifications Framework" for higher education (pdf). [www.ciriusonline.dk/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=Files%2FFiler%2Fbologna%](http://www.ciriusonline.dk/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=Files%2FFiler%2Fbologna%2F). Zugriff: 08.07.06.

University of Birmingham (2006): Physiotherapy BSc - Undergraduate Prospectus. www.bham.ac.uk/course_details.asp?section=00010002&id=128. Zugriff: 19.07.06.

University of Bradford (2006): Physiotherapy Making Knowledge Work. Bradford: Marketing and Corporate Communications, University Bradford.

University of Herfordshire (2006): Physiotherapy (BSc).
<http://perseus.herts.ac.uk/courses/ppr/phys.cfm>. Zugriff: 20.07.06.

University of the West of England (2006): BSc (Hons) Physiotherapy Programme Information.
<http://info.uwe.ac.uk/courses/viewCourse.asp?URN=11958&stream>. Zugriff: 06.08.06.

Wunder, H. (1995): ISO 9000 - Entwicklung des Qualitätsmanagements und Vorteile ganzheitlichen Qualitätsmanagements. In: Feuchthofen, J. E., Severing, E. (Hrsg.), Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Weiterbildung (S. 127-137). Neuwied: Luchterhand Verlag GmbH.

www.agmtg.de (2006): Homepage der AGMTG.

www.csp.org.uk (2006): Homepage der Chartered Society of Physiotherapy.

www.fontys.nl/paramedisch/doelstelling.en.leden.37770.htm (2006): SROF.

www.fysio.dk/sw701.asp (2005): Homepage des dänischen Physiotherapeutenverbandes.

www.hbo_raad.nl (2006): Homepage des HBO-RAAD.

www.hbo_raad.nl/upload/bestand/beschrijving_nederlands_onderwijs.pdf (2006): The Education System in the Netherlands.

www.hotcourse.com/postgraduate_courses (2006): Universitätslehrgänge in Großbritannien.

www.minocw.nl (2006): Homepage der Ministerie von Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW).

www.qaa.ac.uk/aboutus (2006): Homepage der Quality Assurance Agency for Higher Education (QAA).

www.statistikportal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtab1.asp (2005): Gebiet und Bevölkerung - Fläche und Bevölkerung

ZVK (Deutscher Verband für Physiotherapie e.V.) (2006): ZVK-Curriculum zur Ausbildung von Physiotherapeuten (CD-Rom). Köln: ZVK

ZVK (2004): Schulen für Physiotherapie, Mitteilungsblatt des Zentralverbandes. Köln: ZVK.

11. Anlagen

- Anlage 1 Gründe für Qualitätsmanagement
- Anlage 2 Ländervergleich der Berufsprofile Physiotherapie
- Anlage 3 Ländervergleich der Ausbildung Physiotherapie
- Anlage 4 Interviewleitfaden
- Anlage 5 Ankündigungsschreiben für Fragebogenerhebung
- Anlage 6 Anschreiben für Fragebogenerhebung
- Anlage 7 Fragebogen
- Anlage 8 Dankes-Brief für die Teilnahme an der Fragebogenerhebung

Anlage 1: Gründe für Qualitätsmanagement

Gründe für Qualitätsmanagement in der beruflichen Bildung	Literaturhinweise zu Vertiefung
Auseinandersetzung mit externen Qualitätsansprüchen	HRK (2001, S. 24); Posch, Altrichter (1997, S. 24f);
Demographische Veränderung	Forum Bildung (2001a, S.5)
Dezentralisierung (QM als Mittel hierarchischer Machtausübung)	Forum Bildung (2001, S. 9) Posch, Altrichter (1997, S. 3f; 27f); Stahl, Severing (2002, S. 37f);
Effizienz der eingesetzten Mittel, Verknappung von (öffentlichen) Mitteln	Forum Bildung (2001a, S.5); Posch, Altrichter (1997, S. 3f); Stahl, Severing (2002, S.33); Schubert, Zink (2001)
Kundenorientierung im Bildungswesen	Stahl, Severing (2002, S.47);
Public Relation, Wettbewerbsposition am Markt	HRK (2001, S. 24, 26); Posch, Altrichter (1997, S. 27f); Stahl, Severing (2002, S.41);
Sicherung von Standards und Vergleichbarkeit	Kempfert, Rolff (2000, S. 16)
Steuerung von Entwicklungsprozessen	Posch, Altrichter (1997, S. 27f);
Transparenz der Bildungsprodukte	Stahl, Severing (2002, S.42);
Voraussetzung für wissenschaftliche und wirtschaftliche Innovationen	Forum Bildung (2001a, S.6) Kempfert, Rolff (2000, S. 16)
Zufriedenheit von Lernenden und Lehrenden	Forum Bildung (2001, S.2)

Anlage 2: Ländervergleich der Berufsprofile Physiotherapie

Land	Quelle	Ziel der Physiotherapie	Art der physiotherapeutischen Anwendung	Tätigkeitsbereiche
Europa WCPT	European Region of WCPT 2003 Appendix 2 p. 33ff	2.1.....Promoting the health and well being of the individual and the general public/society. Preventing impairments, functional limitations and disabilities in individuals at risk of altered movement behaviours due to health or medically related factors, socioeconomic stressors and lifestyle factors. Providing interventions to restore integrity of body systems essential to movement, maximise function and recuperation, minimise incapacity, and enhance the quality of life in individuals and groups of individuals with altered movement behaviours resulting from impairments, functional limitations, disabilities. (p.36)	1.2 The nature of the physical therapy process Physical therapy is the service only provided by, or under the direction and supervision of a physical therapist and includes assessment, diagnosis, planning intervention and evaluation. Assessment includes both the examination of individuals or groups with actual or potential impairments, functional limitations, disabilities or other conditions of health by history taking, screening and the use of specific tests and measures and evaluation of the results of the examination through analysis and synthesis within a process of clinical reasoning. Diagnosis arises from the examination and evaluation and represents the outcome of the process of clinical reasoning. This may be expressed in terms of movement dysfunction or may encompass categories of impairments, functional limitations, abilities/disabilities or syndromes. Planning begins with determination of the need for intervention and normally leads to the development of a plan of intervention, including measurable outcome goals negotiated in collaboration with the patient/client, family or care giver. Alternatively it may lead to referral to another agency in cases which are inappropriate for physical therapy. Intervention is implemented and modified in	2.1 The scope of physical therapy services Physical therapy is an essential part of the health services delivery system. Physical therapists practice independently of other health care providers and also within interdisciplinary rehabilitation/habilitation programs for the restoration of optimal function and quality of life in individuals with loss and disorders of movement. Physical therapists are guided by their own code of ethical principles..... 2.2 Settings in which physical therapy is practisedTreatment and Rehabilitation usually occur in community and acute care settings which may include but are not confined to the following: Hospices, hospitals, nursing homes, rehabilitation centres/residential homes, physical therapist private office/practice /clinic, outpatient clinics, community settings: primary health care centres, individual homes; field settings, education and research centres. Prevention and health promotion are more likely to occur in the following settings although they often form an integral part of treatment and rehabilitation offered within other care settings: fitness centres/health clubs/spas, occupational health centres, schools, senior citizen centres, sport centres, workplace/companies, public settings (i.e. shopping malls) for health promotion.(p.35/36)

Land	Quelle	Ziel der Physiotherapie	Art der physiotherapeutischen Anwendung	Tätigkeitsbereiche
Europa WCPT Fortsetzung	European Region of WCPT 2003 Appendix 2 p. 33ff		order to reach agreed goals and may include manual handling; movement enhancement; physical, electrotherapeutic and mechanical agents; functional training; provision of aids and appliances; patient related instruction and counselling; documentation and co-ordination, and communication. Intervention may also be aimed at prevention of impairments, functional limitations, disability and injury including the promotion and maintenance of health, quality of life, and fitness in all ages and populations. Evaluation necessitates re-examination for the purpose of evaluating outcomes. (p.35)	
DK	Gesetz: Bekendtgørelse om fysioterapeutuddannelsen §1 (BEK nr 263)	Optimale Bewegungs- und Funktionsfähigkeiten bei Personen entwickeln, wiederherstellen und Stärken erhalten, um Funktionsverlust und Einschränkungen vorzubeugen, mit dem Ziel die Gesundheit und die Lebensqualität zu fördern.		Gesundheitsförderung; Krankheitsprävention, -behandlung; Rehabilitation
DK	Verband Homepage (www.fysio.dk/sw11145 am 06.05.05)	Zur Verhütung, Behandlung und Rehabilitierung von Störungen des Bewegungsapparates wird Physiotherapie eingesetzt.Bei Erkrankungen der Psyche kann man auch von der Physiotherapie profitieren. Einer der Ecksteine der Physiotherapie ist die Einheit des	Beispiele der physiotherapeutischen Methoden: Koordinationstraining, Fitness- und Ausdauertraining, Streckübungen, Muskeltraining, Massage, Gelenkübungen, verschiedene Art von Elektrotherapien, Ergonomieberatung, Body-Awareness Training, Atemgymnastik, Beratung bei Bedarf an und Verwendung von Hilfsmitteln sowie spezifische Konsultationen.	Physiotherapie wird in allen dänischen Krankenhäusern praktiziert sowohl in Physiotherapieabteilungen als auch in anderen Stationen. Auf regionaler Ebene findet die physiotherapeutische Behandlung auch in Kindergärten, Pflegeheimen und Heimen für Behinderte statt. Bei Sonderbedarf besteht die Möglichkeit zu Hause behandelt zu werden. Physiotherapiekliniken bieten Behandlungen, prophylaktisches Training und Rehabilitation als ambulante Versorgung
DK				

Land	Quelle	Ziel der Physiotherapie	Art der physiotherapeutischen Anwendung	Tätigkeitsbereiche
Fortsetzung	Verband Homepage (www.fysio.dk/sw11145) am 06.05.05)	Körpers und der Seele. Die Physiotherapie kann somit das Selbstverständnis, die intellektuellen und emotionalen Aspekte beeinflussen.		bei ärztlicher Überweisung an.
D	MPhG §8 (1994)	Hilfen zur Entwicklung, zum Erhalt, zur Wiederherstellung aller Funktionen im somatischen und psychischen Bereich; Schulung von Ersatzfunktionen.	Geeignete Verfahren der Physiotherapie	Prävention, kurative Medizin, Rehabilitation, Kurwesen
D	ZVK, 2004 Def. PTSteigerung der Belastbarkeit im Verlauf des Heilungsprozesses.....; Wiederherstellung der normalen Körperfunktion; ...Anregung oder gezielte Behandlung gestörter physiologischer Funktionen mit physikalischen, naturgegebenen Reizen.	Physiotherapeutische Verfahren z.B. Bewegungstherapie in allen Ausprägungen und physikalische Therapie z.B. Massagetherapie, Thermotherapie, Elektro-, Licht-, Strahlentherapie und Inhalationstherapie.vielfältige Bereiche von Prävention, Therapie und Rehabilitation sowohl in der ambulanten Versorgung als auch in teilstationären und stationären Einrichtungen.
A	MTD §2 (1992)		Mechanotherapeutische Maßnahmen, Bewegungstherapie, Perzeption, manuelle Therapie der Gelenke, Atemtherapie, alle Arten von Heilmassagen, Reflexzonen-therapie, Lymphdrainagen, Ultraschalltherapie, alle elektro-, thermo-, photo-, hydro- und balneotherapeutischen Maßnahmen und berufsspezifische Behandlungsverfahren, Beratung und Erziehung von Gesunden.	Intra- und Extramuraler Bereich, Gesundheitserziehung, Prophylaxen, Therapie und Rehabilitation.

Land	Quelle	Ziel der Physiotherapie	Art der physiotherapeutischen Anwendung	Tätigkeitsbereiche
A	Physio Austria (2004)	<p>Professionelle, personenzentrierte Auseinandersetzung mit dem Bewegungssystem des Menschen auf Basis wissenschaftlich fundierter Erkenntnisse. (S.14) Vorrangiges Ziel ist es dabei, den Patienten eine optimale individuelle Bewegungs- und Schmerzfreiheit bzw. Selbständigkeit zu ermöglichen, orientiert nach Erreichung und Erhaltung der Partizipation des Patienten. (S. 13).</p>	<p>Der physiotherapeutische Prozess (S. 27ff) Aufgaben (S. 31ff) Anhang B „Klassische/konventionelle“ PT-Konzepte (S.53)</p>	<p>Impliziter Bestandteil der heutigen Medizin und kommt im präventiven, kurativen und rehabilitativen Bereich zum Einsatz. (S. 14)</p> <p>Tätigkeitsfelder (S .23ff)</p>
FI	Fysiotherapeutförbund (FAP 1997/1998)	<p>Die Ziele der Physiotherapie bilden sich aus dem Bedürfnis des Individuums, sich in seinem Lebensraum zu bewegen und zu funktionieren und die Anforderungen des täglichen Lebens zu meistern. Die zentrale Aufgabe der Physiotherapie ist, dafür zu sorgen, dass die Bevölkerung möglichst lange funktions- und arbeitsfähig bleibt.</p>	<p>Mit Hilfe von Beratung und Anleitung, therapeutischen Übungen und manuellen und physikalischen Therapien wird der Kunde unterstützt und darauf trainiert, für ihn die optimale Bewegungs- und Funktionsfähigkeit zu erreichen, die Kraftreserven für die Gesundheit und das Wohlbefinden sind (1997).</p>	<p>Der PT arbeitet als Angestellter oder als Selbständiger in verschiedenen Bereichen des Rehabilitationssystems, u. a. in Krankenhäusern oder Gesundheitszentren, Untersuchungs- und Pflegeeinrichtungen, Reha- und Kureinrichtungen, Prävention am Arbeitsplatz, Volksgesundheits-, Sport- und Behindertenorganisationen, auf dem Gebiet der Sozialarbeit in Alten- und Tagesheimen oder Schul- und Sportbereich. (1998).</p>
GB	CSP (2002 p. 18)	<p>Physiotherapy is a health care profession concerned with human function and movement and maximising potential. It uses physical approaches to promote, maintain, and restore physical, psycho-</p>	<p>Physiotherapists use manual therapy, therapeutic exercise and the application of electro-physical modalities. Through problem-solving, clinical reasoning, goal setting, evaluation and review, they apply these approaches in response to individual need, working with patients/clients</p>	<p>.....They (Physiotherapists) treat a wide range of physical conditions (particularly those associated with the neuromuscular, musculoskeletal, cardiovascular and respiratory systems), across the life span (from neonate to old age) and those presenting with varying health status (both relating to physical and mental health). Physiotherapists play a broad</p>

Land	Quelle	Ziel der Physiotherapie	Art der physiotherapeutischen Anwendung	Tätigkeitsbereiche
GB Fortsetzung	CSP (2002 p. 18)	logical and social well-being, taking account of variations in health status. It is science based, committed to extending, applying, evaluating and reviewing the evidence that underpins and informs its practice and delivery. The exercise of clinical judgement and informed interpretation is at its core.	and their carers. Physiotherapists' assessment and evaluation of need – and potential need – includes the consideration of psychological, cultural, social and environmental factors and the impact these have on individuals' functional ability and the needs of their carers.	role in health promotion, health education and self care. This can extend to advising and teaching patients' and clients' carers, other health care professionals and support workers in order to provide a coherent approach to maximising individuals' independence and well-being.

Land	Quelle	Ziel der Physiotherapie	Art der physiotherapeutischen Anwendung	Tätigkeitsbereiche
NL	KNGF (2005)	<p>Hieruit volgen de volgende specifieke doelstellingen van de fysiotherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • creëert mogelijkheden tot het ver eteren of het instandhouden van het participatieniveau van de patiënt • voorkomt hulpvragen gezondheidspro lemen en herhaling van gezondheidspro lemen op het gebied van het ewegen • heft gezondheidspro lemen op (enoemd in functies activiteiten en participatie) vermindert deze of helpt deze te compenseren • iedt egeleiding en ondersteuning gedurende het lijden van de patiënt • invloedt attitude gedrag en leefstijl van de hulpvrager voor zover ze een relatie he en met de hulpvraag en/of het gezondheidspro leem • invloedt de woon- en werkomstandigheden voor zover deze een relatie he en met de hulpvraag en/of het gezondheidspro leem (1.3). 	<p>In het fysiotherapeutisch methodisch handelen worden de volgende fasen onderscheiden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 aanmelding oriëntatie op de hulpvraag screening en informatie aan de patiënt 2 anamnesegegesprek 3 fysiotherapeutisch onderzoek 4 formulering van de fysiotherapeutische diagnose en indicatiestelling 5 behandelplan. 6 uitvoering van de behandeling 7 evaluatie 8 afsluiting <p>Deze fasen he en een cyclisch karakter. Tussen de verschillende fasen vindt een terugkoppeling plaats die ge aseerd is op eslismomenten: na elke fase esluit de fysiotherapeut of hij doorgaat naar de volgende fase of dat hij terug moet naar een eerdere fase. Met de feitelijke ehandeling gaat de fysiotherapeut van start nadat hij een ehandelplan heeft opgesteld. Na evaluatie van de ehandeling esluit hij aan de hand van het ehaalde resultaat of de ehandelperiode kan worden afgesloten. (3.2.1).</p> <p>In het onderzoek en in de ehandeling past de fysiotherapeut diverse verrichtingen toe. De keuze die hij maakt aseert hij op wetenschappelijke inzichten ervaringskennis en in de beroepsgroep ingevoerde richtlijnen en protocollen. Het geheel van diagnostische en therapeutische</p>	<p>Fysiotherapeuten zijn werkzaam in zowel de extramurale (eerstelijns) als de intramurale gezondheidszorg. In de extramurale (eerstelijns) zorg werken fysiotherapeuten als solist in een maatschap of in loondienst. In de intramurale zorg werken fysiotherapeuten voornamelijk in ziekenhuizen revalidatiecentra en verpleeghuizen. Ook werken er fysiotherapeuten in het edrijfsleven het onderwijs het wetenschappelijk onderzoek de psychiatrie en de zwakzinnigenzorg. Van de ruim achttien duizend werkzame fysiotherapeuten in Nederland werken ongeveer dertienduizend extramuraal en vijfduizend intramuraal. Ze werken multiprofessioneel en onderling samen in transmurale ketens en netwerken.</p> <p>Fysiotherapeutische zorgverlening wordt gerekend tot de curatieve somatische zorg. Ook op andere terreinen ontplooiën fysiotherapeuten activiteiten. Aandacht voor preventie in de zorg ijvoor eeld heeft de afgelopen jaren een grotere plaats ingenomen in het elang van gezond en verantwoord ewegen. Er vinden verschillende ontwikkelingen en veranderingen in de zorg plaats. Zo is de fysiotherapeut met ingang van 1 januari 2006 direct toegankelijk; er is dan geen verwijzing meer nodig. Directe toegankelijkheid past innen de opvattingen over taakherschikking en een efficiënte organisatie van de gezondheidszorg. (1.1).</p>

Land	Quelle	Ziel der Physiotherapie	Art der physiotherapeutischen Anwendung	Tätigkeitsbereiche
NL Fortsetzung	KNGF (2005)	<p>Het hulpverleningsproces van de fysiotherapeut is onder meer gericht op het menselijk (afwijkend) ewegen en eoogt de kwaliteit van leven te vergroten dan wel te ehouden door functies activiteiten en participatie te evorderen en door invloed uit te oefenen op persoonlijke factoren en omgevingsfactoren. Daartoe werkt de fysiotherapeut samen met de patiënt aan het herstel van en leren omgaan met zijn gezondheid in dagelijkse situaties. De fysiotherapeutische hulpverlening houdt zich daarbij bezig met de functionele aspecten van gezondheid wat doorgaans vraagt om in edding in multiprofessionel e zorg.</p> <p>Bewegingsproblemen met rug nek schouder en knie vormen het merendeel van alle verwijzingen in de eerste lijn. (2.3).</p>	<p>verrichtingen is eschreven in de Classificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen (CVPB). Voor de fysiotherapie gaat het vooral om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • evragen (anamnese) • testen meten en analyseren • egeleiden en informeren • sturen en oefenen • fysische therapie i.e.z. • manuele verrichtingen (3.3). 	

Land	Quelle	Ziel der Physiotherapie	Art der physiotherapeutischen Anwendung	Tätigkeitsbereiche
NL	KNGF (1998)	<p>Die Ausgangspunkte für Physiotherapie kommen in der folgenden konkreten Zielstellung zum Ausdruck:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbessern oder zumindest Erhalten der Bewegungsfunktion des Patienten. - Vorbeugen von Fragen nach med. Hilfe, von Beschwerden und dem sich Wiederholen von Beschwerden. - Abhelfen, Vermindern und Kompensieren von Beschwerden. - Angebot von Begleitung und Unterstützung in dem Leiden des Patienten. - Beeinflussen von Einstellung, Verhalten und dem Lebensstil von den Hilfesuchenden, soweit relevant für die Beschwerden des Hilfesuchenden. - Beeinflussen von Wohn- und Arbeitsumständen, insoweit dies die Beschwerden des Hilfesuchenden beeinflusst. 	<p>Arbeitsweise: Der professionelle Physiotherapeut arbeitet auf eine systematische und zielgerichtete Art und Weise. Im Zentrum des Arbeitens steht das methodische, physiotherapeutische Handeln. Dies hat fünf Kennzeichen: es ist zielgerichtet, es hat einen zyklischen Charakter, es verläuft professionell, es ist ein kognitiver Prozess und es strebt nach Effizienz.</p> <p>Beim methodischen Handeln sind sieben Phasen zu unterscheiden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der Arzt überweist, und der Patient meldet sich an. 2. Der Physiotherapeut nimmt die Anamnese auf und macht die physiotherapeutische Untersuchung. 3. Der Physiotherapeut analysiert das Problem und formuliert die physiotherapeutische Diagnose. 4. Der Physiotherapeut stellt einen Behandlungsplan auf. 5. Der Physiotherapeut behandelt. 6. Der Physiotherapeut evaluiert die Ergebnisse. 7. Der Physiotherapeut schließt die Behandlungseinheit ab. <p>Die tägliche Behandlung des Patienten kann aus Begleitung, Steuerung, Üben, physischer Therapie im engeren Sinne und manuellen Tätigkeiten bestehen. Diese neue Einteilung ersetzt die klassische Einteilung, die aus Massage, Übungstherapie und physikalischer Therapie bestand. Der Physiotherapeut arbeitet auf wissenschaftlicher Grundlage: Er ist im</p>	<p>Extramural (freiberuflich oder als Angestellte), in privaten Praxen, Gesundheitszentren oder in der Betriebsphysiotherapie.</p> <p>Intramural zum Beispiel im Krankenhaus, in Rehabilitationszentren, Pflegeheimen und in der geistigen Gesundheitspflege.</p>

Land	Quelle	Ziel der Physiotherapie	Art der physiotherapeutischen Anwendung	Tätigkeitsbereiche
NL Fortsetzung	KNGF (1998)		Stande, wissenschaftliche Erkenntnisse in die klinische Praxis zu integrieren. Als Meister seines Faches kann er die Wahl seines Behandlungsplanes verantworten.	

Anlage 3: Ländervergleich der Ausbildung Physiotherapie

Land	Rechtliche Grundlagen		Institutionalisierung			Curriculum Teil 1		
	Aufsichtführende Institution	Gesetze	Bildungseinrichtung	Berufsbezeichnung Titel/ Grad	Dauer in Jahren	ECTS-Credits o. Kontaktstunden	Umfang Theorie/ Praktika	Curriculum
DK	Sundhedsministeriet (Bundesministerium für Gesundheit) Undervisningsministeriet (Ministerium für Bildung und Wissenschaft)	BEKe om fysioterapeutuddannelsen, BEK nr 236; BEK af lov om terapiasistent er, LBK nr 631, BEK om uddannelsen til professionsbachelor, BEK nr 113	Higher Education/ Polytechnic	Bachelor Degree in Physiotherapy (B.PT)	3,5	210 ECTS (1 Credit =26-27St.)	168 / 42 ECTS	Kein allgemeines Curriculum. Rahmenbedingungen durch Gesetze, Einzelheiten in Studienführern einzelner FHs
D	Länderministerien Ministerium für Gesundheit und Soziales oder Kultusministerium	Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPhG 1994; Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten, PhysTh-AprV, 1994	Secondary Education/ Staatlich anerkannte Schule	Physiotherapeutin / Physiotherapeut	3	4500 Kontaktstunden	2900 / 1600 Kontaktstunden	Anlage 1 des PhysTh-APrV, 1994: alle Fächer mit grober Inhaltsangabe und Mindeststundenzahlen. Curriculum vom ZVK (2006) ohne bindenden Charakter. Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (1997) hat ein eigenes Curriculum für Bayern, welches für Bayern bindend ist.
A	Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz; Landeshauptmänner	Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen MTD (MTD-Gesetz, 1992); MTD-Ausbildungsverordnung (MTD-AV, 1993, Anlage 1)	Higher Education/ Medizinisch-technische Akademie	Physiotherapeutin; Physiotherapeut	3	4525 Kontaktstunden	2525 / 2000 Kontaktstunden	Curricula MTD Physiotherapeutischer Dienst (ÖBIG, 2004).

Land	Rechtliche Grundlagen		Institutionalisierung			Curriculum Teil 1		
	Aufsicht-führende Institution	Gesetze	Bildungseinrichtung	Berufsbezeichnung Titel/ Grad	Dauer in Jahren	ECTS-Credits o. Kontaktstunden	Umfang Theorie/ Praktika	Curriculum
FI	Ministry of Education, Council of State	Polytechnic Act (351/2003); Government Decree on Polytechnics (352/2003)	Higher Education/ Polytechnic	Bachelor of Science / Bachelor of Health Care	3,5	210 ECTS	135 / 75 ECTS	Kein allgemeines Curriculum.
GB	Chartered Society of Physiotherapy; The Health Professions Council	Curriculum Framework (CSP, 2002)	Higher Education/ Universität	Bachelor of Science in Physiotherapy	3 bis 4		wird nicht genannt / ca. 1000 Stunden	Curriculum framework for qualifying programme in physiotherapy (CSP, 2002)
NL	Ministry of Health, Welfare and Sport; Ministry of Education, Culture and Science; HBO-Raad	Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderwijs (Ministry of Education, Culture and Science, 2006)	Higher Education/ Berufsbezogene Hochschule Hogeschool	Bachelor	3 bis 4	240 ECTS (1 Credit = 28 St.)	wird nicht genannt / ca. 40 Wochen	Kein allgemeines Curriculum

Curriculum Teil 2					
Land	Theorie	Praxis am Patienten	Methoden der Vermittlung	Lehrerqualifikation	Leistungsnachweis
DK	Gesundheits- (118 ECTS), Natur- (20 ECTS), und Gesellschafts- (15 ECTS) Wissenschaftliche und humanistische Fächer (15 ECTS), Wahlbereich (6 ECTS), Genauer im Studienführer der einzelnen FHs	42 ECTS werden von den einzelnen FHs auf die 3,5 Jahre verteilt. In den Studienführern sind Ziele angegeben für jeden Einsatz.	Gesetz BEK nr 236 besagt: Enge Verknüpfung von Theorie und Praxis, steigende Komplexität, Forschungsergebnisse sollen in den Unterricht übertragen werden. Das Lernmilieu soll dazu beitragen, dass Selbständigkeit, Teamfähigkeit, Reflexionsfähigkeit der Studenten zu entwickeln (BEK nr 236).	Über Gesetz BEK nr 236 geregelt. Lehrer müssen Qualitätsstandard haben, der höher ist als Ausbildungsebene. Zusätzliche pädagogische Qualifizierung.	6 externe Prüfungen mit einem Prüfer aus der FH und einem Prüfer vom Ministerium, Prüfungsform: 5 Mündliche oder praktische Prüfungen zusätzlich ein Bachelorprojekt (20 ECTS); interne Prüfungen werden von den einzelnen FHs festgelegt und auch nur von FH Prüfern abgenommen. Details in den einzelnen Studienführern. Notenskala von 1-13 und passed/failed bzw. approved/not approved
D	Anlage 1 des PhysTh-APrV, 1994:	Praktische Anleitung am Patienten in den Bereichen Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie, Pädiatrie, Psychiatrie, Gynäkologie mit genauen Mindeststundenzahlen und 240 Stunden zur freien Verteilung (Anlage 1 PhysTh-APrV, 1994)	Keine Angaben im der Phys-APrV, 1994. Keine Angaben in den Curricula, hier allerdings die genaue Beschreibung der Lernziel für jedes Fach. Im bayrischen Curriculum Anpassung der Lernziele und Verteilung der Fächer auf die drei Jahre.	Keine Angabe im Gesetz, aber die aufsichtsführenden Behörden machen z.T. Auflagen; z.B. Hessen: mind. 2 Jahre Berufserfahrung in PT und pädagogische Fortbildung für eine Lehrkraft im PT Bereich. Anatomie, Physiologie und Spez. Krankheitslehre mind. approbierter Arzt, besser Facharzt. Alle Lehrkräfte müssen bei der Behörde gemeldet werden.	Staatsexamen, welches aus schriftlichen, mündlichen und praktischen Prüfungen besteht. Sehr umfangreiche Prüfungen innerhalb einer kurzen Prüfungszeit am Ende der Ausbildung. Details der Durchführung sind im Gesetz geregelt. Notenskala von 1-6

Curriculum Teil 2					
Land	Theorie	Praxis am Patienten	Methoden der Vermittlung	Lehrerqualifikation	Leistungsnachweis
A	MTD-AV (1993) legt fest welches Fach in welchem Jahr mit wieviel Stunden unterrichtet werden soll.	Mind. 2000 Stunden, davon 1400 St. Pflichtpraktika in den Bereichen: Allg. Krankenpflege, Geriatrie, Gynäkologie, Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie, Kinderheilkunde, Psychiatrie und Psychosomatik, Physikalische Medizin und Unfallchirurgie, Wahlpraktika von mind. 600 St., mit der Wahl aus 7 Gebieten. Die Verteilung der Praktika obliegt jeder einzelnen Akademie.	Das Curriculum (ÖBIG, 2004) legt die Ausbildungsziele mittels Kompetenzen fest. Es gibt Kompetenzstufen und spartenübergreifende pädagogisch-didaktische Leitlinien: Situations-, Handlungsorientiert, Prinzip des Exemplarischen, Lifelong Learning, Def. von Lernorten, Didaktisch-methodische Vielfalt, fächerübergreifende Prüfungen, Ind. Lernförderung	Sehr ausführliche Beschreibung der Qualifikation jeder einzelnen Position und Festlegung welche Qualifikation für welches Fach notwendig ist (MTD-AV, 1993) Es gibt laut MTD §32: Spezialkurse für Lehr- und Unterrichtstätigkeit mit Abschlussprüfung.	MTD-AV (1993) legt fest welches Fach in welchem Jahr wie geprüft werden soll. Es gibt schriftliche, mündliche und praktische Prüfungen und einige Fächer bei denen die verpflichtende Teilnahme zum Bestehen ausreicht. Notenskala 1-5 bei Leistungen im Praktikum nur drei Notenstufen: ausgezeichnet bestanden, bestanden, nicht bestanden. Zum Ende der Ausbildung muss eine Diplomarbeit geschrieben und eine Diplomprüfung bestanden werden, die sich aus drei Prüfungen zusammensetzt.
FI	Verteilung der Inhalte obliegt den FHs. Ähnlich ist: Basic Studies (22 ECTS); Professional Studies (103 ECTS); Electives (15 ECTS); Bachelor Thesis (15 ECTS)	Internship (34-82 ECTS) je nach FH. Die Praktika beginnen in viele Einrichtungen im 1. Jahr und sind in 3-6 Wochenblöcke unterteilt. Auslandpraktika sind möglich. Die Ziele der Praktika sind je nach FH sehr unterschiedlich gestaltet.	Zum Teil wird der problem-based learning (POL) Ansatz gewählt. An anderen Hochschulen gibt es herkömmliche Methoden wie Vorlesungen, Seminare, Projektarbeit, Laborarbeit und Praktika.	"Principal lecturer" muss Licentiate oder Promotion nachweisen. "Lecturer" muss Masterabschluss nachweisen und jeweils 3 Jahr Arbeitserfahrung. Im Praktikum gibt es zusätzlich "tutoring physiotherapists"	Prüfungsformen können sein: Berichte, Selbstevaluation, Demonstration von praktischen Fähigkeiten, online learning assignments. Am Ende des Studium muss eine Bachelorarbeit erstellt werden. Die Leistungen werden nach der 5-stufigen Notenskala 1-5 bewertet. Praktika werden mit bestanden/nicht bestanden beurteilt.

	Curriculum Teil 2				
Land	Theorie	Praxis am Patienten	Methoden der Vermittlung	Lehrerqualifikation	Leistungsnachweis
GB	Übergeordnete Inhalte werden im Curriculum Framework angegeben: Underpinning professional knowledge; Underpinning professional skills => the application of professional knowledge and skills; Professional attributes, identity and relationships (CSP, 2002) die Umsetzung in Studienprogramme ist sehr unterschiedlich.	Die ca. 1000 Stunden werden je nach Hochschule sehr unterschiedlich angeboten. Im Durchschnitt werden 29,71 Wo. (MIN 28-Max 35) mit 30-35 ST./Wo angeboten. Der Umfang und die Dichte der Praktika steigt sich zum Abschlussjahr. Es gibt vom CSP und der QAA viele Unterlagen zur Qualität und Durchführung der Praktika. Inhaltliche Kategorien sind u.a. "Conditions, Systems, Agegroups" oder "neuro-muscular, musculo-skeltal, cardiovascular and respiratory system in acute and primary care environments".	CSP gibt in den Curriculum Framework Hinweise auf die Methoden z.B. "wide range of activities, variety of setting....." (CSP, 2002, p. 27). Aber auch die QAA beschreibt die Lehr- und Lernprozess in der Physiotherapie mit vier Themen: "Cognitive and conceptual, clinical and technical, social and personal context and generic and enabling skills" (QAA, 2001, p. 12f). Die Integration von Theorie und Praxis sowie die zunehmende Verantwortung für die Lernbedürfnisse von den Studenten wird von beiden Organisationen angesprochen.	Bis 1992 gab es das "Diploma for Teacher in Physiotherapy". Heute wird für Lehrende ein Masterabschluss, mind. 5 Jahre Berufserfahrung und Erfahrung als Praktikumsanleiter gefordert. Die pädagogischen Fähigkeiten sollen durch "Inhouse learning" an den Universitäten gelernt werden. Die Clinical educator müssen 2 Jahre Berufserfahrung und fachliche Fortbildung nachweisen. Es gibt ein Fortbildungsangebot für "Accredited Clinical Educators".	Prüfungsformen müssen zu Lehrformen passen. Prüfungen sollen regelmäßig stattfinden, um dem Lernenden Feedback zum Lernen und Handeln zu geben. Mögliche Prüfungsformen: Case study presentation and analysis, practice focused assignments, essays, project report, clinical assessments and examination of written or practical nature (QAA, 2001, S.13). Der QAA erwähnt in der weiteren Aufzählung ein größeres geschriebenes Projekt im letzten Jahr. In den Unterlagen der Hochschulen konnte diese nicht wiedergefunden werden.

Curriculum Teil 2					
Land	Theorie	Praxis am Patienten	Methoden der Vermittlung	Lehrerqualifikation	Leistungsnachweis
NL	Das erste Jahr, die Propädeuse, dient der Berufsorientierung. Im Hauptstudium gibt es die Möglichkeit zu Nebenfächern, sog. "Minors". Veranstaltungen werden in Themenblöcken angeboten, die je nach Hochschule sehr unterschiedliche Themen tragen und somit der Inhalt nicht vergleichbar ist.	Der Kontakt zum Patienten beginnt im 2. oder 3. Studienjahr. Das Praktikum wird in Blöcken angeboten und findet in Krankenhäusern, Praxen, Pflegeheimen u. Gesundheitszentren statt. Es gibt die Möglichkeit zu Auslandspraktika. Neben dem Praktikum gibt es begleitende Veranstaltungen.	Es wird überwiegend studentent- und problemorientiert unterrichtet. POL wird an den meisten Hoge-schools eingesetzt. Somit gibt es als Veranstaltungen z.B: POL Sitzung, Vorlesung, Fertigungsunterricht oder Skilllab, Selbststudium. Der Student erhält Block- oder Studienbücher als Lern- und Arbeitsleitfäden und wird durch Mentoren o.ä. begleitet. Die Lehrer sehen sich als Lernbegleiter. Durch diese Methoden werden verschiedene große Lerngruppen benötigt.		Leistungsnachweise liegen am Ende der Lernblöcke. Es gibt schriftliche Blocktests und Fertigungsnachweise. Daneben gibt es die Möglichkeit über die Anwesenheit und aktive Teilnahme im Unterricht einen Nachweis zu erbringen. Ein Portfolio dient an einigen Hoge-schools zum Leistungsnachweis über die 4 Jahre. Die Notenskala geht von 1-10, wobei 10 die besten Note ist und bei 6 eine Prüfung bestanden ist.

Anlage 4: Interviewleitfaden

Interview Leitfaden zur Befragung von Experten

Guten Tag Herr / Frau (Name).

Sie sind (Funktion) und haben sich bereit erklärt, als Experte für meine Studie zur Verfügung zu stehen. Ich möchte Ihnen nun ein paar Fragen zu dem Instrument meiner Studie stellen.

1. Was war Ihr erster Eindruck, als Sie den Fragebogen gelesen haben?
2. Was möchte Ihrer Meinung nach die Studie untersuchen?
3. Welche Fragen /Antworten sind Ihrem Empfinden nach undeutlich?
4. Aus Ihrer Erfahrung, welche Aspekte des QM fehlen in dem Fragebogen?
5. Wenn Sie die einzelnen Fragen betrachten, welche Antwortkategorien fehlen Ihnen?
6. Was halten Sie in dem Fragebogen für überflüssig?
7. Welchen Eindruck hinterlässt die Gestaltung des Fragebogens bei Ihnen?
8. Welchen Eindruck hinterlässt die Titelseite des Fragebogens bei Ihnen?
9. Gibt es weitere Anmerkungen, die Sie zu dem Fragebogen machen möchten?
Ja, welche?
10. Welche spontanen Anmerkungen haben Sie zu dem Anschreiben?
11. Welche Infos sind unklar / zuviel / fehlen?
12. Gibt es weitere Anmerkungen, die Sie zu dem Anschreiben machen möchten?
Ja, welche?

Vielen Dank für die Bereitschaft und die Zeit ☺



RUPRECHT-KARLS-UNIVERSITÄT HEIDELBERG

Erziehungswissenschaftliches Seminar • Akademiestr. 3 • D-69117 Heidelberg

ERZIEHUNGSWISSENSCHAFTLICHES
SEMINAR

Telefon 062 21-54
Telefax 062 21-54
e-mail:

Heidelberg, den

Forschungsvorhaben Qualitätsmanagement

Sehr geehrte/r,

in wenigen Tagen erhalten Sie einen Fragebogen für eine europäische Forschungsarbeit, die ich an der Universität Heidelberg zum Thema Qualitätsmanagement durchführe. Wir möchten Sie bitten, die Studie zu unterstützen, indem Sie einen Fragebogen bearbeiten und diesen in einem vorbereiteten Freiumschlag zurücksenden.

„Qualitätsmanagement in der Ausbildung Physiotherapie“ ist ein Thema von dem Sie bestimmt schon vor dieser Studie etwas erfahren haben. Wir möchten von Ihren Erfahrungen mit Qualitätsmanagement lernen. Die Ergebnisse unserer Studie können auch von Ihnen selbst genutzt werden, indem Sie Ihren Umgang mit Qualitätsmanagement mit den Ergebnissen der Studie zu vergleichen. Die Studie hat eine europäische Ausrichtung und wird in der Befragung Dänemark, Deutschland, Finnland, Großbritannien, die Niederlande und Österreich einbinden.

Wir schicken Ihnen diese Ankündigung, da wir herausgefunden haben, dass viele Menschen im Voraus informiert werden möchten, dass sie für eine Studie angesprochen werden. Durch Ihre Unterstützung wird es möglich sein, die verschiedenen Qualitätsansätze in den physiotherapeutischen Bildungseinrichtungen in Europa darzustellen und zu vergleichen. Die Studie soll dazu beitragen, dass es langfristig zu einer vereinfachten beruflichen Anerkennung des Abschlusses Physiotherapie in den europäischen Staaten untereinander kommt.

Wir möchten uns schon jetzt für Ihre Unterstützung und Ihre eingesetzte Zeit bedanken. Nur durch Ihre Mithilfe und die von gleichgesinnten Kollegen und Kolleginnen kann die Studie erfolgreich abgeschlossen werden.

Haben Sie Fragen? Gerne stehe ich Ihnen per Mail miemas@12move.de zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Mieke Wasner
M.S.Ed, Physiotherapeutin
Doktorandin der Universität Heidelberg

Anlage 6: Anschreiben für Fragebogenerhebung



RUPRECHT-KARLS-UNIVERSITÄT HEIDELBERG

Erziehungswissenschaftliches Seminar · Akademiestr. 3 · D-69117 Heidelberg

ERZIEHUNGSWISSENSCHAFTLICHES
SEMINAR

Telefon 06221-54
Telefax 06221-54
e-mail:
miemas@12move.de

Heidelberg, den
11.04.05

Forschungsprojekt: Qualitätsmanagement Physiotherapie

Sehr geehrte/r

hiermit möchte ich Sie um Ihre Unterstützung für meine Studie am Erziehungswissenschaftlichen Seminar der Universität Heidelberg bitten. Die Studie befaßt sich mit dem aktuellen Thema: „Qualitätsmanagement in der Ausbildung Physiotherapie in Europa“.

Nach unseren Informationen üben Sie innerhalb einer physiotherapeutischen Bildungsstätte eine Leitungsfunktion aus. Um den Informationsgehalt und die Aussagekraft der Studie so groß wie möglich zu gestalten, versuchen wir alle Personen mit einer ähnlichen Funktion wie Sie innerhalb von Dänemark, Deutschland, Finnland, Großbritannien, den Niederlanden und Österreich über das Qualitätsmanagement an ihrer Bildungseinrichtung zu befragen. Alle Teilnehmer bitten wir, den beiliegenden Fragebogen auszufüllen und ihn in dem vorbereiteten Briefumschlag zurück zu senden.

Ziel dieser Studie ist es, innerhalb der genannten Staaten die verschiedenen Ansätze des Qualitätsmanagements im Bereich der Physiotherapie zu erfassen, darzustellen und zu vergleichen. Die durch Ihre Mithilfe gewonnenen Ergebnisse der Studie sollen das Image der Berufsausbildung und des Berufes steigern und die Anerkennung der Ausbildungen in den europäischen Staaten untereinander erleichtern.

Ihre Antworten werden vertraulich behandelt und nur in den Zusammenfassungen der Ergebnisse benutzt. Persönliche Antworten können somit nicht identifiziert werden. Wenn Sie den ausgefüllten Fragebogen zurückschicken, wird Ihr Name anhand der Fragebogennummer, die Sie in der oberen Ecke des Fragebogens finden, von der Adressenliste gestrichen. Ihr Name wird niemals in Zusammenhang mit Ihren Antworten gebracht.

Die Teilnahme an dieser Studie ist selbstverständlich freiwillig. Sie können uns sehr helfen, wenn Sie sich ein paar Minuten Zeit nehmen, um uns Ihre Erfahrungen im Bereich des Qualitätsmanagements mitzuteilen. Sollten Sie es vorziehen nicht an der Studie teilzunehmen, lassen Sie es uns bitte wissen, indem Sie uns den unausgefüllten Fragebogen im vorbereiteten Umschlag zurücksenden.

Wenn Sie Fragen oder Kommentare zu der Studie haben, freuen wir uns über einen persönlichen Kontakt per E-Mail (miemas@12move.de) oder Post.

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Unterstützung in dieser Studie.

Mit freundlichen Grüßen

Mieke Wasner
M.S.Ed., Physiotherapeutin
Doktorandin der Universität Heidelberg-

Qualitätsmanagement in der Ausbildung Physiotherapie Ein europäischer Vergleich

Diese Studie führen wir durch um festzustellen, in welchem Umfang physiotherapeutische Bildungseinrichtungen in Europa die Qualität ihrer Ausbildung über Qualitätsmanagement sicherstellen. Die Studie soll die Transparenz über die Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der physiotherapeutischen Ausbildung der einzelnen Länder (siehe Markierung auf der Karte) erhöhen.

Bitte beantworten Sie alle Fragen. Falls Sie zu einzelnen Fragen oder Antworten des Fragebogens einen Kommentar haben, notieren Sie ihn bitte in dem freien Raum zwischen den einzelnen Fragen oder auf der Rückseite des Fragebogens. Ihre Kommentare werden gelesen und als Teil der Auswertung berücksichtigt.



Ruprecht-Karls Universität Heidelberg
Erziehungswissenschaftliches Seminar
z. Hd. Frau Wasner / Frau Huber
Akademiestr. 3
69117 Heidelberg
Deutschland

1. Welche Bedingungen muß ein Schüler/Student, neben einer evtl. Eignungsprüfung, erfüllen, um an Ihrer Bildungseinrichtung einen Ausbildungs – bzw. Studienplatz für Physiotherapie zu erhalten? (Mehrfachnennungen möglich)

- Es bestehen keine Bedingungen zum Erhalt eines Ausbildungs-/ Studienplatzes
- Realschulabschluss bzw. mind. 10 Jahre Schulbesuch mit erfolgreichem Abschluss
- Abitur bzw. mind. 12 oder 13 Jahre Schulbesuch mit erfolgreichem Abschluss
- Mindestalter
- Bestimmter Notendurchschnitt
- Vorpraktikum
- Sonstiges, bitte nennen: _____

2. Fordert Ihre Bildungseinrichtung für den Bereich Physiotherapie vor der Vergabe der Ausbildungs-/Studienplätze eine Eignungsprüfung der Schüler/Studenten? (Mehrfachnennungen möglich)

- Nein.
- Ja, ein Interview wird gefordert.
- Ja, schriftliche Eignungsprüfungen werden gefordert.
- Ja, praktische Eignungsprüfungen werden gefordert.

3. Werden an Ihrer Bildungseinrichtung im Rahmen des Qualitätsmanagements schriftliche Schüler-/Studentenbefragungen durchgeführt?

- Nein (→ weiter bei Frage 5)
- Ja (→ weiter bei Frage 4)

4. Zu welchen Themen und wie häufig werden an Ihrer Bildungseinrichtung schriftliche Befragungen von Schülern/Studenten der Physiotherapie durchgeführt? (Setzen Sie ein X pro Zeile)

<u>Thema</u>	Nie	Weniger als 1x im Jahr	Mind. 1x im Jahr	Mind. 1x im Semester	Mind. 1x im Monat
Befragung zu den theoretischen Fächern (z.B. Anatomie, Pathologie)					
Befragung zu den praktischen Fächern (z.B. Manuelle Therapie, Befund)					
Befragung zu der praktischen Ausbildung am Patienten (Praktikum)					
Befragung zu den Serviceeinrichtungen der Bildungsstätte (z.B. Bibliothek, Mensa)					
Andere Befragungsthemen:					

5. Werden die Absolventen innerhalb der ersten 5 Jahre nach Abschluss der Ausbildung oder des Studiums Physiotherapie zu ihrer Arbeitsplatzsituation befragt?

- Nein
- Ja

6. **Werden an Ihrer Bildungseinrichtung schriftliche Befragungen der Lehrer als Teil des Qualitätsmanagements durchgeführt?**
- Nein (→ weiter bei Frage 8)
- Ja (→ weiter bei Frage 7)

7. **Zu welchen Themen und wie häufig werden an Ihrer Bildungseinrichtung schriftliche Lehrerbefragungen im Bereich Physiotherapie durchgeführt?**
(Setzen Sie ein X pro Zeile)

<u>Thema</u>	Nie	Weniger als 1x im Jahr	Mind. 1x im Jahr	Mind. 1x im Semester	Mind. 1x im Monat
Befragung zur Arbeitszufriedenheit					
Befragung zu Arbeitsplatzbedingungen					
Befragung zur Qualität des eigenen Unterrichts (im Zusammenhang mit Studentenfürfragungen)					
Befragung zu Fortbildungsbedarf					
Andere Befragungsthemen:					

8. **Werden die Ergebnisse von schriftlichen Befragungen des Qualitätsmanagements öffentlich gemacht?**
- Nein.
- Ja, die Ergebnisse der Studenten- und Lehrerbefragungen werden öffentlich gemacht.
- Ja, nur die Ergebnisse der Studentenfürfragungen werden öffentlich gemacht.
- Ja, nur die Ergebnisse der Lehrerbefragungen werden öffentlich gemacht.

9. **Welche formalen Anforderungen werden an Ihrer Bildungsstätte an einen Lehrer für ein praktisches Fach (z.B. Massage, Befund) gestellt? (Mehrfachnennung möglich)**

- Physiotherapeutische Berufsankennung
- Akademischer Abschluss (Bachelor, Diplom, Magister, Doktor)
- Pädagogische Ausbildung/Weiterbildung
- Fachliche Weiterbildungen
- Berufserfahrung als Physiotherapeut
- Sonstiges, bitte nennen: _____

10. **Welche formalen Anforderungen werden an Ihrer Bildungsstätte für Physiotherapie an einen Lehrer für ein theoretisches Fach (z.B. Anatomie, Pathologie) gestellt? (Mehrfachnennung möglich)**

- Physiotherapeutische Berufsankennung
- Akademischer Abschluss (Bachelor, Diplom, Magister, Doktor)
- Pädagogische Ausbildung/Weiterbildung
- Fachliche Weiterbildungen
- Berufserfahrung als Physiotherapeut
- Sonstiges, bitte nennen: _____

11. Welche formalen Anforderungen werden an einen physiotherapeutischen Anleiter in der praktischen Ausbildung am Patienten (Praktikum) gestellt? (Mehrfachnennung möglich)

- Es gibt keine Anforderungen durch die Bildungseinrichtung
- Muss Lehrer der Bildungseinrichtung sein
- Physiotherapeutische Berufsanerkennung
- Akademischer Abschluss (Bachelor, Diplom, Magister, Doktor)
- Pädagogische Ausbildung/Weiterbildung
- Fachliche Weiterbildungen
- Berufserfahrung als Physiotherapeut

12. Welche formalen Anforderungen werden an Ihrer Bildungseinrichtung an die Schul-/Studienleitung Physiotherapie gestellt? (Mehrfachnennung möglich)

- Physiotherapeutische Berufsanerkennung
- Akademischer Abschluss (Bachelor, Diplom, Magister, Doktor)
- Pädagogische Ausbildung/Weiterbildung
- Fachliche Weiterbildungen
- Berufserfahrung als Physiotherapeut
- Sonstiges, bitte nennen: _____

13. Werden Lehrer an Ihrer Bildungseinrichtung zur Fortbildung verpflichtet?

- Nein
- Ja

14. Gibt es die Möglichkeit für Lehrer, an Ihrer Bildungseinrichtung wissenschaftlich zu arbeiten?

- Nein
- Ja, mit _____ Stunden pro Woche innerhalb der Arbeitszeit.

15. Welche der folgenden Maßnahmen des Qualitätsmanagements werden wie oft an Ihrer Bildungsstätte im Bereich Physiotherapie durchgeführt? (Setzen Sie ein X pro Zeile)

<u>Maßnahmen des Qualitätsmanagements</u>	Nie	Weniger als 1x im Jahr	Mind. 1x im Jahr	Mind. 1x im Semester	Mind. 1x im Monat
Unterrichtsbesuche durch externe Lehrer (Peer review)					
Unterrichtsbesuche durch interne Lehrer (Kollegen)					
Besuche von externen Personen bei Prüfungen					
Fachliche Treffen/Qualitätszirkel der Lehrer mit externen Kollegen					
Schriftliche Selbstevaluation des Bereiches Physiotherapie					
Zielvereinbarungen für den Bereich Physiotherapie mit Selbstkontrolle oder externer Kontrolle					

16. Welche Maßnahmen des Qualitätsmanagements der praktischen Ausbildung am Patienten (Praktikum) werden wie oft im Bereich Physiotherapie durchgeführt? (Setzen Sie ein X pro Zeile)

<u>Maßnahmen des Qualitätsmanagements</u>	Nie	Weniger als 1x im Jahr	Mind. 1x im Jahr	Mind. 1x im Semester	Mind. 1x im Monat
Treffen der Lehrer mit den Praktikumsanleitern					
Besuche von Lehrern an jedem Praktikumseinsatzort					
Teilnahme der Praktikumsanleiter an Informations-/ Fortbildungsveranstaltungen der Bildungseinrichtung					
Kontrolle des Betreuungsschlüssels: Anzahl der Praxisanleiter zur Anzahl der Schüler/ Studenten innerhalb einer Praktikumeinrichtung					

17. Fordern staatliche Richtlinien oder Gesetze „Maßnahmen des Qualitätsmanagements“ an Ihrer Bildungseinrichtung?

- Nein (→ weiter bei Frage 19)
 Ja (→ weiter bei Frage 18)

18. Welche Maßnahmen des Qualitätsmanagements werden wie oft von staatlichen Richtlinien oder Gesetzen an Ihrer Bildungseinrichtung für den Bereich Physiotherapie verlangt? (Setzen Sie ein X pro Zeile)

<u>Maßnahmen des Qualitätsmanagements</u>	Nie	Weniger als 1x im Jahr	Mind. 1x im Jahr	Mind. 1x im Semester	Mind. 1x im Monat
Unterrichtsbesuche durch externe Dozenten (Peer review)					
Unterrichtsbesuche durch Vertreter von staatlichen Institutionen					
Besuche von staatlichen Vertretern bei Prüfungen / Examen					
Externe Audits anhand von staatlich entwickelten Au- ditlisten					
Kontrolle des vorgegebenen Schlüssels: Anzahl der Lehrer zur Anzahl der Schüler/Studenten					
Teilnahme an einem Qualitätsmanagementverfahren mit Zertifizierung					
Sonstiges, bitte nennen:					

19. Zu welchen Einrichtungen und welcher Ausstattung haben die Schüler/Studenten an Ihrer Bildungseinrichtung Zugang? (Mehrfachnennung möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Behandlungsräume | <input type="checkbox"/> Bibliothek/Mediathek |
| <input type="checkbox"/> Gymnastikraum / Sporthalle | <input type="checkbox"/> Videorecorder/fachliche Videos |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsbad / Schwimmbad | <input type="checkbox"/> Anatomische Modelle |
| <input type="checkbox"/> Lernraum für 5-8 Pers. Gruppen | <input type="checkbox"/> Computerarbeitsplätze |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsraum für Studenten | <input type="checkbox"/> Internetzugang |
| <input type="checkbox"/> Geräte der Trainingstherapie | <input type="checkbox"/> Biomechanische Messgeräte |
| <input type="checkbox"/> Elektrotherapiegeräte | <input type="checkbox"/> Physiologische Messgeräte |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte nennen: | |

20. Hat Ihre Bildungseinrichtung im Bereich Physiotherapie einen Leitgedanken bzw. ein Mission Statement oder eine Qualitätsrichtlinie/Quality Policy?

- Nein
- Ja (wenn möglich bitte eine Kopie beilegen, oder den Inhalt kurz in folgenden Zeilen notieren:)

21. Wird an Ihrer Bildungseinrichtung zurzeit ein Qualitätsmanagementverfahren durchgeführt?

- Nein, es wird zurzeit kein Qualitätsmanagementverfahren durchgeführt und es ist auch kein Verfahren in der Planungsphase.
- Nein, es wird zurzeit kein Qualitätsmanagementverfahren durchgeführt, aber eine Durchführung ist geplant. (Bitte nennen Sie die Organisation oder den Namen des Verfahrens.)
-
- Ja, die Bildungseinrichtung nimmt an einem Qualitätsverfahren **ohne** Zertifizierung teil (Bitte nennen Sie die Organisation oder den Namen des Verfahrens.)
-
- Ja, die Bildungseinrichtung nimmt an einem Qualitätsverfahren **mit** Zertifizierung teil (Bitte nennen Sie die Organisation oder den Namen des Verfahrens; z.B. ISO-Zertifizierung)
-

- 22. Welcher Ausdruck beschreibt die Art Ihrer Bildungseinrichtung am Besten?**
- Universität
 - Fachhochschule
 - Berufsfachschule / Lehranstalt
 - Kooperation zwischen Berufsfachschule und Fachhochschule oder Universität
 - Keine der genannten, sondern: _____
- 23. Wieviel Schüler/Studenten besuchen derzeit insgesamt die Basisausbildung Physiotherapie?**
Anzahl der Schüler / Studenten: _____/_____
- 24. In welchem Staat liegt Ihre Bildungseinrichtung?**
- Dänemark
 - Deutschland
 - Finnland
 - Großbritannien
 - Niederlande
 - Österreich
- 25. Welche Funktion üben Sie an der Bildungseinrichtung aus?**
- Leiter/in der Bildungseinrichtung
 - Dekan/in des Fachbereiches
 - Studienleitung bzw. Schulleitung Physiotherapie
 - Dozent/in Physiotherapie
 - Andere, bitte nennen: _____
- 26. Wie heißt Ihr höchster Bildungsabschluss?**
- Staatlich anerkannte/r Physiotherapeut/in
 - Doktor
 - Master/Magister/Diplom
 - Bachelor
 - Andere, bitte nennen: _____
- 27. Sind Sie zufrieden oder unzufrieden mit den Maßnahmen des Qualitätsmanagements im Bereich Physiotherapie Ihrer Bildungseinrichtung?**
- Sehr zufrieden
 - Zufrieden
 - Weniger Zufrieden
 - Unzufrieden

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diesen Fragebogen zu beantworten.

Sie helfen somit, die Qualitätsansätze an den Bildungsstätten für Physiotherapie in Europa transparenter zu gestalten.

Wenn Sie uns weitere Informationen oder Kommentare geben möchten, die hilfreich für diese Studie „Qualitätsmanagement in der Ausbildung Physiotherapie“ sind, dann steht Ihnen der freie Raum auf dieser Seite zur Verfügung. Wir freuen uns über alle Ihre Kommentare (gerne auch auf weiteren Papierbögen), die uns helfen können, das Qualitätsmanagement in physiotherapeutischen Bildungseinrichtungen besser zu verstehen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung bei dieser Studie. Wenn Sie an einer Zusammenfassung der Ergebnisse interessiert sind, dann schreiben Sie Ihren Namen und die postalische Anschrift oder Ihre E-Mail-Adresse auf die Rückseite des Rücksendeumschlags. Um den Fragebogen anonym zu halten möchten wir Sie bitten, Ihren Namen und Anschrift nicht auf den Fragebogen zu schreiben. Ich werde dafür sorgen, dass Sie eine Zusammenfassung der Ergebnisse erhalten.

Mieke Wasner

Anlage 8: Dankes-Brief für die Teilnahme an der Fragebogenerhebung



RUPRECHT-KARLS-UNIVERSITÄT HEIDELBERG

Erziehungswissenschaftliches Seminar · Akademiestr. 3 · D-69117 Heidelberg

ERZIEHUNGSWISSENSCHAFTLICHES
SEMINAR

Telefon 062 21-54
Telefax 062 21-54
e-mail:

Heidelberg, den

Forschungsprojekt: Qualitätsmanagement Physiotherapie

Sehr geehrte/r,

Sie haben an meiner Studie teilgenommen und mir den Fragebogen zu dem Thema: „Qualitätsmanagement in der Ausbildung Physiotherapie“ zurückgeschickt.

Hiermit möchte ich mich ganz herzlich für Ihre Antworten bedanken. Da diese Befragung nur in fünf Ländern durchgeführt wird und in den verschiedenen Ländern nicht alle Einrichtungen befragt werden können, war es für die Studie sehr wichtig, Ihre Antwort zu erhalten.

Nach Abschluss der Datenerhebung wird die Studie ausgewertet. Wenn alle Antworten schnell eintreffen, dann liegen die ersten Ergebnisse im Herbst 2005 vor. Sollten Sie an den Ergebnissen der Studie interessiert sein und haben Ihren Namen und Anschrift nicht auf dem Rückumschlag des Fragebogens vermerkt, können Sie mir gerne eine Mail mit der Bitte um Übersendung der Ergebnisse senden. Dann werde ich dafür sorgen, dass Sie eine Zusammenfassung der Ergebnisse erhalten.

An der Stelle noch einmal herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Mieke Wasner
M.S.Ed., Physiotherapeutin
Doktorandin der Universität Heidelberg