



Kerstin Baumgarten¹ · B. Blättner² · K. Dadaczynski³ · T. Hartmann¹

¹ FB Sozial- und Gesundheitswesen, Hochschule Magdeburg-Stendal, Standort Magdeburg, Magdeburg, Deutschland

² Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland

³ Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften, Leuphana Universität Lüneburg, Lüneburg, Deutschland

Entwicklung eines Fachqualifikationsrahmens für die Studienbereiche Gesundheitswissenschaften/Public Health und Gesundheitsförderung in Deutschland

Mit dem Ziel, einen europäischen Wissensraum zu gestalten, sind seit 2000 Bemühungen im Gange, eine bessere Vergleichbarkeit von Bildungsabschlüssen und erworbenen Kompetenzen innerhalb von Europa zu schaffen. Ein wichtiger Schritt darin war die Verabschiedung des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (EQR) durch die EU-Kommission im Jahr 2008. Neben nationalen Qualifikationsrahmen beziehen sich auch sektorale Qualifikationsrahmen auf diese Referenz. Für die Studiengänge der Gesundheitswissenschaften, Public Health und Gesundheitsförderung gab es einen solchen sektoralen Rahmen bislang weder national noch auf europäischer Ebene.

Hintergrund

Durch den Bologna-Prozess vollzogen sich seit dem letzten Jahrzehnt starke Veränderungen des Studiensystems an den Hochschulen [9, 29]. Mit dem Ziel der Gestaltung eines europäischen Wirtschafts- und Bildungsraums erfolgte die Einrichtung von gestuften Bachelor- und Masterstudiengängen, die Einführung des Leistungspunktesystems (ECTS) und die Ab-

bildung von Bildungsprozessen im Kontext von Qualifikationsrahmen [8, 15, 16]. Diese Entwicklung sowie das bildungspolitische Ziel, die Quote an Hochschulabsolventen¹ in Deutschland zu erhöhen, begünstigten, dass sich an Fachhochschulen und Universitäten gesundheitswissenschaftliche Studiengänge etablieren konnten. Begründet wurde die Einrichtung der Studienangebote mit den veränderten Herausforderungen an das Gesundheitswesen [6, 20, 26, 30] und einer notwendigen Neuorientierung auf Prävention und Gesundheitsförderung [4, 5, 10, 21]. Eine aktuelle Bestandsaufnahme der Studiengänge mit Abschlüssen in den Bereichen Gesundheitswissenschaften, Public Health und Gesundheitsförderung zeigt 13 Bachelor- und 30 Masterangebote [13]. Dabei werden diese drei Studiengangsbezeichnungen in den Studienkonzepten so wenig differenziert, dass sie im Folgenden als eine disziplinäre Einheit betrachtet und als gesundheitswissenschaftliche Studiengänge bezeichnet werden.

Die uneinheitliche Verwendung von Abschlussbezeichnungen und die den einzelnen Studiengängen zugrunde liegenden Konzeptionen führen dazu, dass im nationalen Kontext zumindest sektoral das verloren geht, was im europäischen Rahmen angestrebt wird: eine Vergleichbarkeit und Transparenz der Kompetenzen, die von Absolventen zu erwarten sind. Vor diesem Hintergrund entstand die Idee, Methoden der europäischen Konsensbildung im Hochschulbereich aufzugreifen, um ein gemeinsames Abschlussprofil der Studiengänge der Gesundheitswissenschaften, Public Health und Gesundheitsförderung zu erstellen. Ziel ist es, auf Basis der europäischen Entwicklungen einen gemeinsamen sektoralen Fachqualifikationsrahmen auszuarbeiten, der ihre Vergleichbarkeit auf Bachelor- bzw. Masterebene und eine Orientierung für curriculare Entwicklungen im Rahmen von Akkreditierungsprozessen ermöglicht. Obwohl die 14 Studiengänge der Gesundheitsförderung nur einen Teilbereich der multidisziplinären Gesundheitswissenschaften darstellen, findet zur Vereinfachung im Folgenden der Begriff „gesundheitswissenschaftliche Studiengänge“ seine Anwendung.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.

Grundlagen und Ziele der Entwicklung von Qualifikationsrahmen

Im Jahr 2008 haben die Bildungsminister der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) und das Europäische Parlament mit dem Europäischen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR) ein Bezugssystem zur Schaffung von Transparenz und Vergleichbarkeit von Kompetenzen und Qualifikationen in Europa beschlossen [11]. Die Festlegung von Mindeststandards in der beruflichen Qualifikation zielt auf eine Verbesserung der Zusammenarbeit der Mitgliedsstaaten der EU durch eine Annäherung der Bildungssysteme und der beruflichen Qualifikationen. In Deutschland verabschiedeten Bund und Länder im Jahr 2011 den Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR, [1]). Dieser beschreibt entlang der Abschlüsse auf den acht europäisch vorgegebenen Niveaustufen die im deutschen Bildungssystem zu erwerbenden Kompetenzen und Qualifikationen [8]. Die Hochschulrektorenkonferenz (HRK) definiert Qualifikationsrahmen mit den akademischen Stufen 6 (Bachelor), 7 (Master) und 8 (Promotion) als „Strukturen zur Entwicklung, Beschreibung und Systematisierung der Beziehungen von Qualifikationen“ [16, S. 232].

Qualifikationsrahmen charakterisieren Lernergebnisse bzw. Kompetenzbündel, durch die ein Qualifikationsniveau gekennzeichnet werden kann. Dazu gehören die Auflistung der Lernergebnisse und die Darstellung der Kompetenzen und Fertigkeiten, über die ein Absolvent verfügen sollte [16]. Mit jeder Qualifikationsstufe erweitert sich der Entscheidungsspielraum vor dem Hintergrund der dafür notwendigen wissenschaftlichen Kenntnisse und Kompetenzen. Darüber hinaus nimmt die Komplexität der zu berücksichtigenden Fakten zu [5].

Im Rahmen des traditionellen Studiensystems erfolgte die Beschreibung von erworbenen Qualifikationen über Zugangsvoraussetzungen, Lerninhalte und Lerndauer. Der Bologna-Prozess zielt auf die Stärkung der Beschäftigungsfähigkeit („employability“), die die Ausbildung berufsbezogener Kompetenzen von Absolventen der Bachelor- und Masterstu-

diengänge als Ergebnis akademischer Bildungsprozesse fokussiert [17, 32]. Der im DQR verwendete Kompetenzbegriff umfasst die Fähigkeit und Bereitschaft, Kenntnisse und Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und methodische Fertigkeiten in Arbeits- und Lernsituationen einzubeziehen. Kompetenz wird auf dieser Grundlage als Handlungsbefähigung im beruflichen Kontext verstanden. Im Rahmen des DQR finden die Kompetenzkategorien Fachkompetenz (Wissen und Fertigkeiten) und personale Kompetenz (Sozial- und Selbstkompetenz) Anwendung [1]. Die Lernwege zur Erreichung dieser Kompetenzen sind auf der Grundlage des jeweiligen Studienfachs unterschiedlich und durch Fachqualifikationsrahmen (FQR) auszuführen [16]. Im EQR wird Kompetenz dagegen als Übernahme von Verantwortung und Selbständigkeit bezeichnet und von Kenntnissen und Fertigkeiten unterschieden.

Qualifikationsrahmen dienen der besseren Vergleichbarkeit von erworbenen Handlungsbefähigungen über nationale Grenzen und formelle wie informelle Ausbildungsformen hinweg und werden deshalb als Voraussetzung für die Mobilität von Arbeitskräften verstanden. Qualifikationsrahmen fördern die Anerkennung der lebenslangen Lernprozesse und bieten zugleich einen neuen curricularen Referenzrahmen für die Konzeption und Akkreditierung von Ausbildungs- und Studienprogrammen.

Entwicklung eines Gesundheitswissenschaftlichen Qualifikationsrahmens

Für die Hochschulen folgte aus der Initiative zum DQR die Anregung, in jedem Studienfach für die Stufen 6 (Bachelor), 7 (Master) und 8 (Promotion) gemeinsame sektorale Qualifikationsrahmen zu erarbeiten, in denen die fachspezifischen Kompetenzen für einzelne Berufsgruppen beschrieben sind.

Die Entwicklung eines Gesundheitswissenschaftlichen Fachqualifikationsrahmens zielt auf die Beschreibung spezifischer Kompetenzen im differenzierten Handlungsfeld der nicht medizinischen Primärprävention sowie der Gesundheitsförderung in Bevölkerungsgruppen. Die

diesen Kompetenzen zugrunde liegenden Anforderungen können durch den „Public Health Action Cycle“ (PHAC) wiedergegeben werden. Der Handlungszyklus des PHAC gliedert die gesundheitsbezogenen Interventionen in die folgenden vier Phasen:

1. Analyse des Interventionsbedarfs („assessment“),
2. Entwicklung von Interventionsstrategien („policy development“),
3. Sicherstellung der Rahmenbedingungen und Umsetzung der Maßnahmen („assurance“),
4. Bewertung des Erfolgs der Intervention („evaluation“), [31].

Der PHAC entspricht einem systematischen Handeln, wie es auch mit anderen Handlungszyklen beschrieben werden kann. Er eignet sich für die Strukturierung von Interventionen aus einer primär bevölkerungsbezogenen Perspektive und kann Maßnahmen auf allen fünf Handlungsebenen der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung (d. h. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen, Gesundheitsdienste neu orientieren, gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen, persönliche Kompetenzen entwickeln) abbilden [19]. Grundsätzlich lässt sich der PHAC auch auf Ansätze zur Verbesserung der Gesundheit von Teilgruppen und Individuen beziehen.

Methodik

Im Prozess der Entwicklung des Fachqualifikationsrahmens für die Studienbereiche Gesundheitswissenschaften, Public Health und Gesundheitsförderung, im Folgenden Gesundheitswissenschaftlicher Qualifikationsrahmen (GQR) genannt, werden die vier Phasen des PHAC mit den fünf Dublin-Deskriptoren verknüpft [18]. Die Dublin-Deskriptoren dokumentieren, auf welcher Ebene Entscheidungen getroffen werden und wie wissenschaftlich fundiert dafür die notwendigen Kenntnisse der Akteure sein müssen. Die Entwicklung und Verabschiedung erfolgte durch die „Joint Quality Initiative“, einem informellen europäischen Netzwerk zur Definition der Qualifikationen von Bachelor-

K. Baumgarten · B. Blättner · K. Dadaczynski · T. Hartmann

Entwicklung eines Fachqualifikationsrahmens für die Studienbereiche Gesundheitswissenschaften/Public Health und Gesundheitsförderung in Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund und Ziel. Mit dem Bologna-Prozess sind eine Ausweitung und Ausdifferenzierung gesundheitswissenschaftlicher Studiengänge und deren Abschlussbezeichnungen an den Hochschulen in Deutschland erfolgt. Diese Entwicklung erschwert den Überblick darüber, welche Kompetenzen von Absolventen zu erwarten sind. Ziel ist es, auf der Basis der europäischen Entwicklungen einen gemeinsamen Qualifikationsrahmen für die Studiengänge in Gesundheitswissenschaften, Public Health und Gesundheitsförderung zu erstellen, der ihre Vergleichbarkeit auf Bachelor- bzw. Masterebene ermöglicht. **Methodik.** In einem mehrjährigen Prozess erfolgte eine Konsensbildung unter Vertretern von neun deutschsprachigen Hochschulstandorten. In Abbildung der Dublin-De-

skriptoren und des „Public Health Action Cycles“ wurde für die Studiengänge Bachelor und Master eine Matrix aus 20 Kompetenzfeldern erstellt und auf Freiwilligenbasis von verschiedenen Hochschulstandorten unabhängig voneinander entsprechend der Ziele der Studiengänge ausgefüllt. Die Synopse der einzelnen Beiträge wurde nach einer inhaltsanalytischen Betrachtung entwickelt und mit den beteiligten Standorten zur Abstimmung gebracht.

Ergebnisse. Für die Bachelorebene konnte ein Konsens erreicht werden. Im Bereich der heterogenen Masterstudiengänge sind weitere Entwicklungs- und Diskussionsprozesse erforderlich.

Schlussfolgerungen. Der jetzt vorliegende Gesundheitswissenschaftliche Qualifika-

tionsrahmen (GQR) kann dazu beitragen, die kompetenzorientierte Entwicklung von gemeinsamen Curricula sowie die Vergleichbarkeit und Transparenz der Studienabschlüsse zu verbessern. Als nächster Schritt ist ein Abgleich der Module der einzelnen Hochschulstandorte mit den Kompetenzbündeln des GQR notwendig. Die Akzeptanz der Ergebnisse in der Praxis der Konzeption und Akkreditierung von Studiengängen bleibt abzuwarten.

Schlüsselwörter

Fachqualifikationsrahmen · Kompetenzentwicklung · Bologna-Prozess · Gesundheitswissenschaften/ Public Health · Gesundheitsförderung

The German professional qualification framework for bachelor's and master's degrees in health science/public health and health promotion

Abstract

Aim. The Bologna Process enables the expansion and differentiation of study courses focusing on Health Science and its corresponding degrees. This development impedes an overview of the competencies the graduates are expected to achieve. Based on European developments, the aim was to develop a shared qualification framework in the field of Health Sciences, Public Health and Health Promotion which allows comparability on the Bachelor and Master level.

Methods. In a multiyear process, representatives of nine German universities worked on the development of a consensus. Built upon the so-called Dublin Descriptors and the Public Health Action Cycle, a matrix including 20

fields of competencies was compiled for the study cycles of the Bachelor and Master programs. This matrix was filled out on a voluntary basis by each participating university according to the respective aim of study course. The synopsis of the individual contributions is built upon a content analytical contemplation and was brought to an agreement with the participating universities.

Results. Whereas a consensus could be reached on the Bachelor level, the area of the heterogeneous Master courses requires further development and discussion.

Conclusions. The available qualification framework for Health Sciences can help to improve the skill-based development of the

curricula as well as the comparability and transparency of the study courses. The next step involves alignment of the modules of the individual study sites with the competencies of the qualification framework. The acceptance of the results in practice regarding the conception and accreditation of the study courses is to be awaited.

Keywords

qualification framework · Professional competence · Bologna Process · health sciences/ public health · health promotion

und Masterstudiengängen [16]. Dort werden die Fachkompetenzen und die personalen Kompetenzen auf den einzelnen Qualifikationsstufen bestimmt. **Tab. 1** zeigt einen Überblick zu den Kompetenzniveaus der Dublin-Deskriptoren im Bereich der Bachelor- und Masterstudiengänge [15]. Dublin-Deskriptoren sind grundsätzlich kompatibel mit den Deskriptoren, die im EQF benutzt werden.

Um zu differenzieren, welche Bedeutung die Gesundheitswissenschaften für

das jeweilige Arbeitsgebiet haben, bietet es sich an, die Unterteilung von Griffiths u. Dark [12] zugrunde zu legen. Beide unterscheiden zunächst zwischen Spezialisten und Generalisten. Auf der zweiten Ebene differenzieren sie zwischen einem primär bevölkerungsbezogenen Blick auf Gesundheit und dem Ansatz, eher die Gesundheit von Individuen verbessern zu wollen. Der GQR sollte für die Spezialisten gelten und eine Zuordnung zu einem entweder eher bevölkerungsbezogenen

oder einem eher individuellen Konzept ermöglichen.

Die Entwicklung des GQR erfolgte in einem mehrjährigen Prozess unter dem Dach des Kooperationsverbundes „Hochschulen für Gesundheit e. V.“. Die Auswahl der Hochschulen erfolgte interessenbasiert und freiwillig auf Basis eines Aufrufs unter den deutschsprachigen Mitgliedshochschulen (n = 37) des Kooperationsverbundes. Insgesamt beteiligten sich acht deutsche Hochschulen und ein

Tab. 1 Kompetenzniveaus der Dublin-Deskriptoren		
Dublin-Deskriptoren	Bachelor	Master
Wissen und Verstehen („knowledge and understanding“)	Wissen und Verstehen, das zumindest in einigen Bereichen an neue Erkenntnisse anknüpft	Vertieftes Wissen und Verstehen, Originalität im Entwickeln und Anwenden von Ideen
Wissen anwenden („applying knowledge and understanding“)	Wissen und Verstehen anwenden, formulieren und untermauern von Argumenten und Lösen von Problemen	Vertieftes Wissen und Verstehen in neuen oder unvertrauten Zusammenhängen innerhalb breiter Kontexte anbringen
Beurteilen („making judgements“)	Relevante Daten sammeln und interpretieren, um Einschätzungen zu stützen, die relevante soziale, wissenschaftliche und ethische Belange berücksichtigen	Wissen integrieren, trotz unvollständiger Informationen Einschätzungen formulieren, die soziale und ethische Verantwortung berücksichtigen
Kommunikation („communication“)	Ideen, Probleme und Lösungen an Experten und Laien vermitteln	Schlussfolgerungen, Wissen und zugrunde liegende Prinzipien klar und eindeutig an Experten und Laien kommunizieren
Lernstrategien („learning skills“)	Lernstrategien, um Studien selbstständig fortzusetzen	Lernstrategien, um Studien selbstbestimmt fortzusetzen

Tab. 2 Entwicklungsschritte der Genese des GQR		
Nr.	Zeitraum	Entwicklungsschritte
1	Juni 2009	1. Werkstatt-Tagung „Zukunft der Hochschulbildung für Gesundheitsberufe“ in Berlin – Konstituierung der Arbeitsgruppe, Festlegung von Arbeits- und Zeitplan vom 19.06.2009 in Berlin [22]
2	Oktober 2009	2. Werkstatt-Tagung „Zukunft der Hochschulbildung für Gesundheitsberufe“ vom 23./24.10.2009 in Berlin [23]
3	Dezember 2009	Entwicklung der Matrix durch die Hochschule Fulda
4	Januar bis Februar 2010	Ausfüllen der Matrix durch die Hochschulen
5	März 2010	Systematisierung der Beiträge an der Hochschule Magdeburg-Stendal
6	April 2010	Koordinierungstreffen in Fulda – Vorstellung und Diskussion der Beiträge der Hochschulen
7	Mai bis Juni 2010	Überarbeitung der Beiträge der Hochschulen und Zusammenstellung der überarbeiteten Beiträge in der Matrix an der Hochschule Magdeburg-Stendal
8	Juni 2010	Entwicklung und Fertigstellung der Synopse unter Einbindung der Beiträge der Hochschulen an der Hochschule Magdeburg-Stendal
9	Juni 2010	3. Werkstatt-Tagung „Zukunft der Hochschulbildung für Gesundheitsberufe im europäischen Kontext“ vom 24./25.06.2010 in Bochum Bilanztagung – Vorstellung und Diskussion der Synopse Bachelor [24]
10	November 2010	Koordinierungstreffen in Berlin – Diskussion der Synopse Master
11	Dezember 2010	Überarbeitung und Fertigstellung der Synopse Master an der Hochschule Magdeburg-Stendal
12	Mai 2011	„Zukunft der Hochschulbildung für Gesundheitsberufe: Wie können aus Gesundheitsberufen Gesundheitsberufe werden?“ am 26./27.05.2011 in Magdeburg [25] Präsentation und Diskussion der Ergebnisse [14]
13	November 2012	Die Zukunft der Gesundheitsberufe – Was können Hochschulen dazu beitragen? am 29./30.11.2012 in Berlin

Schweizer Hochschulstandort, die im Bereich der Gesundheitswissenschaften ausbilden. An der Entwicklung des GQR für den Bachelor und Master waren dies die HS Fulda, HS Magdeburg-Stendal, PH Heidelberg und die Universität Flensburg. Jeweils für den Bachelor die PH Schwäbisch Gmünd, für den Master die FH Ol-

ten, FU Berlin, PH Freiburg und Universität Bielefeld. Die Koordination der Arbeitsgruppe übernahm die Hochschule Magdeburg-Stendal (Standort Magdeburg, [22–25]). Die zentralen Entwicklungsschritte zur Genese des GQR sind in **Tab. 2** dargestellt.

Anregungen für den Entwicklungsprozess gab der bereits existierende FQR für die Soziale Arbeit [16]. Zunächst wurde eine 20 Felder umfassende Matrix entwickelt, die sich aus der oben beschriebenen Kombination des PHAC auf der horizontalen und der Dublin-Deskriptoren auf der vertikalen Ebene ergab. Entsprechend der Differenzierung von Griffiths u. Dark [12] wurden die neun beteiligten Hochschulen in einem ersten Schritt gebeten, zu klären, ob sie im Schwerpunkt für individuelle oder bevölkerungsbezogene Ansätze der Gesundheitsförderung, Gesundheitswissenschaften und Public Health ausbilden. Auf dieser Basis sollte anschließend die Matrix gemäß der curricularen Vorstellungen der Hochschulen jeweils für die Niveaustufe 6 (Bachelor) und für die Niveaustufe 7 (Master) ausgefüllt werden. Dabei galt es zu klären, welche Entscheidungen Absolventen in den einzelnen Handlungssträngen entsprechend der Dublin-Deskriptoren treffen, welches Wissen und Verstehen dafür notwendig ist und was dies für die Kommunikation und die Lernstrategien bedeutet. Da die Hochschulstandorte überwiegend Angaben, sowohl für eine bevölkerungsbezogene Perspektive als auch zugleich für individuelle Ansätze der Gesundheitsförderung zu qualifizieren, wurde diese Differenzierung aufgegeben.

Die Angaben wurden in einer Synopse inhaltsanalytisch gegenübergestellt und untersucht. Diese Analyse zielte auf die Entwicklung von Formulierungen, die einen Konsens ermöglichen. Die inhaltsanalytische Auswertung erfolgte sowohl qualitativ als auch quantitativ. Während bei der qualitativen Inhaltsanalyse da-

Tab. 3 Synopse des GQR für die Bachelorstudiengänge Gesundheitswissenschaften, Public Health und Gesundheitsförderung in Deutschland

PHAC→ Dublin-Deskriptoren ↓	„Assessment“ Erheben des Bedarfs von Maßnahmen	„Policy development“ Entwickeln von Strategien und Maßnahmen	„Assurance“ Sicherstellen von Rahmenbedingungen, Umsetzen	„Evaluation“ Bewertung von Maßnahmen, Projekten, Ansätzen, Studien
„Knowledge and understanding“ Wissen und Verstehen, das zumindest in einigen Aspekten an neueste Erkenntnisse anknüpft	Kennt die unterschiedlichen Determinanten von Gesundheit und Methoden im Zusammenhang mit denen Bedarfe an und Bedürfnisse nach Maßnahmen der Gesundheitsförderung ermittelt werden	Kennt die Strategien und Handlungsfelder der Gesundheitsförderung der WHO sowie nationale Entwicklungen und kennt deren zugrunde liegende wissenschaftlichen Theorien	Kennt relevante Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung; kennt die Strukturen des Sozial- und Gesundheitswesens und Bedingungen nationaler Sozial- und Gesundheitspolitik	Kennt Möglichkeiten und Methoden der Qualitätssicherung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung
„Applying knowledge and understanding“ Wissen und Verstehen anwenden, formulieren und untermauern von Argumenten und Lösen von Problemen	Kann fundiert begründen, welche Zielgruppen, Settings und Arbeitsfelder der Gesundheitsförderung relevant sind. Kann Datenquellen nutzen und Methoden der empirischen Sozialforschung einsetzen, um Bedarfe und Bedürfnisse zu identifizieren bzw. zu erheben	Kann mit Bezug auf Zielgruppen, Settings und Themenfelder geeignete (evidenzbasierte) Konzepte, Strategien und Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisänderung entwickeln und deren Einsatz begründen	Kann entscheiden, welche Bedingungen welche Art von Intervention erfordern und kann mit den Mitteln des Projektmanagements Interventionen unter Berücksichtigung partizipativer Ansätze umsetzen und steuern	Kann empirische Evidenz von Maßnahmen recherchieren und beurteilen sowie den Erfolg von selbst durchgeführten Interventionen auch unter Anwendung der Methoden der qualitativen und quantitativen Sozialforschung mit geeigneten Methoden und Instrumenten der Qualitätssicherung bewerten
„Making judgements“ relevante Daten sammeln und interpretieren, um Einschätzungen zu stützen, die relevante soziale, wissenschaftliche und ethische Belange berücksichtigen	Kann aus vorhandenen und aus selbst erhobenen Daten Schlussfolgerungen bzgl. individuellen und bevölkerungsbezogenen Gesundheitsressourcen, -risiken und -belastungen ziehen, um einen Bedarf an Maßnahmen nach wissenschaftlichen, sozialen und ethischen Gesichtspunkten zu begründen; kann dabei insbesondere Einflüsse von sozialer Ungleichheit, Alter und Geschlecht berücksichtigen	Kann Strategien, Ansätze, Methoden und Maßnahmen auf der Basis von Daten und Theorien entwickeln und an die alltäglichen und projektbezogenen Rahmenbedingungen anpassen; kann die dabei entstehenden Probleme reflektieren	Kann Entscheidungen für Interventionen bei spezifischen Zielgruppen treffen und reflektieren, welche Auswirkungen die Veränderungen auf andere gesundheitliche und soziale Bereiche haben könnten; kann Prioritäten unter sozialen und ethischen Gesichtspunkten setzen	Kann den Erfolg von Interventionen empirisch gestützt beurteilen und unter Berücksichtigung ethischer, wissenschaftlicher und sozialer Belange bewerten
„Communication“ Ideen, Probleme und Lösungen an Experten und Laien vermitteln	Kann die Ergebnisse Laien, Betroffenen, Experten, Entscheidern und der Öffentlichkeit gegenüber angemessen kommunizieren bzw. vermitteln	Kann gegenüber Ausgangslagen und Vorgehensweisen Laien, Betroffenen, Experten, Entscheidern und der Öffentlichkeit kommunizieren; kann eigene Sichtweisen im Team transparent machen und Sichtweisen anderer wahrnehmen und integrieren	Kann Maßnahmen kooperativ in einem professionellen Team durchführen und sie in Abstimmung und partizipativ mit den Zielgruppen umsetzen; kann gegenüber Entscheidungsträgern kommunizieren, welche Entscheidungen mit welchen Konsequenzen verbunden sind; kann Fachaustausch und Vernetzung organisieren und durchführen	Kann die kritische; reflektierte Bewertung von Strategien, Ansätzen und Methoden gesundheitsfördernder Projekte unterschiedlicher Adressatengruppen adäquat schriftlich und mündlich kommunizieren
„Learning skills“ Lernstrategien, um ihre Studien selbständig fortzusetzen	Verfügt über Strategien, um Informationslücken mit den Grundtechniken des wissenschaftlichen Arbeitens systematisch zu schließen	Verfügt über Strategien, um aus den Erfahrungen für weitere Maßnahmen lernen zu können; kann sich dabei neue Ansätze mit Grundtechniken des wissenschaftlichen Arbeitens allein und im Team erschließen	Kann eigene Vorgehensweisen und deren Ergebnisse reflektieren, weiter entwickeln und zum eigenen und wissenschaftlichen Erkenntnisstand in Beziehung setzen	Kann recherchierte und eigene Evaluationsergebnisse nutzen, um Methoden und Handlungsstrategien zu optimieren

von ausgegangen wird, dass alle relevanten Daten im Material enthalten sind und für die Beantwortung der Forschungsfrage

zu extrahieren sowie in ein Struktursystem zu überführen sind, steht in der quantitativen Inhaltsanalyse die Auszählung

manifesten Inhalte (z. B. mittels einer Frequenzanalyse) im Vordergrund [27, 28].

Da das Kategoriensystem mit der Matrix aus den Phasen des PHAC und den Dublin-Deskriptoren bereits vorlag und das Material somit wesentlich vorstrukturierte, konzentrierte sich die Auswertung auf die Zusammenführung und Reduktion der in den einzelnen Feldern getätigten Angaben. Primäres Ziel war es, Gemeinsamkeiten in den Angaben der Hochschulen herauszuarbeiten und in geeignete Formulierungen zu überführen. Die Auswertung erfolgte in einem iterativen Vorgehen, indem die Autoren zunächst unabhängig voneinander das Material analysierten und anschließend diskursiv in verschiedenen Schleifen zusammenfassten. Nach Abschluss dieser Auswertungsphase wurde das Ergebnis mit allen beteiligten Hochschulen diskutiert und auf Basis der Rückmeldung verfeinert.

Ergebnisse

Für Bachelorstudiengänge liegt ein konsensuell verabschiedeter GQR vor (Tab. 3). Absolventen von gesundheitswissenschaftlichen Bachelorstudiengängen sollten demnach in der Lage sein

- aus vorhandenen und selbst erhobenen Daten Schlussfolgerungen über individuelle und bevölkerungsbezogene Gesundheitsressourcen, Gesundheitsrisiken und Gesundheitsbelastungen zu ziehen, um unter Berücksichtigung der Einflüsse von sozialer Ungleichheit einen Bedarf an Maßnahmen nach wissenschaftlichen, sozialen und ethischen Gesichtspunkten zu begründen und dabei insbesondere Einflüsse von horizontaler und vertikaler sozialer Ungleichheit zu berücksichtigen,
- auf der Basis von Daten und Theorien geeignete Strategien und Maßnahmen zu entwickeln und an die alltäglichen und projektbezogenen Rahmenbedingungen anzupassen sowie die dabei entstehenden Probleme zu reflektieren,
- Entscheidungen für Interventionen bei spezifischen Zielgruppen zu treffen und zu reflektieren, welche Auswirkungen die Veränderungen auf andere gesundheitliche und soziale Bereiche haben könnten sowie Prio-

ritäten unter sozialen und ethischen Gesichtspunkten zu setzen,

- den Erfolg von Interventionen empirisch gestützt zu beurteilen und unter Berücksichtigung ethischer, wissenschaftlicher und sozialer Belange zu bewerten,

Für die wesentlich heterogeneren Masterstudiengänge konnte nur ein Entwurf entwickelt werden, der weitere Diskussionen mit einem größeren Kreis von Standorten erfordert, die vergleichbare Studiengänge anbieten (Tab. 4). Da sich zu dem Zeitpunkt der Erstellung des Fachqualifikationsrahmens zahlreiche Masterstudiengänge in einer Umbruchphase befanden, haben sich zu wenig Standorte an dem Entwicklungsprozess beteiligen können.

Diskussion

Studiengänge der Gesundheitswissenschaften bilden nicht für geregelte Berufe des Gesundheitswesens aus und können sich deshalb nicht auf staatliche Vorgaben beziehen. Während dies für das Gesundheitswesen eher die Ausnahme darstellt, ist es für die Mehrzahl der Studiengänge in Deutschland der Normalfall. Anders als für die etablierten Fächer wie Medizin, Psychologie oder Soziale Arbeit existieren für die Gesundheitswissenschaften keine Fakultäts- oder Fachbereichstage, die einen Austausch über anzustrebende Lernergebnisse ermöglichen würden. Solche Funktionen übernehmen bislang eher Fachgesellschaften, wie die Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH), die sich bislang allerdings nur zu Inhalten der Public-Health-Ausbildung, nicht jedoch zu Lernergebnissen geäußert hat.

Mit der Synopse des GQR für die akademische Stufe 6 (Bachelor) wurde ein Rahmenkonzept für die curriculare Konzipierung der Bachelorstudiengänge in den Gesundheitswissenschaften erstellt. Eine wesentliche Limitation ist darin zu sehen, dass es nicht gelungen ist, alle relevanten Hochschulstandorte aus Deutschland in den Diskussionsprozess einzubeziehen. Es bleibt daher offen, ob der für die Bachelorebene erzielte Konsens tatsächlich bundesweit trägt oder die Auswahl von Hochschulstandorten zufällig ein größeres Maß an Ähnlichkeiten bietet, als dies bei Einbe-

zug aller relevanten Bachelorstudiengänge der Fall wäre [13]. Dafür spricht, dass ein vergleichbarer Konsensprozess auf der Masterebene bisher noch nicht gelungen ist. Darüber hinaus sind Aussagen zur Gültigkeit des hier vorgestellten GQR für den Hochschulraum außerhalb Deutschlands (Österreich, Schweiz) derzeit nicht möglich, da sich lediglich eine Hochschule aus der Schweiz an der Entwicklung des GQR beteiligt hat. Folglich sind in den Prozess der Weiterentwicklung des GQR verstärkt weitere Hochschulen aus dem deutschsprachigen Ausland einzubeziehen.

Die inhaltliche Betrachtung auf der Bachelorebene zeigt, dass sowohl der Beurteilung von wissenschaftlich erhobenen Daten (s. Dublin-Deskriptor „making judgements“) als auch der Abwägung möglicher Auswirkungen unter ethischen und sozialen Gesichtspunkten eine hohe Bedeutung zugesprochen wird. Daraus wäre u. a. zu folgern, dass Methoden der empirischen Forschung, der Epidemiologie und der Ethik Gegenstand aller gesundheitswissenschaftlichen Bachelorstudiengänge sein müssten.

Eine Zuordnung, in welchen Modulen welche der geforderten Kompetenzen vermittelt werden, wäre ein nächster Schritt, der an den einzelnen Hochschulstandorten zu vollziehen wäre. Mit dem Ziel der qualitativen Weiterentwicklung der Studienangebote gilt es, die Modulkataloge auf die in den Synopsen abgebildeten Kompetenzbereiche zu überprüfen und entsprechend zu modifizieren. Die Entwicklung und Umsetzung entsprechender Curricula liegen jedoch im Entscheidungsbereich der Hochschulen. Die erarbeiteten Grundlagen zum GQR verbleiben deshalb letztendlich so lange unverbindlich, bis die involvierten Fachgesellschaften, Hochschulen, Fakultäten, Fachbereiche, Institute, Studiengänge und Akkreditierungsagenturen den GQR als Grundlage anerkennen würden. Das Votum der Akkreditierungsagenturen hat auf der inhaltlichen Ebene dabei nur empfehlenden Charakter [3]. Welchen realen Einfluss der GQR auf die Entwicklung und Transparenz von Studiengangskonzepten sowie auf die nationale Mobilität von Studierenden hat, bleibt auch dann abzuwarten.

Eine weitere Limitation betrifft die Tatsache, dass die Überlegungen zum GQR

Tab. 4 Entwurf einer Synopse des GQR für die Masterstudiengänge Gesundheitswissenschaften, Public Health und Gesundheitsförderung in Deutschland

PHAC→ Dublin-Deskriptoren ↓	„Assessment“ Erheben des Bedarfs von Maßnahmen	„Policy development“ Entwickeln von Strategien und Maßnahmen	„Assurance“ Sicherstellen von Rahmenbedingungen, Umsetzen	„Evaluation“ Bewertung von Maßnahmen, Projekten, Ansätzen, Studien
„Knowledge and understanding“ Vertieftes Wissen und Verstehen, Originalität im Entwickeln oder Anwenden von Ideen	Hat vertieftes Wissen über die Determinanten von Gesundheit und kennt differenzierte Verfahren, mit denen Bedarfe zur Verbesserung der Gesundheit einer Bevölkerung ermittelt werden	Hat vertieftes Wissen über die relevanten Public-Health-Theorien und kennt den konzeptionellen, empirischen Stand von Public Health auf nationaler und internationaler Ebene	Hat vertieftes Wissen über Gesundheitsversorgungsstrukturen und Präventionsstrategien auf nationaler und internationaler Ebene sowie über Zusammenhänge zwischen Gesundheit und gesellschaftlichen Entwicklungen	Hat vertieftes Wissen zur systematischen und kritischen Bewertung von Studien. Die Verfahren zur systematischen Bewertung von Maßnahmen, die sich auf die Gesundheit der Bevölkerung oder einzelner Teilgruppen auswirken (z. B. HIA, HTA, QM) sind bekannt
„Applying knowledge and understanding“ in neuen oder unvertrauten Zusammenhängen innerhalb breiter Kontexte anbringen	Kann Verfahren der empirischen Sozialforschung und Epidemiologie gegenstandsadäquat anwenden, um Public-Health-Probleme und Determinanten zu erheben und kann ggf. vorhandene Methoden weiterentwickeln	Kann für identifizierte Public-Health-Probleme geeignete Interventionsstrategien in unterschiedlichen Handlungsfeldern eigenständig (fort)entwickeln und wissenschaftlich begründen	Kann antizipieren, welche gesellschaftlichen Entwicklungsprozesse zu welchen gesundheitlichen Auswirkungen führen können und welche Rahmenbedingungen für Gesundheit sich dadurch wie verändern	Kann selbst Evidenzdesigns entwerfen und umsetzen sowie vorhandenes Wissen über Wirkungen und Leistungsfähigkeit von Interventionen auf andere Kontexte übertragen
„Making judgements“ Wissen integrieren, trotz unvollständiger Informationen Einschätzungen formulieren, die soziale und ethische Verantwortung berücksichtigen	Kann trotz begrenzter Informationen Schlussfolgerungen über Bedarfe zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems sowie der Settings auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene ziehen und Fragen zur Ethik und sozialer Ungleichheit einbeziehen	Kann die Folgen möglicher Strategien auf die gesellschaftliche Entwicklung und die Gesundheit der Bevölkerung oder einzelner Teilgruppen kritisch analysieren und reflektieren sowie unter ethischen und sozialen Gesichtspunkten Schlussfolgerungen für probate Interventionsstrategien ziehen	Kann vorhandenes Wissen auf neuartige bzw. zukünftig zu erwartende Rahmenbedingungen projizieren und Entscheidungen zur Förderung und Sicherstellung der Gesundheit von Bevölkerungsgruppen treffen und umsetzen	Kann unter Berücksichtigung ethischer und sozialer Gesichtspunkte die Effizienz und Effektivität von Interventionen interpretieren, kritisch bewerten und ggf. generalisieren sowie Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung treffen
„Communication“ Schlussfolgerungen, Wissen und zugrunde liegende Prinzipien, klar und eindeutig an Experten und Laien kommunizieren	Kann auf der Grundlage empirisch fundierter Sachverhalte den Laien und Experten gegenüber angemessen und differenziert kommunizieren, welche Interventionsbedarfe bestehen und wie sie erhoben werden	Kann Problemlösungsstrategien gegenüber Entscheidern und Wissenschaftlern unter Berücksichtigung divergierender Interessen und spezifischer Bedarfslagen einsetzen und gegenüber der jeweiligen Zielgruppe der Interventionen kommunizieren und vertreten	Kann Entscheidern, Wissenschaftlern und Zielgruppen gegenüber mündlich und schriftlich kommunizieren, welche Strategien und Maßnahmen zur Förderung und Sicherstellung von Gesundheit notwendig sind	Kann den Wissensstand zur Evidenz von Maßnahmen und dessen Weiterentwicklungsbedarf unter Berücksichtigung divergierender Interessen in unterschiedlichen Kontexten (Wissenschaft, Entscheidern, Laien) kommunizieren, vermitteln und vertreten
„Learning skills“ Lernstrategien, um Studien selbstbestimmt fortzusetzen	Hat Strategien entwickelt, um Wissenslücken systematisch, wissenschaftlich und kompetent fundiert zu schließen	Hat Strategien entwickelt, um aus den Erfahrungen für weitere Maßnahmen lernen zu können und kann dazu geeignete Forschungsstrategien adaptieren	Hat Strategien entwickelt, die Vorgehensweisen und deren Ergebnisse auf hohem Niveau wissenschaftlich zu reflektieren und neue Kompetenzen für die eigene Praxis zu entwickeln und Schlüsse für das zukünftige Vorgehen zu ziehen	Hat Strategien entwickelt, die Evaluation von Maßnahmen selbst durchzuführen sowie Wissen und methodische Kompetenzen weiterzuentwickeln

bisher auf einer rein akademischen Ebene verbleiben, ohne dass Stakeholder in den Prozess systematisch einbezogen werden konnten. Ebenso fehlt eine studiengangsübergreifende Analyse der tatsächlich geleisteten Tätigkeiten von Absolventen ge-

sundheitswissenschaftlicher Bachelorstudiengänge, um die Vorgaben des GQR daran zu überprüfen.

Ein Abgleich mit der internationalen Entwicklung, zumindest auf der europäischen Ebene, ist zudem bislang nicht sys-

tematisch erfolgt. Ein vom hier beschriebenen Vorgehen abweichender Weg wurde von der „International Union for Health Promotion and Education“ (IUHPE) mit der Entwicklung von Kernkompetenzen für die Gesundheitsförderung

(ComHP) beschriften [2, 7]. Hier ist ein Zertifizierungs- und Registrierungssystem für Fachkräfte und Ausbildungsgänge vorgesehen. In Abgrenzung dazu beschränkt sich der GQR allerdings nicht auf die Gesundheitsförderung, sondern umfasst auch die Studienbereiche der Gesundheitswissenschaften und Public Health.

Fazit für die Praxis

Der GQR kann in der curricularen Weiterentwicklung des gesundheitswissenschaftlichen Studienangebots in Deutschland wertvolle Anregungen geben, wenn die Module dazu in Bezug gesetzt werden. Sein darüber hinausgehender Nutzen wird davon abhängen, inwieweit er als verbindliche Basis der Studiengangsentwicklung und Studiengangsüberprüfung für die Hochschulen und Akkreditierungsagenturen akzeptiert wird. Der Prozess sollte deshalb auf eine breitere Basis gestellt werden, in dem neben den relevanten Hochschulen, Fachgesellschaften und entsprechend ausgerichteten Institutionen und Organisationen ebenfalls Vertreter aus der Praxis und Politik in die Diskussion mit einbezogen werden.

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. K. Baumgarten
FB Sozial- und
Gesundheitswesen
Hochschule Magdeburg-
Stendal
Standort Magdeburg
Breitscheidstr. 2
39114 Magdeburg
kerstin.baumgarten@
hs-magdeburg.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. K. Baumgarten, B. Blättner, K. Dadaczynski und T. Hartmann geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (2011) Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Bundesministerium für Bildung und Forschung, Berlin

- Barry M, Battel-Kirk B, Dempsey C (2012) The CompHP core competencies framework for health promotion in Europe. *Health Educ Behav* 39:648–662
- Blättner B (2012) Fachqualifikationsrahmen Public Health. *Forum Public Health* 20(77):7–9
- Blättner B (2012) Public-Health-Inhalte in anderen gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen. In: Schwartz FW et al (Hrsg) *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*, 3. Aufl. Urban & Fischer, München, S 807–810
- Blättner B, Hartmann T, Baumgarten K (2011) Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg) *Leitbegriffe der Prävention und Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten und Methoden*, 5. Aufl. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, S 30–35
- Bräutigam C, Evans M; Hilbert J (2013) Berufsbilder im Gesundheitssektor. Vom „Berufebasteln“ zur strategischen Berufsbildungspolitik. WISO Diskurs. Friedrich Ebert Stiftung, Bonn
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg) (2014) *Das CompHP Rahmenkonzept für die Gesundheitsförderung. Kernkompetenzen – Professionelle Standards – Akkreditierung. Konzept 5. Deutsche Kurzfassung. BZgA, Köln*
- Dehnbostel P, Neß H, Overwien B (2009) *Der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) – Positionen, Reflexionen und Optionen. Gutachten im Auftrag der Max-Traeger-Stiftung, Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft, Frankfurt*
- Deutscher Bundestag (2012) *Vierter Bericht über die Umsetzung des Bologna-Prozesses in Deutschland. Unterrichtung durch die Bundesregierung 17. Wahlperiode 02. 02. 2012 Drucksache 17/8640*
- Dierks ML (2012) *Public Health Ausbildung in Deutschland und Berufsfelder der Absolventinnen und Absolventen*. In: Schwartz FW et al (Hrsg) *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*, 3. Aufl. Urban & Fischer, München, S 799–803
- Europäische Union (2008) *Der europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Luxemburg*
- Griffiths J, Dark P (2005) *Shaping the future of public health: promoting health in the NHS. Department of Health and Welsh Assembly Government, London*
- Hartmann T, Baumgarten K, Dadaczynski K, Stolze N (2015, im Druck) *Gesundheitswissenschaften/Public Health und Gesundheitsförderung in Deutschland. Entwicklung der Bachelor- und Masterstudiengänge. Prävention und Gesundheitsförderung* 10(3)
- Hartmann T, Blättner B, Baumgarten K (2011) *Stand der Diskussion zum Fachqualifikationsrahmen für den Bachelor und Master im Bereich Gesundheitsförderung und Public Health*. In: Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit (Hrsg) *Zukunft der Hochschul-Bildung der Gesundheitsberufe III: Wie können aus Gesundheitsberufen Gesundheitsberufe werden? Tagungsband zur Fachtagung am 26./27.05.2011 an der Hochschule Magdeburg-Stendal, Magdeburg, S 46–51*
- Hochschulrektorenkonferenz (HRK) (2006) *Bologna-Reader. Texte und Hilfestellungen zur Umsetzung der Ziele des Bologna-Prozesses an deutschen Hochschulen*. Bonn
- Hochschulrektorenkonferenz (HRK) (2007) *Bologna-Reader II. Neue Texte und Hilfestellungen zur Umsetzung der Ziele des Bologna-Prozesses an deutschen Hochschulen*. Bonn, S 232
- Hochschulrektorenkonferenz (HRK) (2012) *Kompetenzorientierung im Studium. Vom Konzept zur Umsetzung*. In: *nexus impulse für die Praxis*. Heft 1. November 2012
- Joint Quality Initiative (2004) *Gemeinsame Dublin-Deskriptoren für Bachelor-, Master- und Promotionsabschlüsse*. www.jointquality.org
- Kaba-Schönstein L (2011) *Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg) *Leitbegriffe der Prävention und Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten und Methoden*, 5. Aufl. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, S 137–144
- Käble K (2008) *Die Gesundheitsfachberufe im Akademisierungsprozess: Aktuelle Entwicklungen und Problemfelder ihrer Höherqualifizierung*. In: Matzick S (Hrsg) *Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung*. Juventa, Weinheim, S 195–212
- Käble K (2009) *Neue Studiengänge im Gesundheitswesen. Zielgerichtete Entwicklung oder Experimentierfeld*. *GG Wissenschaft* 9(2):15–22
- Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e. V. (Hrsg) (2009a) *Dokumentation zur Tagung „Zukunft der Gesundheits- und Pflegestudiengänge – Herausforderungen zwischen Bologna-Zielen und Beschäftigungsentwicklung“ vom 19.06.2009 in Berlin, Magdeburg*
- Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e. V. (Hrsg) (2009b) *Dokumentation zur 2. Werkstatt-Tagung „Zukunft der Hochschul-Bildung für Gesundheitsberufe“ vom 23./24.10.2009 in Berlin, Magdeburg*
- Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e. V. (Hrsg) (2010) *Dokumentation zur 3. Werkstatt-Tagung „Zukunft der Hochschul-Bildung für Gesundheitsberufe im europäischen Kontext“ vom 24./25.06.2010 in Bochum, Magdeburg*
- Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e. V. (Hrsg) (2011) *Dokumentation zur Fachtagung „Zukunft der Hochschul-Bildung für Gesundheitsberufe III: Wie können aus Gesundheitsberufen Gesundheitsberufe werden?“ Tagungsband zur Fachtagung am 26./27.05.2011 an der Hochschule Magdeburg-Stendal, Magdeburg*
- Matzick S (Hrsg) (2008) *Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung*. Juventa, Weinheim
- Mayring P (2015) *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*, 15. Aufl. Beltz, Weinheim
- Merten K (2013) *Inhaltsanalyse: Einführung in Theorie, Methode und Praxis*, 2. Aufl. VS Verlag, Wiesbaden
- Nickel S (2011) *Der Bologna-Prozess aus Sicht der Hochschulforschung Analysen und Impulse für die Praxis*. CHE gemeinnütziges Centrum für Hochschulentwicklung. Arbeitspapier Nr. 148
- Pundt J (2006) *Professionalisierung im Gesundheitswesen*. Huber, Bern
- Rosenbrock R, Hartung S (2011) *Public Health Action Cycle/Gesundheitspolitischer Aktionszyklus*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg) *Leitbegriffe der Prävention und Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten und Methoden*, 5. Aufl. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, S 469–471
- Wiepcke C (2010) *Employability als Querschnittsansatz der Hochschulausbildung. Ein Spannungsfeld zwischen Gesellschaft, Unternehmen und Studierenden*. Schriftenreihe des Instituts für Gesellschaftswissenschaften der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd Nr.2