

Johannes Schaller & Björn Eichmann (Hrsg.)

Gesundheit braucht kluge Köpfe

10 Jahre SRH Hochschule für Gesundheit



Johannes Schaller

Björn Eichmann

Gesundheit braucht kluge Köpfe

Johannes Schaller
Björn Eichmann

Gesundheit braucht kluge Köpfe

10 Jahre SRH Hochschule für Gesundheit

Tectum Verlag

Johannes Schaller

Björn Eichmann

Gesundheit braucht kluge Köpfe. 10 Jahre SRH Hochschule für
Gesundheit

© Tectum – ein Verlag in der Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2017

E-Book: 978-3-8288-6840-3

(Dieser Titel ist zugleich als gedrucktes Werk unter der ISBN
978-3-8288-3988-5 im Tectum Verlag erschienen.)

Umschlagabbildung u. Logo: © SRH

Besuchen Sie uns im Internet
www.tectum-verlag.de

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind
im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Vorwort

Schaller, Johannes & Eichmann, Björn

Im Jahr 2017 feiert die SRH Hochschule für Gesundheit ihren 10. Geburtstag. Dies ist natürlich ein Anlass, um diese 10 Jahre Revue passieren zu lassen und einen Blick auf die Entwicklung unserer Hochschule zu werfen. Die Geschichte dieser sehr jungen staatlich anerkannten Hochschule in privater Trägerschaft ist dabei in erster Linie geprägt von aktiven Bemühungen, Studiengänge zu entwickeln und zu etablieren, die ihrem Profil und Auftrag als „Gesundheitshochschule“ gerecht werden. So wurden in den letzten 10 Jahren innovative, zukunftsgerichtete Studiengänge entwickelt, die sich an den Nachfragen unserer studentischen Kunden orientieren. Davon berichtet dieser Band.

Die Entwicklung unserer Hochschule ist natürlich nicht im luftleeren Raum geschehen, sondern war immer geprägt von den Rahmenbedingungen, die maßgeblich von der deutschen Hochschulpolitik und vor allem von aktuellen Entwicklungen im Gesundheitsbereich vorgegeben wurden. Damit ist die hier geschilderte Entwicklung vielleicht auch ein Spiegel augenblicklicher und künftiger Perspektiven im Bereich der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitsfachberufe.

Im Jahr 2006 wurde die SRH Hochschule für Gesundheit Gera als erste und mittlerweile auch einzige private Hochschule Thüringens gegründet und erhielt 2007 die vorläufige staatliche Anerkennung. Zum Wintersemester 2007 nahm die Hochschule mit vier Bachelorstudienängen und 77 Studierenden den Studienbetrieb auf, 2009 stieg die Zahl der Studierenden bereits auf über 300. Nach der erfolgreichen institutionellen Akkreditierung durch den Wissenschaftsrat 2010 wurde die Hochschule unbefristet staatlich anerkannt, 2012 folgten dann die ersten akkreditierten Masterstudiengänge. Im selben Zeitraum wurde das Angebot um ausbildungsintegrierende Studienmodelle erweitert. Dazu wurden staatlich genehmigte, rechtlich unselbstständige Außenstellen in Bonn, Düsseldorf, Heidelberg, Karlsruhe, Leverkusen und

Stuttgart eingerichtet. Die ausbildungsintegrierenden Studiengänge im Bereich der Physiotherapie und der Logopädie, die an unseren Standorten in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg angeboten werden, wurden in Zusammenarbeit mit der SRH Fachschulen GmbH entwickelt. Diese Kooperation profitiert von den jeweiligen Fachschulen, da diese oft auf jahrzehntelange Erfahrung zurückblicken können und somit eine Zusammenarbeit ermöglichen, auf die wir sehr stolz sind und die in Deutschland einzigartige Studiengänge ermöglicht.

Aufgrund der nachhaltig positiven Entwicklung und des starken Studierendenaufwuchses konnten wir im Jahr 2014 in ein modern ausgestattetes, neues Hochschulgebäude am Hauptstandort Gera mit 4.500 qm Fläche zum Lernen, Lehren und Forschen umziehen. Im Wintersemester 2017/2018 studierten über 1000 Studierende in 15 Studiengängen und fünf Studienmodellen an unserer Hochschule. Damit hat sich die Hochschule in den wenigen Jahren seit ihrer Gründung als eine feste Größe in der Thüringer Hochschullandschaft etabliert.

Die SRH Hochschule für Gesundheit ist Teil eines großen Netzwerkes – der SRH Gruppe. Im Jahr 1966 als Stiftung Rehabilitation Heidelberg (SRH) gegründet, ist die SRH ein führender Anbieter von Bildungs- und Gesundheitsdienstleistungen mit insgesamt über 13.000 Mitarbeitern, der mit 45 Tochterunternehmen an mehr als 60 Standorten deutschlandweit private Hochschulen, Bildungszentren, Schulen und Krankenhäuser betreibt. Die SRH Hochschule für Gesundheit ist dabei als „Gesundheitshochschule im Gesundheitskonzern“ eine von mittlerweile 10 SRH Hochschulen mit insgesamt über 13.000 Studierenden.

Die Struktur des hier vorliegenden Bandes orientiert sich an den Studiengängen, die in den letzten Jahren unsere Hochschule stark geprägt haben. Jeder dieser Studiengänge zeigt dabei seine Besonderheit, sein Profil und die jeweiligen Herausforderungen, mit denen er zu kämpfen hat. Nach der Darstellung des jeweiligen Studiengangs folgen Einblicke in Forschungsprojekte, Kooperationen, aber auch kritische Bewertungen. Im Rahmen dieser überblicksartigen Darstellungen ist es uns wichtig, auch unsere Studierenden als Vertreter des Studiengangs zu Wort kommen zu lassen. Aus diesem Grund werden bei der

Präsentation des jeweiligen Studienganges jeweils hervorragende studentische Abschlussarbeiten oder Projekte vorgestellt.

Aufgrund dieser Struktur wird sicherlich deutlich, dass an diesem Band eine Vielzahl von Autorinnen und Autoren mitgewirkt hat. Ihnen allen herzlichen Dank für diese tolle Teamarbeit!

Gera, Karlsruhe, Stuttgart, Heidelberg, Bonn, Leverkusen und Düsseldorf im Jahr 2017

Johannes Schaller & Björn Eichmann

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1:	Gesundheit der Zukunft – Zukunft der Gesundheit.....	1
Kapitel 2:	Die Studiengänge der Physiotherapie (Bachelor of Science)	9
Kapitel 3:	Die Studiengänge der Ergotherapie (Bachelor of Science).....	35
Kapitel 4:	Der Studiengang Logopädie (Bachelor of Science)	43
Kapitel 5:	Der Studiengang Neurorehabilitation (Master of Science)	61
Kapitel 6:	Der Studiengang Gesundheitspsychologie (Bachelor of Science)	77
Kapitel 7:	Der Studiengang Psychische Gesundheit und Psychotherapie (Master of Science).....	89
Kapitel 8:	Der Studiengang Medizinpädagogik (Bachelor of Arts)	101
Kapitel 9:	Der Studiengang Medizinpädagogik (Master of Arts)	115
Kapitel 10:	Der Studiengang Bildung und Förderung in der Kindheit (Bachelor of Arts)	125
Kapitel 11:	Der Studiengang Gesundheits- und Sozialmanagement (Master of Arts)	137
Kapitel 12:	Weitere akademische Perspektiven für die Gesundheitsfachberufe	143
Kapitel 13:	Success stories	169

Kapitel 1: Gesundheit der Zukunft – Zukunft der Gesundheit

Schaller, Johannes

Gesundheit und froher Mut, das ist des Menschen höchstes Gut.
(Deutsches Sprichwort)

1.1 Gesundheit im Fokus

Unser Gesundheitssystem ist immer für eine Schlagzeile gut. Es vergeht kaum ein Tag, an dem nicht zu diesem Thema berichtet wird (SPIEGELONLINE, 2017; Süddeutsche Zeitung, 2017). Dabei geht es um sämtliche mit Gesundheitsversorgung assoziierten Bereiche, etwa um Ärztemangel, steigende Kosten, die Anhebung von Krankenkassenbeiträgen, die Auflösung von Geburtenstationen in ländlichen Gebieten, um Big Data, die elektronische Gesundheitskarte, um Einspareffekte, die Betreuung sterbender Menschen, die Aufgaben von Notaufnahmen in den Krankenhäusern, aber auch um neue Behandlungsansätze, Forschungsprojekte etc... – die Liste ließe sich wohl fast endlos fortsetzen (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, 2017).

Die Bedeutung dieses Themas und seiner Rezeption in den Medien ist nicht weiter verwunderlich, geht es dabei doch um die Gesundheit, „unser höchstes Gut“ bzw. eines der wichtigsten Güter, wie es aus einer von "Spiegel online" 2015 veröffentlichten Umfrage der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) hervorgeht (Marquart, 2015). Nach den „wichtigsten drei Wünschen“ befragt, waren die Antworten der Interviewten recht übereinstimmend: Mehr als die Hälfte der Befragten (56%) wünschte sich Gesundheit, davon dachten die meisten an das eigene Wohlbefinden aber auch an das der Familie.

Jenseits des persönlichen Wohlbefindens hat Gesundheit eine große volkswirtschaftliche Bedeutung, die bei vielen gesundheitspolitischen

schen Diskussionen unterschätzt bzw. völlig vernachlässigt wird: Je gesünder die Bürger eines Landes, desto größer ist die individuelle Produktivität und auch das kollektive Wirtschaftswachstum (s. Überblick bei Marx & Rahmel, 2009). Damit zeigt sich, dass das Thema Gesundheit nicht nur für das Individuum sondern auch für unsere Gesellschaft höchste Relevanz besitzt.

Inwiefern wiederum die Qualität und Effizienz der deutschen Gesundheitsversorgung dem internationalen Vergleich Stand halten kann, wird sehr heterogen und manchmal sogar durchaus hitzig diskutiert (vgl. Manouguian et al., 2010; Robert-Koch-Institut, 2015). Fakt ist, dass das Gesundheitssystem in Deutschland immense Summen verschlingt. Das Statistische Bundesamt (2017) hat bekannt gegeben, dass sich die Gesundheitsausgaben in Deutschland im Jahr 2015 auf 344,2 Milliarden Euro oder 4213 Euro je Einwohner beliefen, d.h. jeder neunte Euro wurde für das Gesundheitssystem ausgegeben. Im Vergleich zum Vorjahr stiegen die Gesundheitsausgaben damit um 15,0 Milliarden Euro oder 4,5% und auch für die folgenden Jahre prognostiziert das Statistische Bundesamt einen weiteren Anstieg der Gesundheitsausgaben.

Jenseits der aktuellen Zahlen und Entwicklungen stellt sich natürlich die Frage nach der längerfristigen Dimension: Wie muss ein Gesundheitssystem der Zukunft gestaltet sein? Welchen Herausforderungen muss es sich stellen? Welchen Anforderungen muss es genügen? Wie müssen künftig Versorgungssysteme strukturiert sein? Welche Auswirkungen hat das auf bestehende Konzepte? Welche neuen Angebote müssen geschaffen werden?

Diese Fragestellungen lenken den Blick dann auch zu Aspekten der Personalausstattung und -qualifikationen und bringen Implikationen für den Bildungsbereich mit sich – oder anders formuliert: Welche Anforderungen werden in Zukunft an die „Profis“ im Gesundheitsbereich gestellt? Und welche Qualitäten und Qualifikationen sind dafür unabdingbar?

1.2 Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung der Zukunft

Die Herausforderungen an das Gesundheitswesen der Zukunft sind enorm (vgl. WHO, 2014). Exemplarisch seien dabei folgende Punkte benannt (vgl. Kurth, 2001 vgl. Sieger & Rustemeier-Holtwick, 2017):

Die Geburtenzahlen in Deutschland stagnieren. Dagegen steigen die Lebenserwartung, das Durchschnittsalter und der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt, 2000). Ältere wiederum nehmen mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch als Jüngere und auch die Zahl pflegebedürftiger, multimorbider Menschen nimmt damit zu (Statistisches Bundesamt, 2010; Nowossadek, 2012). Der medizinische Fortschritt erschließt neue Möglichkeiten in Prävention, Diagnostik und Rehabilitation (vgl. Krüger-Brand, 2014, S. 2208). Gleichzeitig weckt diese Entwicklung aber auch Ängste und Befürchtungen, wie z.B. „gefühllosen Pflegerobotern“ (vgl. Von Stösser, 2011) ausgeliefert zu sein oder aber unzureichendem Datenschutz und -sicherheit (vgl. Barmer, 2010).

Auch die Interaktion zwischen Leistungserbringern und Patienten unterliegt einem Wandel: Patienten sind oft sehr gut informiert, agieren eigenverantwortlich und mit einer gesteigerten – oftmals auch kritischen – Erwartungs- und Anspruchshaltung (vgl. Dieterich, 2007) gegenüber Versorgungsleistungen und erwarten auch kompetente Antworten und „Lotsenhilfe“ in einem mittlerweile hochkomplexen, komplizierten und ausdifferenzierten Gesundheitssystem. (vgl. Sachverständigenrat, 2007).

1.3 Gesundheitsberufe der Zukunft – zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Wie weiter oben schon angeführt, führen diese Entwicklungen auch zu neuen Anforderungen an die im Gesundheitsbereich Tätigen, es hat Auswirkungen auf Berufsprofile, auf Aus-, Fort- und Weiterbildungen; dabei entstehen auch „neue“ Berufe, die den sich wandelnden Anforderungen Rechnung tragen. Entsprechend konstatierte vor wenigen Jahren der Wissenschaftsrat (2012, S. 8): „Erforderlich ist eine insgesamt stärker kooperativ organisierte Gesundheitsversorgung, in der

insbesondere die Angehörigen der Gesundheitsfachberufe nicht nur zunehmend komplexere Aufgaben erfüllen, sondern in einem gewissen Umfang auch bestimmte, vormals von Ärztinnen und Ärzten wahrgenommene Aufgaben übernehmen. Die Veränderung der Arbeitsteilung wirkt sich wiederum auf die zukünftigen Qualifikationsfordernisse und Qualifizierungswege in den Berufen der Gesundheitsversorgung aus.“ Vor diesem Hintergrund forderte das Beratungsgremium 10 bis 20 % eines Ausbildungsjahrgangs in den Gesundheitsfachberufen akademisch zu qualifizieren; eine bloße Weiterentwicklung der für die Gesundheitsfachberufe üblichen Ausbildung an berufsbildenden Schulen reiche nicht aus, sondern die Ausbildung solle künftig an Hochschulen verortet werden. Mit dieser Forderung nach der Akademisierung der Gesundheitsberufe greift der Wissenschaftsrat auch Entwicklungen auf, die in vielen europäischen Nachbarstaaten schon lange ihren Lauf genommen haben (vgl. BMBF, 2014).

1.4 Die SRH Hochschule für Gesundheit – Perspektiveneröffner und Chancengeber

Die SRH Hochschule für Gesundheit hat sich wie andere Hochschulen, die für den Gesundheitsbereich qualifizieren, unter anderem den Zielen des Wissenschaftsrates verschrieben. Basierend auf einem umfassenden bio-psycho-sozialen (vgl. Engel 1977, 1980) Verständnis von Gesundheit, in dem neben den körperlichen Zuständen auch psychische Komponenten und soziale Prozesse unter „Gesundheit“ verstanden werden, gehören nach unserem Selbstverständnis neben den „klassischen“ Gesundheitsfachberufen (auf die sich die Stellungnahme des Wissenschaftsrates in erster Linie bezieht) auch pädagogische und psychologische Berufe dazu.

Um aber eine qualitativ hochwertige Ausbildung von Spezialisten für den Gesundheitsbereich gewährleisten zu können, gilt es eine Reihe von spezifischen Anforderungen zu bewältigen, die hier in aller Kürze und ohne Anspruch auf Vollständigkeit genannt sein sollen:

- Für all diese Berufe ist eine theoretisch fundierte und gleichzeitig praxisgerechte Ausbildung vonnöten. Dies ist der Maßstab, an dem sich die Konzeption der Curricula, die Qualität der Lehre und damit die fachliche und pädagogische Qualifikation der Hochschul-

mitarbeiter messen lassen müssen, die dafür idealerweise langjährige praktische Erfahrung und auch die entsprechende akademische Expertise mitbringen.

- Jenseits der Forderung des Wissenschaftsrats, Bachelorstudiengänge einzurichten, muss es darum gehen, diese vormals schulischen Fächer auch zu wissenschaftlichen Disziplinen zu entwickeln, „mit allem, was dazugehört, mit der gesamten akademischen Laufbahn, aber vor allem auch mit der Implementierung genuiner Forschung“ (Gerst & Hibbeler, 2012, S. 2461).
- Die Akademisierung der Gesundheitsberufe benötigt mehr als die klassischen Vollzeitstudiengänge. Die Studienmodelle müssen innovativ sein und flexibel auf die verschiedenen familiären, beruflichen und privaten Lebenssituationen der Studierenden eingehen, d.h. neben den klassischen Vollzeitmodellen werden sowohl ausbildungs- als auch berufsbegleitende Studienformen benötigt.
- Neben den Studienformaten müssen auch die -inhalte auf die doch sehr heterogene Zielgruppe und deren eventueller Vorerfahrungen zugeschnitten sein: junge Abiturienten, Fachschüler, Studierende mit abgeschlossener Berufsausbildung, Berufserfahrung und Familie.
- Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitsbereich geschieht in Deutschland nach wie vor in weiten Teilen durch Fachschulen und Weiterbildungsinstitute. Die Hochschulangebote befinden sich an der Schnittstelle zu diesen Institutionen. Auch hier sind innovative Angebote vonnöten, um eine Akademisierung überhaupt zu ermöglichen.
- Die Ausübung und Ausbildung im Bereich der Gesundheitsberufe ist durch nationale Gesetze und Berufsordnungen geregelt, die auch einem steten Wandel unterliegen, die dazu führen, dass auch Studienprogramme immer wieder aktualisiert werden müssen. Hier seien beispielhaft die Verlängerung der Modellklausel im Ergotherapeuten-, Hebammen-, Logopäden- sowie im Masseur- und Physiotherapeutengesetz bis 2021 (vgl. Gröhe & Fischbach, 2016) oder die Gesetzesinitiative zur generalistischen Ausbildung in der Pflege genannt (vgl. Die Bundesregierung, 2016).

Die SRH Hochschule für Gesundheit kann nach 10 Jahren trotz dieser Anforderungen ein sehr positives Resümee ziehen. Die Daten aus der

internen Absolventenbefragung zeigen, dass für über 90 Prozent der Bachelorstudierenden der berufliche Werdegang nahtlos dem ersten akademischen Abschluss folgte. Etwa jeder zweite befindet sich bereits bei Abschluss des Studiums in einer Anstellung in Teilzeit, jeder dritte schließt unmittelbar ein weiteres Studium - in der Regel ein Masterstudium - an. Eher selten (ca. 1%) geht der Weg nach dem Abschluss in die Selbständigkeit oder wird im Ausland fortgesetzt.

Dennoch bleibt festzustellen, dass diese Karrierepfade sich sehr unterscheiden, stark von individuellen Komponenten geprägt und unter Systemgesichtspunkten wohl auch erst zu entwickeln sind. Analysiert man diese Pfade etwas genauer, so kann man sich der Position von Ewers (2008, S. 24) nur anschließen: „Noch ergeben die neuen Qualifizierungsangebote in Deutschland kein schlüssiges Bild: Es fehlt an einem Gesamtkonzept sowie einer sinnvollen Abstimmung zwischen den Bildungssektoren und den unterschiedlichen Gesundheitsberufen. [...] Manche Aktivitäten beschränken sich auf einzelne Disziplinen oder verfolgen Partikularinteressen, andere verstricken sich in berufspädagogischen und curricularen Detailfragen. Innovationen, die an Besitzstände und Machtstrukturen einzelner Gesundheitsberufe röhren, provozieren lautstarken Widerstand. Oftmals wird die Experimentierfreude durch ökonomische Gegenargumente schon im Keim erstickt – etwa wenn die mit höheren Bildungsabschlüssen einhergehenden Einkommenserwartungen breiter Gruppen von Gesundheitsberufen und die Konsequenzen dessen für die Finanzierung der Gesundheitssysteme insgesamt problematisiert werden. In der Summe – so ist zu resümieren – wird die Breite und Tiefe des hier aufgegriffenen Themas und dessen Relevanz für die öffentliche Gesundheit in Deutschland unterschätzt.“

So wird es in Zukunft für die Gesundheitshochschulen wohl auch darum gehen, die Relevanz der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe und die damit einhergehenden Implikationen für die öffentliche Gesundheit noch stärker als bisher darzustellen und in Zusammenarbeit mit anderen Agenten des Gesundheitssystems die in Ansätzen vorhandenen Karrierewege „breiter“ und neu zu beschreitende zu schaffen und somit auch die Gesundheit der Zukunft mitzugestalten. Eine Hochschule, wie die SRH Hochschule für Gesundheit, wird damit

auch immer einen Beitrag leisten für die Zukunft – für die Zukunft der Gesundheit.

Literatur

- BARMER GEK (Hrsg). (2010). *Nutzen und Akzeptanz von elektronischen Gesundheitsakten. Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben. Kurzfassung*. Köln: Eigenverlag.
 Berlin: Eigenverlag. Zugriff am 25.04.2017 unter <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2014): *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Band 15 in der Reihe Berufsbildungsforschung*. Zugriff am 21.04.2017 unter https://www.bmbf.de/pub/Berufsbildungsforschung_Band_15.pdf
- Bundeszentrale für politische Bildung. Gesundheitspolitik. Zugriff am 21.04.2017 unter <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/>
- Die Bundesregierung (2016): *Reform der Pflegeberufe. Kostenfreie Ausbildung für die Pflege*. Zugriff am 25.04.2017 unter <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2016/01/2016-01-13-reform-pflegeberufe.html>
- Dieterich, A. (2007). Arzt-Patient-Beziehung im Wandel: Eigenverantwortlich, informiert, anspruchsvoll. *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (37), 2489-2491.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*, 137 (5), 535-544.
- Ewers, M. (2008): Die Zukunft der Gesundheitsberufe. Nachwuchsförderung und Qualifizierung auf dem Prüfstand, *Dr. med. Mabuse*, 173, 22-24.
- Gerst, T. & Hibbeler, B. (2012). Auf dem Weg in die Akademisierung. *Deutsches Ärzteblatt*, 109 (49), 2458-2461.
- Gröhe, H. & Fischbach, I. (2016): "Bessere Versorgung und Beratung von Pflegebedürftigen vor Ort". *Bundestag verabschiedet das Dritte Pflegestärkungsgesetz*. Zugriff am 25.04.2017 unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/press/e/pressemitteilungen/2016/4-quartal/psg-iii-verabschiedung-bt.html>
- Krüger-Brand, Heike E. (2014). Technisierung der Medizin: „Die Technik ist uns auf den Leib gerückt“. *Deutsches Ärzteblatt*, 111 (50), 2208-2212.
- Kurth, B.-M. (2001). Demographischer Wandel und Anforderungen an das Gesundheitswesen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 44 (8), 813-822.
- Manouguian, M.-S., Stöver, J., Verheyen, F. & Vöpel, H. (2010). *Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung im internationalen Vergleich*, HWI Policy Paper 55, Hamburg: Eigenverlag.

- Marquardt, M. (2015). *Umfrage zu Zukunftswünschen. Wovon die Deutschen träumen.* Zugriff am 19.04.2017 unter <http://www.spiegel.de/wirtschaft/service/umfrage-gfk-wuensche-der-deutschen-von-guter-fee-a-1022735.html>
- Marx, P. & Rahmel, A. (2009): Gesundheit als Investitionsgut. Bedeutung einer gesünderen Bevölkerung für Gesellschaft und Ökonomie. In B. Vogel, Konrad Adenauer-Stiftung e.V. & V. Schumpelick (Hrsg.), *Volkskrankheiten. Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft* (S. 378-393). Herder Verlag: Freiburg.
- Novossadeck, E. (2012). Demografische Alterung und stationäre Versorgung chronischer Krankheiten. *Deutsches Ärzteblatt*, 109 (9), 151-157.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.*
- Sachverständigenrat (2007). *Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung.* Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Sieger, M. & Rustemeier-Holtwick, A. (2017). *Gesundheit der Zukunft – Zukunft der Gesundheit. Forschungs- und Entwicklungsprojekt. Unveröffentlichter Abschlussbericht.* Gera: ohne Verlag.
- SPIEGELONLINE: Gesundheitspolitik. Alle Artikel und Hintergründe. Zugriff am 19.04.2017 unter <http://www.spiegel.de/thema/gesundheitspolitik/>
- Statistisches Bundesamt (2000). *Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis 2050. Ergebnisse der 9. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung.* Eigenverlag: Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2010): *Gesundheit. Fachserie 12. Reihe 7.2: Krankheitskosten 2002–2008.* Eigenverlag: Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2017). *Pressemitteilung vom 21. Februar 2017 –61/17.* Zugriff am 20.04.2017 unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/02/PD17_061_23611pdf.pdf?__blob=publicationFile
- Süddeutsche Zeitung. Gesundheitspolitik. Zugriff am 20.04.2017 unter <http://www.sueddeutsche.de/thema/Gesundheitspolitik>
- Von Stösser, A. (2011). Roboter als Lösung für den Pflegenotstand? Ethische Fragen. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 3, 1-9.
- Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen.* Zugriff am 15.12.2015 unter <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>
- World Health Organization/ Regionalbüro für Europa (2014). *Gesundheit 2020 – das Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden.* Zugriff am 25.04.2017 unter www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020

Kapitel 2: Die Studiengänge der Physiotherapie (Bachelor of Science)

Erhardt, Tobias & Elsner, Bernhardt

Von der Gymnastikausbildung über die „Krankengymnastik“, die fachschulische Qualifikation, bis hin zur Akademisierung: Die Physiotherapie entwickelt sich weiter. Sie wird zur Profession, orientiert sich an gesellschaftlichen Wertuniversalien, ergänzt Wissenschaft mit Berufs- und Erfahrungswissen und kontrolliert das eigene Handeln (Erhardt, Braun, Fischer, 2015).

Durch neue Krankheitsbilder im neurologischen, pädiatrischen, chirurgischen, internistischen und orthopädischen Bereich hat sich die Physiotherapie zu einem unverzichtbaren Bestandteil des Therapieangebots entwickelt. Krankenkassen fordern den Wirkungsnachweis physiotherapeutischer Anwendungen. Dazu benötigt die Physiotherapie ausgebildete Fachkräfte, die in der Lage sind, durch wissenschaftliches Arbeiten diese Nachweise zu erbringen. Unter modernen Gesichtspunkten der Krankenversorgung, insbesondere chronisch kranker Menschen und Menschen mit Behinderungen, sind interdisziplinäre Behandlungskonzepte „state of the art“.

Dabei ist es notwendig, dass sich die beteiligten Fachleute kritisch mit den zur Verfügung stehenden Verfahren auseinandersetzen und im Dialog untereinander und mit den Patienten selbst individuelle Konzepte erarbeiten. Die demographische Entwicklung, ein verstärktes präventives Bewusstsein und die Bewegungsarmut in der Dienstleistungsgesellschaft verstärken den zukünftigen Bedarf an Physiotherapeuten mit einer fachwissenschaftlichen, interdisziplinären und persönlichen Handlungskompetenz.

Neben den klassischen physiotherapeutischen Anwendungen treten neue und interdisziplinäre Methoden als berufliche Herausforderung in den Vordergrund. Dabei werden Tätigkeitsfelder in der Prä-

vention, Therapie und Rehabilitation tangiert von Aufgaben in den Bereichen Gesundheitsmanagement, Qualitätssicherung, Management und Forschung. Ganzheitliche Behandlungen erfordern interdisziplinäres Wissen, Kompetenzen und Können. Der physiotherapeutische Studiengang an der SRH Hochschule für Gesundheit wird in drei verschiedenen Modi angeboten: (1) ausbildungsintegrierend, (2) ausbildungsbegleitend und (3) berufsbegleitend.

Der ausbildungsintegrierende Bachelorstudiengang Physiotherapie wird als siebensemestriges Vollzeitstudium an den Studienorten Karlsruhe, Stuttgart und Leverkusen durchgeführt. Die Studierenden sind im ersten Studienabschnitt, Semester 1 bis 6, auch Berufsfachschüler der SRH Fachschulen für Physiotherapie. Sie schließen diesen Abschnitt gemäß der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV) mit dem Staatsexamen ab und erhalten die Berufsanerkennung als Physiotherapeut. Danach folgt das abschließende 7. Semester. Das Studium wird jeweils mit der Bachelorarbeit und dem Kolloquium abgeschlossen.

Der Studiengang vermittelt die notwendigen Kompetenzen und Schlüsselqualifikationen für Leitungspositionen in Einrichtungen (z.B. Praxen, Rehabilitationseinrichtungen, medizinischen Zentren, Kliniken, Schulen) des Gesundheitswesens. Die curricularen Inhalte richten sich an den aktuellsten Erkenntnissen nationaler und internationaler Therapie und Forschung aus. Die innovative Verbindung von Praxis und anwendungsorientierter Forschung ermöglicht eine ideale Kombination evidenzbasierter Physiotherapie. Kritisches Hinterfragen von Therapien, Diagnostik und Screening (z.B. das Erkennen von Red Flags, Yellow Flags) aber auch die Integration des Patienten (Shared Decision Making, partizipative Entscheidungsfindung) sind zentrale Ziele des seit 2012 existierenden und in Deutschland in dieser Form einzigartigen Studienganges. Besonders hervorzuheben sind die zahlreichen Kooperationspartner an den jeweiligen Standorten. Kliniken, medizinische Zentren, Rehabilitationseinrichtungen aber auch Praxen ermöglichen einen idealen Theorie-Praxis Transfer. Darüber hinaus gibt es im Bereich anwendungsorientierter Forschung mit diesen Partnern, aber auch mit anderen Hochschulen, Universitäten und Partnern aus Industrie und Wirtschaft ein wachsendes Netzwerk.

Die Nachfrage nach Physiotherapeuten auf dem deutschen Arbeitsmarkt ist sehr groß. Ein zunehmender Fachkräftemangel führt zeitnah zu einem Versorgungsproblem im Gesundheitswesen. 100% der bisherigen Abgänger erhalten auch deshalb sofort nach Beendigung ihres Studiums eine Anstellung. Physiotherapeuten mit akademischem Abschluss werden in aktuellen Stellenanzeigen für Leitungs- bzw. Lehrfunktionen gesucht.

Im ausbildungsbegleitenden Studienmodell werden Fachkompetenzen in den Bereichen Neurowissenschaften und Neurorehabilitation geschult. Die Immatrikulation ist nach dem erfolgreichen Absolvieren des ersten Ausbildungsjahrs der Physiotherapieausbildung möglich. Das Studium verläuft im Jahr zwei und drei der Ausbildung parallel zu dieser. Anschließend folgt ein dreisemestriger Vollzeitstudienabschnitt, der mit dem Bachelor of Science (B. Sc.) abschließt.

Das berufsbegleitende Studienmodell ermöglicht das Studium der Physiotherapie nach erfolgreich absolviertter Physiotherapieausbildung innerhalb von 6 Semestern und schließt ebenfalls mit einem Bachelor of Science (B. Sc.) ab. Im berufsbegleitenden Modell besteht die Möglichkeit, sich außerhochschulisch praktisch erworbene Kompetenzen in Form von Zertifikatsweiterbildungen der Krankengymnastik am Gerät (KGG) sowie manueller Therapie (MT) auf das Studium anzurechnen zu lassen. Die Entwicklung der Wahlschwerpunkte „Manuelle Therapie“ sowie „Neurorehabilitation“ erfolgte mit unseren Kooperationspartnern aus der Praxis (das Medi ABC, Physio-Akademie, IAOM sowie NOZ Leipzig bzw. des DGNKN e.V.).

Dieser Studiengang ist eine Antwort auf die vom Wissenschaftsrat empfohlene Teilakademisierung in der Physiotherapie von ca. 10-20 % (derzeit ca. 3 %). Die enge Verzahnung von Wissenschaft, Praxis und Weiterbildung machen diesen Studiengang ebenfalls einzigartig. Unserer Absolventinnen und Absolventen gewinnen nahezu regelmäßig Wissenschaftsprize für die herausragende Qualität ihrer Abschlussarbeiten.

Die Qualifikationsziele des Studiengangs sind reflektierende Praktiker, die zu einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung beitragen können. Aktuell laufende Forschungsprojekte sind (1) eine fragebogenbasierte Online-Umfrage zum Kenntnisstand von praktisch tätigen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten zur evidenzbasierten

Praxis, (2) die Effektivität von physiotherapeutischen Interventionen zur Wiederherstellung der Funktion nach Schlaganfall sowie beim idiopathischen Parkinson-Syndrom (IPS), sowie (3) die Effektivität physiotherapeutischer Interventionen zur Wiederherstellung der Funktion bei chronisch kritisch kranken Menschen mit einem auf der Intensivstation erworbenem Schwächesyndrom.

Kapitel 2.1: Manuelle Lymphdrainage nach Schlaganfall - Die Wirkung der Manuellen Lymphdrainage auf den intrakraniellen Druck, die frührehabilitative Entwicklung und das Immunsystem akuter Schlaganfallpatienten (Bachelorarbeit)

Koch, Ulrike

Einleitung

2013 gehörte der Schlaganfall zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2014). Entgegen bisheriger Meinungen konnten nun Louveau et al. (2015) Lymphgefäß im Gehirn nachweisen. Aus diesem Grund scheint es sinnvoll, die Manuelle Lymphdrainage (MLD) als möglichen Therapieansatz für Schlaganfallpatienten zu untersuchen.

Methode

Sieben akute Schlaganfallpatienten (ischämisch und hämorrhagisch) wurden in einer nicht randomisierten, teilweise kontrollierten klinischen Studie am Klinikum Darmstadt behandelt. Die Interventionsgruppe erhielt täglich eine MLD am Kopf und wenn möglich intraoral. Untersucht wurde die Wirkung auf den intrakraniellen Druck (ICP),

die frührehabilitative Entwicklung (Frühreha-Barthelindex, FRBI) und das Immunsystem.

Ergebnisse

In der Interventionsgruppe konnte eine kurzfristige Senkung des ICP durch die MLD festgestellt werden ($\varnothing -0,58$ mm Hg). Der FRBI verbesserte sich in Interventions- und Kontrollgruppe, was keine Rückschlüsse auf die MLD zulässt. Die dokumentierten Blutparameter (CRP und Gesamtleukozytenzahl) konnten einen Effekt der MLD auf das Immunsystem weder bestätigen noch widerlegen.

Diskussion

Der Verlauf des ICP liefert erste Hinweise über den Einfluss der MLD auf das zentrale Nervensystem. Die geringe Teilnehmerzahl lässt jedoch keine allgemeingültigen Schlussfolgerungen zu.

Fazit

Um die Wirkung der MLD auf die Schlaganfallsymptomatik nachzuweisen sind randomisierte, kontrollierte Studien notwendig. Positive Ergebnisse würden neue Therapieansätze für die Neurorehabilitation liefern.

Kapitel 2.2: Unterscheiden sich interdisziplinäre Therapiekonzepte von physiotherapeutischen Therapiekonzepten in ihrer Wirkung auf Patienten mit Morbus Parkinson? Eine systematische Literaturrecherche (Bachelorarbeit)

Morreale, Vanessa

Einleitung

Diese Arbeit untersucht den Unterschied in der Wirkung zwischen multidisziplinären Therapiekonzepten (MDT) und physiotherapeutischen Therapiekonzepten (PT) bei Patienten mit Morbus Parkinson.

Methodik

Eine systematische Literaturrecherche in der Meta-Datenbank PubMed wurde durchgeführt. Die Literatur wurde selektiert, die Inhalte analysiert und die Evidenzstärke klassifiziert.

Ergebnisse

Die Recherche ergab 27 Arbeiten (16 Studien, 11 Reviews). Die Evidenzstärke, welche nach dem Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) eingestuft wurde, lag zwischen I+ und III. Für beide Therapiekonzepte konnte ein positiver Effekt festgestellt werden. Dies wie-

sen 69,2% der MDT-Studien auf, in der Physiotherapie waren es 75% der Studien. Eine Heterogenität des Studiendesigns und der Ergebnisse war zu erkennen.

Diskussion

Beide Therapiekonzepte wiesen positive Tendenzen auf. Da die Studiendesigns und Ergebnisse eine Heterogenität innehatten, war der Vergleich der Studien miteinander schwierig. Ähnliche Erkenntnisse dokumentierten die analysierten Reviews. Dort kristallisierte sich zunehmend eine Forderung nach organisierten Therapiezentren und Netzwerken aus, um eine Bündelung der Kompetenzen zu erzeugen.

Kapitel 2.3: Evidenzlage des PECH-Schemas in der Sporttraumatologie (Bachelorarbeit)

Lindner, Marco

Einleitung

Das PECH-Schema wird zur ersten Versorgung akuter Sportverletzungen angewandt. In dieser Arbeit wird die Evidenzlage dieser Anwendung untersucht, zusammengefasst und kritisch reflektiert.

Methodik

Es wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken von Pubmed und PEDro zu PECH und den Symptomen Schmerz, Schwellung und Beweglichkeit durchgeführt. Insgesamt wurden 12 relevante Artikel identifiziert.

Ergebnisse

Eine funktionelle Behandlung ist effektiver als Ruhigstellung. Eis lindert Schmerzen, verringert jedoch die Beweglichkeit. Eine Schwel-lungsreduktion durch Kühlung ist nicht belegt. Die Kompressionstherapie ist effektiv. Es gibt keine Evidenz für Hochlagerung.

Diskussion

Die Evidenzlage steht im Widerspruch zur gängigen Praxis. Die Komponenten wurden teilweise widerlegt.

Schlussfolgerung

Aufgrund der fehlenden Evidenz von PECH kann häufig nur individuell über die Anwendung im Akutfall entschieden werden. Es bedarf in jedem Fall weiterer Forschung.

Kapitel 2.4: Überprüfung von Faszieneigentherapien bei Sportlern. Vergleich von Fascia Releazer® vs. Pin Roller (Bachelorarbeit)

Schweisthal, Miriam

Hintergrund

Die Faszieneigentherapie tritt im Bereich der Physiotherapie sowie im Sportbereich immer mehr in den Vordergrund. Daher ist es umso wichtiger ihre Wirkungen und die Effektivität dieser Techniken zu hinterfragen.

Methode

Mit Hilfe einer Studie an Sportlern wurden die Techniken des „Rolling“ und des „Shearing“, die in der Faszieneigentherapie inkludiert sind, auf ihre Effektivität untersucht werden. Als Vertreter des „Shearing“ wurde der Fascia Releazer® verwendet, für das „Rolling“ ein Pin Roller.

Ergebnisse

Anhand der Studie konnte die Durchblutung gesteigert sowie die Steifigkeit des Gewebes gesenkt werden. Einen Einfluss auf die Elastizität bei einer kurzen Interventionsdauer, wie sie in der Studie verwendet wurde, konnte nicht bestätigt werden. Die Sensibilität bzw. das Empfinden an der behandelten Fläche konnte jedoch deutlich beeinflusst

werden. Zudem konnten Veränderungen in der Hydratation des Gewebes mittels des Fascia Releazer®'s festgestellt werden.

Ausblick

Es sind noch weitere Studien notwendig, um genauere Aussagen über die Wirkungsweise der einzelnen Therapiegeräte im Gewebe belegen zu können.

Kapitel 2.5: Effektivität der manuellen Lymphdrainage in Kombination mit manueller Therapie als konservative Therapie nach akuten, lumbalen Bandscheibenvorfällen (Bachelorarbeit)

Gehrig, Ina

Hintergrund

Bei 5% der Patienten mit Rückenschmerzen ist ein Bandscheibenvorfall die Schmerzursache (Lühmann et al., 2005; Börm et al., 2005). Fast 100 000 Bandscheibenoperationen wurden 2012 in Deutschland durchgeführt (Neubauer, 2013). Operationen bergen aufgrund der superfizialen oder profunden Wundheilungsstörungen das Risiko einer Chronifizierung (Krämer, 2006, S. 72).

Methode

Diese Arbeit untersucht den Einfluss von manueller Lymphdrainage (MLD) kombiniert mit manueller Therapie (MT) auf akute, lumbale Bandscheibenvorfälle. Für ein Pilotprojekt wurden sechs Probanden mit akutem, lumbalem Bandscheibenvorfall in zwei Gruppen randomisiert. Beide Gruppen erhielten während der untersuchten Woche MT. Die Interventionsgruppe erhielt zusätzlich Behandlungen mit MLD.

Ergebnisse

Die konservative Therapie mit MT kombiniert mit MLD hat nach einem akuten, lumbalen Bandscheibenvorfall positive Auswirkungen auf Schmerzen (VAS) und die Beweglichkeit (Fersen-Boden-Abstand, Finger-Boden-Abstand, Schober-Zeichen, Ott-Zeichen) im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Schlussfolgerung

Es gibt bisher kaum Studien, die die Kombination beider Techniken bei Bandscheibenvorfällen untersuchen. Weitere Studien sind notwendig.

Kapitel 2.6: Prädiktoren in der ambulanten Rehabilitation nach Knie-TEP. Eine prospektive Kohortenstudie (Bachelorarbeit)

Krondorf, Lukas

Forschungsfrage

Welche Prädiktoren in der ambulanten Rehabilitation von Patienten mit Knie-TEP gibt es?

Hintergrund

Die Identifikation der Prädiktoren kann zu einer optimierten Rehabilitationsmaßnahme und besserer Funktion des operierten Kniegelenkes führen.

Methodik

Bei dieser prospektiven Kohortenstudie mit 16 Probanden, die alle eine Knie-Totalendoprothese erhalten haben, wurde eine ambulanten Reha durchgeführt.

Messparameter

Physiotherapeutischer Befund, Knee-Osteoarthritis-Outcome-Score (KOOS) und eine modifizierte Variante des Timed-Up-Go-Test (mTUG).

Ergebnisse

Der subjektive Ruheschmerz ist der beste Prädiktor für höhere KOOS-Werte ($p = 0,005$; $\eta^2 = 0,590$; $\eta^2 = 35\%$) und geringere Belastungsschmerzwerte ($p < 0,01$; $\eta^2 = 0,751$; $\eta^2 = 56\%$) am Ende der Reha. Der Grad der Bildung, Behandlungsdauer und Geschlecht der Probanden beeinflussen das Ergebnis. Alter, soziale Faktoren und sportliche Aktivität haben keinen signifikanten Einfluss.

Schlussfolgerung

Standardisierte Erhebung der Schmerzwerte (VAS) und Einführung von KOOS und mTUG als Qualitätskriterien in der Reha nach Knie-TEP werden empfohlen.

Kapitel 2.7: Einfluss der Pausendauer auf das motorische Lernen bei Schlaganfallpatienten. Eine randomisierte kontrollierte Studie (Bachelorarbeit)

Schweder, Simon

Einleitung

Schlaganfallpatienten leiden häufig an Gleichgewichtsstörungen. Aus diesem Grund stellt ein Gleichgewichtstraining prozentual einen großen Therapieinhalt in der Physiotherapie. Eine hohe Wiederholungsanzahl ist einer der fördernden Faktoren für motorisches Lernen. Ob eine Pause zwischen den einzelnen Übungsblöcken eine Rolle beim motorischen Lernen spielt, ist unbekannt. Ziel dieser Studie ist, genau dies heraus zu finden.

Methodik

In einem randomisierten kontrollierten Studiendesign wurden 20 Patienten nach Schlaganfall in die Untersuchung eingeschlossen. Es wurde die Gleichgewichtsfähigkeit anhand des Einbeinstandes und des Tandemstandes überprüft. Per Losverfahren wurden die Patienten in 2 Gruppen aufgeteilt. In Gruppe A wurde jeweils eine 1-minütige Pause zwischen den sechs 2-minütigen Übungsblöcken eingehalten, in Gruppe B wurde jeweils eine 4-minütige Pause zwischen den sechs 2-minütigen Übungsblöcken eingehalten.

Ergebnisse

Gemessen an den Medianwerten konnten sich alle Probanden in Ihren Gleichgewichtsleistungen im Einbein- und Tandemstand verbessern. Im Vergleich der Medianwerte konnte sich Gruppe A im Tandemstand signifikant stärker verbessern als Gruppe B. Der Gesamtgruppenvergleich der beiden Primärparameter konnte allerdings keine Über- oder Unterlegenheit einer der beiden Pausendauervarianten zeigen.

Diskussion

Gleichgewichtstraining zeigt einen positiven Effekt auf dieselben Funktionen. Eine festgelegte Pausendauer hierbei einzuhalten scheint den Ergebnissen nach allerdings fraglich zu sein. Keine der beiden Gruppen konnte im Vergleich miteinander eine signifikant bessere Leistung erzielen. Allerdings, im Vergleich der Medianwerte, konnte die Gruppe A im Parameter Tandemstand eine signifikant bessere Leistung erzielen als Gruppe B.

Schlussfolgerung

Diese Pilotstudie hat kontroverse Ergebnisse erzielt. Aufgrund der nicht eng genug gesteckten Ein- und Ausschlusskriterien waren die Gleichgewichtsleistungen der Probanden sehr unterschiedlich. Kein statistischer Test kann dies genauestens herausrechnen. Aus diesem Grunde sind weitere Studien zu dem Thema gefordert.

Kapitel 2.8: Evidenz zu den Auswirkungen von Schlaf auf motorisches Lernen. Ein systematisches Review (Bachelorarbeit)

Hartleib, Lisa

Einleitung

Motorisches Lernen stellt die Grundlage für die Entwicklung der motorischen Fertigkeiten des Menschen dar. Ein Aspekt der Festigung des motorischen Lernens, neben dem wiederholten Üben einer Aufgabe, scheint der Schlaf zu sein. Bisher fehlt hierfür jedoch ein Überblick der aktuellen Literatur.

Methodik

Die systematische Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken Pubmed, PEDro, EMBASE, EMBASE alert, der Cochrane library und Medline. Zeitgleich wurde eine Handsuche durchgeführt. Auf der Basis des PICOS – Schemas wurden die Ein- und Ausschlusskriterien der Suche festgelegt.

Ergebnisse

Die Suche ergab eine Trefferquote von 731 Studien. In diese Arbeit konnten elf Volltexte eingeschlossen werden. Die Übersichtsarbeit zeigt, dass Schlaf zu einer Verbesserung des motorischen Lernens führt.

Diskussion

Die Ergebnisse der Übersichtsarbeit zeigen eine Leistungsverbesserung, geben jedoch keine Auskunft über die nötige Dauer und Dosierung des Schlafes, sowie dessen Langzeitwirkung. Auch ist bislang unklar, bei welcher Übungsauswahl und Art der Anweisung der Schlaf optimale Ergebnisse erzielt. Hier ist eine weitere Forschung in Form von randomisierten kontrollierten Studien mit verschiedenen Dosierungen von Schlaf im Vergleich zu einer Wachgruppe mit einem sechsmonatigem Follow up gefordert.

Kapitel 2.9: Die Wirksamkeit eines externen Aufmerksamkeitsfokus auf die Bewegungsausführung bei Patienten nach Schlaganfall (Bachelorarbeit)

Mückel, Simone

Einleitung

In der Behandlung von Schlaganfallpatienten können die Instruktionen des Therapeuten einen internen oder externen Fokus beinhalten. Ziel der Studie war es, die Wirksamkeit des externen Fokus, verglichen mit einem internen Fokus, bei Schlaganfallpatienten zu untersuchen.

Methodik

In einer randomisierten kontrollierten Studie wurden 19 Patienten per Randomisierung der Interventionsgruppe ($n = \text{neun}$) und der Kontrollgruppe ($n = \text{zehn}$) zugewiesen. Beide Gruppen sollten im Sitz das Körpergewicht so weit wie möglich auf die nicht betroffene Körperseite verlagern. Die Interventionsgruppe (externer Fokus) fokussierte dabei einen Kreis, der auf der Behandlungsliege angebracht wurde. Die Kontrollgruppe (interner Fokus) konzentrierte sich auf die ipsilateralen Körperhälfte. Über eine Druckmessmatte wurden das Ausmaß und die Präzision der Gewichtsverlagerung gemessen.

Ergebnisse

Die Patienten der Experimentalgruppe konnten ihr Körpergewicht doppelt so weit zur gesunden Körperhälfte verlagern wie Patienten der

Kontrollgruppe ($p = 0,006$). Bezuglich der Bewegungspräzision gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ($p = 0,085$).

Diskussion

Die Wirksamkeit des externen Fokus auf die Bewegungsausführung konnte bei Schlaganfallpatienten nachgewiesen werden. Aufgrund der geringen Patientenzahl ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf alle Patienten mit Zerebralparese fraglich.

Schlussfolgerung

Der externe Fokus sollte bevorzugt in der Therapie von Schlaganfallpatienten eingesetzt werden.

Kapitel 2.10: Ergebnisse einer Umfrage von Physiotherapeuten. Frühe Mobilisierung von Patienten mit Schlaganfall auf zertifizierten Stroke Units in Deutschland (Bachelorarbeit)

Austinat, Katrin

Einleitung

Die Behandlung von Patienten nach einem Schlaganfall auf einer Stroke Unit verringert die Sterblichkeit und verbessert das funktionelle Outcome. Sehr frühe Mobilisation ist mit einer Verringerung von Komplikationen nach Schlaganfall verbunden. Ziel dieser Studie ist es herauszufinden, wie und wann Patienten mit Schlaganfall auf zertifizierten Stroke Units in Deutschland mobilisiert werden.

Methode

Mit einem standardisierten Fragebogen wurden Physiotherapeuten zu Desertion von Patienten mit Schlaganfall befragt. Die Befragung wurde im März 2015 auf zertifizierten Stroke Units in Deutschland durchgeführt.

Ergebnisse

53 Fragebögen konnten in dieser Studie ausgewertet werden. Die erste Mobilisierung von Patienten mit Schlaganfall fand im Mittel 21 Stunden nach Symptombeginn statt. 20 % der Patienten wurden im Bett bewegt.

Fazit

Die befragten Physiotherapeuten sind wesentlich an der Rehabilitation der Patienten nach Schlaganfall in der Akutphase beteiligt.

Kapitel 2.11: Rhythmisch-akustische Stimulation (RAS) als Ergänzung des Gangtrainings von Patienten nach Schlaganfall in der physiotherapeutischen Praxis. Eine randomisierte kontrollierte Studie (Bachelorarbeit)

Schöler, Almut

Einleitung

Die rhythmisch-akustische Stimulation (RAS) ist die Stimulation der Schrittfrequenz mit einem akustischen Signal. Ziel der Studie war es, die Wirksamkeit von RAS als ergänzende Maßnahme beim Gangtraining von Schlaganfallpatienten der Spätphase zu untersuchen.

Methodik

In einer randomisierten kontrollierten Studie wurden zwölf Patienten per Los der Interventionsgruppe ($n=6$) und der Kontrollgruppe ($n=6$) zugeteilt. Beide Gruppen durchliefen ein vierwöchiges Gangtraining. Die Interventionsgruppe bekam zusätzlich RAS durch Musik über Kopfhörer. Vor und nach Intervention sowie zwölf Wochen später (Follow-up) wurden Berg Balance Scale, 6-Minuten-Gehtest und Schrittlänge sowie Geschwindigkeit bei einer Gehstrecke von zehn Metern gemessen.

Ergebnisse

Es gab keine signifikanten Unterschiede bezüglich der gemessenen Variablen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Ebenso gab es keine Hinweise darauf, dass die Fähigkeit, einem Takt zu folgen, für eine gute Wirksamkeit von RAS notwendig ist.

Diskussion

Die Wirksamkeit von RAS konnte bei chronischen Schlaganfallpatienten im ambulanten Setting in dieser Untersuchung nicht nachgewiesen werden. Möglicherweise kam es aufgrund der kleinen Stichprobe zu einer ungünstigen Randomisierung, wodurch keine Effekte sichtbar waren.

Schlussfolgerung

Ob RAS in der ambulanten Praxis zur Behandlung von Schlaganfallpatienten wirksam ist, bleibt fraglich.

Kapitel 3: Die Studiengänge der Ergotherapie (Bachelor of Science)

Elsner, Bernhardt

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten unterstützen und begleiten Menschen jeder Altersgruppe, die in ihrem täglichen Leben beeinträchtigt oder von Beeinträchtigung bedroht sind. Durch ihre Expertise tragen Sie dazu bei, körperliche, geistige aber auch psychische Funktionen zu erhalten oder wiederherzustellen. Darüber hinaus helfen sie Menschen ihre Selbstständigkeit beizubehalten und verschiedene Aufgaben in ihrem Leben weitestgehend allein zu erfüllen. Der Studiengang Ergotherapie (B. Sc.) bereitet Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten auf die Herausforderungen der zukünftigen Gesundheitsversorgung vor. Der Studiengang wird in zwei verschiedenen Modi angeboten: (1) ausbildungsbegleitend und (2) berufsbegleitend.

Im ausbildungsbegleitenden Studienmodell werden Fachkompetenzen in den Bereichen Neurowissenschaften und Neurorehabilitation geschult. Die Immatrikulation ist nach dem erfolgreichen absolvieren des ersten Ausbildungsjahres der Ergotherapieausbildung möglich. Das Studium verläuft im Jahr zwei und drei der Ausbildung parallel zu dieser. Anschließend folgt ein dreisemestriger Vollzeitstudienabschnitt, der mit dem Bachelor of Science (B. Sc.) abschließt.

Das berufsbegleitende Studienmodell ermöglicht das Studium der Ergotherapie nach erfolgreich absolviertener Ergotherapieausbildung innerhalb von 6 Semestern und schließt ebenfalls mit einem Bachelor of Science (B. Sc.) ab. Im berufsbegleitenden Modell können die Schwerpunkte „Interdisziplinäre Frühförderung (IFF)“ oder „Neurorehabilitation“ gewählt werden. Die Entwicklung der Wahlschwerpunkte „IFF“ sowie „Neurorehabilitation“ erfolgte mit unserem Studiengang „Bildung und Förderung in der Kindheit (BFK)“ bzw. mit unserem Koope-

rationspartner aus der Praxis, der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation e.V. (DGNKN).

Dieser Studiengang ist eine Antwort auf die Akademisierungs- und Professionalisierungsbestrebungen der Ergotherapie. Die enge Verzahnung von Wissenschaft und Praxis machen diesen Studiengang deutschlandweit einzigartig. Die Qualifikationsziele des Studiengangs sind reflektierende Praktiker, die zu einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung beitragen können.

Aktuell laufende Forschungsprojekte sind (1) eine fragebogenbasierte Online-Umfrage zum Kenntnisstand von praktisch tätigen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten zur Evidenzbasierten Praxis, sowie (2) die Effektivität von ergotherapeutischen Interventionen zur Wiederherstellung der Funktion der oberen Extremität nach Schlaganfall.

Kapitel 3.1: Entwicklung und Evaluation eines standardisierten Gruppen-Armtrainings für Schlaganfallpatienten in der ambulanten ergotherapeutischen Rehabilitation (Bachelorarbeit)

Knauf, Katrin

Hintergrund

Ziel der vorliegenden Studie war es, ein standardisiertes Zirkeltraining in der Gruppe zur Behandlung von Tarifen der oberen Extremität nach Schlaganfall zu entwickeln und in der ambulanten ergotherapeutischen Therapie auf Umsetzbarkeit und Effektivität zu überprüfen.

Methodik

Für die multizentrische Pilot-Kohortenstudie wurden in zwei ambulanten Therapiezentren und einer ergotherapeutischen Praxis Patienten mit vorhandener Armparese rekrutiert, bei denen der Schlaganfall ein Jahr oder länger zurücklag. Patienten nahmen an einem fünfwochigen Gruppen-Armtraining mit zwei Terminen pro Woche teil. Ein Teil des Trainings war ausgelegt als Zirkeltraining mit insgesamt sechs Übungsstationen. Nach dem fünfwochigen Training erfolgten die Erhebung bezüglich Umsetzbarkeit mittels Fragebögen und die Auswertung anhand von Trainingsprotokollen. Sekundär wurde der Zugewinn auf Körperfunktions- und Aktivitätsebene vor und nach dem In-

terventionszeitraum mit dem Box AND Block Test mit einer modifizierten Form des Motor Activity Log erhoben und betrachtet.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 16 Patienten mit einem durchschnittlichen Alter von 61 Jahren (SD neun Jahre) in die Studie eingeschlossen. Der Zeitpunkt des Ereignisses lag im Durchschnitt fünf Jahre (SD vier Jahre) zurück. Die Compliance der Patienten zu den fünfwochigen Gruppen Armtraining war zu 75 % sehr gut bis gut. Für vier der sechs Zirkelübungen konnten statistisch signifikante Trainingseffekte im vorher nachher Vergleich erhoben werden. Alle anderen Tests auf Körperfunktions- und Aktivitätsebene ergaben keine statistisch signifikanten Ergebnisse.

Diskussion

Das standardisierte Gruppen-Armtraining ist in dem ambulanten ergotherapeutischen Alltag umsetzbar und stellt eine sichere Behandlungsmöglichkeit neben der regulären Einzeltherapie von Patienten mit armbetonter Hemiparese ein Jahr oder länger nach Schlaganfall dar.

Kapitel 3.2: Effekte der studentischen Resonanztherapie auf die Konzentrationsleistung bei Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen. Eine retrospektive Kohortenstudie (Bachelorarbeit)

Luthardt, Franziska

Einleitung

Aufgrund der vielen ADHS Diagnosen bei Kindern, bei dem die Hauptproblematiken die geringe Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistungen sind, gibt es viele Konzentrationstrainings. Die SRT weist einige positive Beobachtungs- und Erfahrungsberichte über die Verbesserung der Konzentration auf. Es gibt jedoch keine statistischen bzw. evidenteren Nachweise darüber.

Methodik

Es wurde ein retrolektives Kohortenstudiendesign ausgewählt. Es gab eine Prüf- und Kontrollgruppe von jeweils 10 Probanden. Die Prüfgruppe hatte zu Beginn eine stochastische Resonanztherapie und die Kontrollgruppe nicht. Anhand einer EEG-Messung mittels des Neurofeedbacks wurden die Bereiche des Theta (Ablenkbarkeit, Träumerei) und der Bereich des SMR (fokussierte Aufmerksamkeit) zu Beginn und am Ende der 10 Therapieeinheiten gemessen. Mittels einer Quotientenbildung der beiden Bereiche wurde das Ratio berechnet und verglichen.

Ergebnisse

Es wurden keine signifikanten Verbesserungen im Vergleich der Prüf- und Kontrollgruppe und auch zwischen den einzelnen Therapieeinheiten ($p > 0,05$) gefunden.

Diskussion

Bei weiteren Studien sollten mehrere Probanden mit detaillierten Einschlusskriterien rekrutiert werden.

Schlussfolgerung

Obwohl zwischen den einzelnen Therapieeinheiten die Ratios der Prüfgruppe besser waren, sind keine signifikanten Verbesserungen zu sehen. Somit ist eine stochastische Resonanztherapie kein Ersatz für ein Konzentrationstraining, explizit für den Zusammenhang von Ablenkbarkeit und fokussierter Aufmerksamkeit.

Kapitel 3.3: Effektivität der Behandlungsmöglichkeiten des visuell-räumlichen Neglect-Patienten nach rechtshemisphärischem Schlaganfall. Eine systematische Übersichtsarbe (Bachelorarbeit)

Sala, Karolina

Hintergrund

Der unilaterale linksseitige visuell-räumliche Neglect ist ein häufig auftretendes Störungsbild nach rechtshemisphärischem Schlaganfall und wird meist mit einer schlechten Rehabilitationsprognose assoziiert. Es existieren zahlreiche Interventionen zur Behandlung dieses Störungsbildes, jedoch mangelt es an systematischen Übersichtsarbeiten mit hohem Evidenzgrad, die deren Effektivität untersuchen. Ziel der Arbeit ist der Vergleich vorhandener Interventionen zur Behandlung des unilateralen linksseitigen visuell-räumlichen Neglects, anhand des Neglectausmaßes und der Performanz in den Aktivitäten des täglichen Lebens, um anschließend eine Aussage über deren Effektivität treffen zu können.

Methodik

Im Zeitraum von August bis November 2014 erfolgte eine Datenbankrecherche in PubMed, Cochrane Library und PEDro. Zusätzlich erfolgte eine Handrecherche. Eingeschlossen wurden randomisierte kontrollierte Studien, die im Zeitraum von Januar 2000 bis November

2014 publiziert wurden und bei denen eine der möglichen Interventionen im Fokus stand. Diese RCT's sollten Patienten nach rechtshemisphärischem Schlaganfall und mit linksseitigem Neglect untersuchen. Ausschlusskriterien waren Hemianopsie und pharmakologische Studien. Es wurde eine Meta-Analyse durchgeführt.

Ergebnisse

Es wurden elf randomisierte kontrollierte Studien mit insgesamt 334 Probanden eingeschlossen. Es konnten neun verschiedene Interventionen identifiziert werden, die innerhalb der Meta-Analyse untersucht wurden. Die Meta-Analyse ergab im Vergleich der neglectspezifischen Behandlung mit der Kontrollgruppe keine statistisch signifikanten Kurzzeiteffekte, sowie Langzeiteffekte, in Bezug auf das Neglectausmaß und die Verbesserung in der Performanz der ADL's.

Schlussfolgerung

Die Effektivität der neglectspezifischen Interventionen, gegenüber der Standardtherapie, bezüglich der Reduktion des Neglectausmaßes und der Verbesserung der Performanz in den ADL's bleibt unbewiesen. Auf der Basis der gegenwärtigen Evidenz aus RCT's kann keine eindeutige Empfehlung für eine der untersuchten Interventionen gegeben werden. Weitere Forschung, mit mehr methodisch hochwertigen Studien und größeren Stichproben ist notwendig, um vorteilhafte Effekte der Interventionen zu untersuchen.

Kapitel 4: Der Studiengang Logopädie (Bachelor of Science)

Wahn, Claudia

Die Forschungsexpertise des Hochschulteams im ausbildungsintegrierten Bachelorstudiengang Logopädie umfasst ein breites Spektrum an Aktivitäten und reicht von der Entwicklung und Erprobung neuer präventiver, diagnostischer und therapeutischer Verfahren über moderne Methoden der Bildgebung des Gehirns bis hin zu Blickbewegungsmessungen. Dabei stehen neben neurologischen Störungsbildern wie der Aphasie, der Primär Progressiven Aphasie (PPA), den demenziellen Sprach- und Sprechbeeinträchtigungen und verschiedenen Formen der Apraxie auch Schluck-, Stimm- und die breite Palette der Spracherwerbsstörungen sowie Schriftsprachstörungen (v.a. LRS, Alexie, Agraphie) im Mittelpunkt des Interesses. Eng verzahnt mit der Lehre stehen auch in der Forschung grundlagenorientierte Ansätze neben einer starken Anwendungsbezogenheit. Dabei bilden unsere aktiv miteinander vernetzten Experten aus den Fach- und Interdisziplinen der Logopädie, der Patho-, Psycho- und Neurolinguistik, der theoretischen Linguistik, der Akademischen Sprachtherapie, der Gebärdensprachforschung, der Medizin und des Gesundheitsmanagements die zentralen Ausgangspunkte für die Forschung. Mit Hilfe dieses interdisziplinär ausgerichteten forschungsstarken Teams werden ProbandInnen und PatientInnen vom Säugling bis ins hohe Alter fokussiert. Die Forschung dient dabei stets dem Wohle des Individuums sowie dessen Agieren in der Gesellschaft, v.a. im Gesundheits- und Bildungsbereich. Im Einzelnen verfolgen unsere ProfessorInnen folgende Forschungsinteressen:

Prof. Dr. rer. medic. Irene Ablinger-Borowski (Dipl. Log.)

Forschungsschwerpunkte von Irene Ablinger-Borowski liegen im Bereich der erworbenen kognitiven Sprachstörungen, insbesondere der Aphasien und Dyslexien. In den letzten Jahren wurde die Methode der Blickbewegungsmessung in der Untersuchung und Therapie der Wortverarbeitung bei Patienten mit peripheren und zentralen Lesestörungen erfolgreich eingesetzt und erweitert. Als besonders effektiv erwies sich die Entwicklung eines blickbasierten Wortlesetrainings, das durch sakkadenabhängige Displaymanipulationen die visuelle Verfügbarkeit der Buchstabeninformation kontrolliert und dadurch die Interaktion lexikalischer bzw. segmentaler Wortverarbeitungsmechanismen stimuliert. Aktuelle Projekte befassen sich mit der Entwicklung eines modellgeleiteten Diagnostikums für erworbene Dyslexien, der Therapie bei reiner Alexie, der Untersuchung von Veränderungsprozessen im Zusammenspiel kognitiver Leistungen und Lesefähigkeiten über die Lebensspanne hinweg sowie dem Einsatz von Apps in der Aphasietherapie.

Prof. Dr. phil. Juliane Klann (M.A.)

Juliane Klanns Forschung befasst sich mit den neurokognitiven Grundlagen intakter und beeinträchtigter Sprachverarbeitung in Laut-, Schrift- und Gebärdensprache sowie mit der Entwicklung und Normierung sprachlicher Therapie- bzw. Förderkonzepte und diagnostischer Verfahren. Das besondere Augenmerk gilt bei allen Forschungsaktivitäten der Frage nach der Rolle von Sprache als Teil eines multimodalen, auf sensorischen und senso-motorischen Erfahrungen beruhenden sozialen Interaktionsnetzwerks. Methodisch nähert sie sich dieser Frage mittels funktioneller Bildgebung, linguistischer Analysen, mit Hilfe von Läsions- und Therapiestudien sowie über Studien zum motorischen und sprachlichen Lernen. Die Forschungsdaten umfassen neben Untersuchungen der intakten Laut-, Schrift- und Gebärdensprachverarbeitung auch die gestörte Sprachverarbeitung bei Aphasie und in der Sprachentwicklung. In ihren Forschungsprojekten werden hörende und gehörlose Probanden sowie sich sprachlich normgerecht und normabweichend entwickelnde Kinder und Jugendliche unter-

sucht. Die Störungsbilder dieser stets interdisziplinär ausgerichteten Studienprojekte umfassen die Aphasie, die Gliedmaßenapraxie, die kindliche Dyslexie, die kindlichen Spektren der Autismus-Spektrum-Störung sowie (Spezifische) Sprachentwicklungs- und Hörstörungen. Juliane Klanns Forschung ist eingebettet in zahlreiche nationale, europäische und außereuropäische Kooperationen und findet auf deutschen und internationalen Fachkonferenzen großen Anklang.

Prof. Dr. rer. medic. Katharina Dressel (Dipl. Log.)

Die Forschungsschwerpunkte von Katharina Dressel liegen im Bereich erworbener kognitiv bedingter Sprachstörungen. Klassifikation und Therapie bei primär progressiven Aphasien sowie weitere dementiell bedingte Störung der Sprache und Kommunikation und ihre evidenzbasierte Therapie stehen dabei im Vordergrund. Aktuelle Projekte befassen sich mit der Symptomatik bei primär progressiven Aphasien sowie mit der Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung kommunikativer Bedürfnisse bei Menschen mit Demenz. Diagnostik, Therapie und modelltheoretische Lokalisation von erworbenen sprechmotorischen Störungen (Sprechapraxie) sowie erworbene Störungen der Zahlenverarbeitung sind ein weiterer Forschungsschwerpunkt. Aktivitäten im Bereich Lehrforschung betreffen die Bereiche des interprofessionellen Lernens, den Einsatz moderner digitaler Medien in der Lehre sowie die Entwicklung von Ausbildungszielen für eine akademische Logopädie auf nationaler Ebene sowie die Ermittlung von länderübergreifenden Referenzpunkten für die Logopädieausbildung auf europäischer Ebene.

Prof. Dr. rer. medic. Muna van Ermingen-Marbach (Dipl. Log.)

Der Forschungsschwerpunkt von Muna van Ermingen-Marbach liegt im Bereich der Ursachenforschung, Diagnostik und Therapie sowie der neuroanatomischen Struktur bei Entwicklungs dyslexie. Dabei stehen vor allem Aspekte der spezifischen neuronalen Signatur kognitiver Subtypen von Entwicklungs dyslexie im Vordergrund. Dabei soll geklärt werden, ob und inwieweit sich zum einen dyslektische Kinder in ihren Aktivierungsarealen bei lesebezogenen Aufgaben von normal le-

senden Kindern unterscheiden und zum anderem, ob hirnfunktionale Unterschiede innerhalb der dyslektischen Gruppe unterscheidbar sind. Die Auswirkungen einer auf das kognitive Defizit ausgerichteten spezifischen Intervention auf die Hirnfunktion sowie auf die Performanz sind hierbei von großem Interesse. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Abbildung kognitiver Einflüsse auf die Leseleistung über die gesamte Lebensspanne und deren Auswirkungen bzw. zugrundeliegenden Veränderungsprozesse.

Prof. Dr. phil. habil. Claudia Wahn (Dipl., M. A.)

Die Forschungsschwerpunkte von Claudia Wahn sind breit angelegt und betreffen sowohl den Kindersprachbereich, insbesondere die primären und sekundären Spracherwerbsstörungen auf der semantisch-lexikalischen Ebene sowie das Risiko dafür als auch den neurologischen Bereich, insbesondere die neurologisch bedingten Schriftsprachstörungen. Im Zentrum der aktuellen Projekte stehen dabei grundsätzlich Therapie und Förderung, auf die die Forschungsaktivitäten gerichtet sind. Einen Einblick in laufende Projekte und ihren aktuellen Stand findet sich in der folgenden Aufstellung:

Projektskizze (1):

Therapiestudien zu einer produktions- und rezeptionsorientierten Sprachtherapie und deren Effekte auf semantisch-lexikalische Störungen zweisprachiger Vorschul- und Grundschulkinder sowie Überführung von Einzeltherapie- in Gruppentherapieformate.

Aktuell Publikation der Ergebnisse (Buchprojekt, Int. Verlag der Wissenschaften Peter Lang sowie bereits publizierte Artikel in diversen Fachzeitschriften); Kooperationspartner: Stadt Köln, Amt für Kinder, Jugend und Familie (Abteilung Tageseinrichtung für Kinder), Kölner KiTas sowie Schulen mit dem Förderschwerpunkt Sprache der Stadt Köln.

Projektskizze (2):

Entwicklung des Sprachverständnisses von unterstützten kommunizierenden Kindern mit schwerster ICP und Anarthrie unter besonderer Berücksichtigung des semantisch-lexikalischen und morphologisch-syntaktischen Erwerbs aktuell Phase der Datenerhebung für einzelne Subgruppen; interdisziplinäres Forschungsprojekt in Kooperation mit der Universität Leipzig

Projektskizze (3):

Entwicklung von Therapiematerialien für die Störungsbilder der Alexie und Agraphie auf der Basis konnektionistischer Modelle der Sprachverarbeitung – Konnektionistisch-orientierte Sprachtherapie in der Behandlung von Schriftsprachstörungen

aktuell Datenerhebung im Rahmen eines Promotionsprojektes (Frau Dipl.-Pathol. J. König) und von Abschlussarbeiten; Kooperationspartner: SRH Kliniken, Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik, Nümbrecht, Logopädisch-interdisziplinäres Zentrum für intensive Therapie, Lindlar

Prof. Dr. phil. Karl-Heinz Stier (M. Sc.)

Der Forschungsschwerpunkt von Karl-Heinz Stier ist dem Bereich Stimme gewidmet, insbesondere der Stimmtherapie und Akzentmethode. Herr Stier ist der Nachfolger der Gründer der Akzentmethode S. Smith, K. Thyme-Frøkjær und B. Frøkjær-Jensen. Er forscht an dieser Methode im Hinblick auf die Stimmprävention bei Berufssprechern und bei neurologischen Störungen. Zu dieser Methode gibt er Fortbildungen für LogopädInnen und vermittelt diese Methode auch an Universitäten und Hochschulen.

Darüber hinaus lassen sich folgende Tätigkeiten benennen:

- Kooperationen des SRH Campus Stuttgart mit dem Diakonischen Krankenhaus Stuttgart zum Thema „Stimmstörungen nach Struma-Operationen“
- Mitarbeit an der neuen S2-Leitlinie Stimmstörungen.

- Leitung des dbl-Arbeitskreises *Stimme*
- Gremiumsmitglied in der Bundesfreiberuflerkommission des dbl
- Logopädischer Berater bei HABA. Entwicklung von Ratgebern für Eltern und Erzieher; Konzeption des Sprachspiels Papperlapapp.
- aktuell Publikation der Ergebnisse (Buchprojekt, Int. Verlag der Wissenschaften Peter Lang) zum Thema Stimmprävention bei LehrerInnen nach der Akzentmethode.

Prof. Dr. med. Raimund Böckler

Die zunehmende Zahl von Säuglingen und Kleinkindern mit schweren Schluckstörungen erfordert die Etablierung kindgerechter endoskopischer Untersuchungsverfahren. Aus diesem Grund wurde ein neuer, endoskopischer Untersuchungsalgorithmus entwickelt, der eine standardisierte pädiatrische Befunderhebung ermöglichen soll. Die Validität dieser Methodik wird im Rahmen einer Multicenter-Studie geprüft.

Projektskizze:

Validierung eines diagnostischen Algorithmus zur flexiblen endoskopischen Evaluation des Schluckens (FEES) bei Säuglingen und Kleinkindern mit neurogener Dysphagie

Auswahl von Bachelorarbeiten seit Einführung des Studiengangs im WS 2011/12

Die seit Einführung des Bachelorstudiengangs entstandenen Abschlussarbeiten weisen eine große Breite an Themen auf, die das Fach vollenfänglich abbilden. Folgende exemplarisch ausgewählte Abstracts vermitteln einen Eindruck der Bachelorarbeiten, die seither entstanden sind. Die vorgestellten Arbeiten wurden mit „sehr gut“ bewertet.

Literatur

- Alves, J., Magalhães, R., Gonçalves, O.F., Sampaio, A., Agavni Petrosyan, A., Machado, A. (2013). Non-pharmacological cognitive intervention for aging and dementia. *World J Clin Cases* 1, 8, 233-241.
- Charness, N., Parks, D. and Sabel, B. (2001). Communication, Technology and Aging: Opportunities and Challenges for the future. New York: Springer.
- Hesse, G., Eichhorn, S., Laubert, A. (2014). Hörfähigkeit und Schwerhörigkeit alter Menschen. *HNO* (1), 3-9.
- Hummel, T. (2014). Riechvermögen im Alter. *HNO* (1), 1-3.
- Martin, M., Clare, L., Altgassen, A.M., Cameron, M.H. & Zehnder, F. (2011). Co- gnition-based interventions for healthy older people and people with mild co- gnitive impairment. Cochrane Review.
- Niehoff, J. U. (2007). Gesundheitssicherung – Gesundheitsversorgung – Gesund- heitsmanagement, Berlin.
- Owens, R.E., Farinella, K.A. & Metz, D.E. (2014). Introduction to communication disorders: A lifespan evidence-based perspective. München: Pearson.
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2006). Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung, Bern.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen „Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Ge- sundheitsversorgung“. Gutachten 2007. Kurzfassung.
- Simon, M. (2011). Das Gesundheitssystem in Deutschland (3.Aufl.), Bern.

Kapitel 4.1: Zur Effektivität des Wortschatzsammlers bei Kindern mit Down-Syndrom: Eine Einzelfallstudie

Freimüller, Caroline Alice

Insbesondere die Erweiterung des Wortschatzes gilt bei Kindern mit Down-Syndrom als große Herausforderung. Ein speziell für Down-Syndrom-Patienten entwickeltes Therapiekonzept zur Erweiterung der sprachlichen Kompetenzen gibt es bislang jedoch nicht. Der strategie-orientierte Therapieansatz „Der Wortschatzsammler“ von Motsch (2012) stellt eine effektive Möglichkeit zur Verbesserung der semantisch-lexikalischen Fähigkeiten bei Kindern im Vorschulalter dar. Wie sich dieses Konzept auf die semantisch-lexikalischen Kompetenzen eines Kindes mit Down-Syndrom auswirkt und ob sich hierdurch ein positiver Effekt aufzeigt wurde im Rahmen dieser Arbeit anhand einer durchgeführten Einzelfallstudie mit Prä-Post-Design überprüft. Die Intervention erstreckte sich über einen Zeitraum von drei Wochen, wobei der unmittelbare Therapieeffekt durch ein standardisiertes und normiertes Testverfahren im Anschluss an die Therapie erfasst wurde.

Durch eine Gegenüberstellung der Testergebnisse wurde deutlich, dass sich eine signifikante Verbesserung nach Abschluss der Intervention auch bei einem Kind mit Down-Syndrom zeigt. Kritisch zu betrachten ist jedoch, dass der Entwicklungsstand bei diesen Kindern eine erhebliche Varianz aufzeigt und eine Übertragung des Einzelfallergebnisses als unzureichend erscheint. Als positiv sollte insbesondere die Tatsache, dass auch ein Kind mit Down-Syndrom zum Einsatz metalinguistischer Fähigkeiten in der Lage ist, betrachtet werden. Ausgehend von der aktuellen Forschungslage und den Einzelfallergebnissen ist die Durchführung einer randomisierten kontrollierten Interventionsstudie mit einer größeren Anzahl an Down-Syndrom-Kindern

über einen längeren Zeitraum empfehlenswert, um diesen positiven Effekt sowie zusätzlich Langzeiteffekte allgemein nachzuweisen.

Schlüsselwörter:

Down-Syndrom – Einzelfallstudie – Strategietherapie – „Wortschatzsammler“ – semantischlexikalische Fähigkeiten

Literatur

- Motsch, H.-J. & Ulrich, T. (2012). „Wortschatzsammler“ und „Wortschatzfinder“. Effektivität neuer Therapieformate bei lexikalischen Störungen im Vorschulalter. *Sprachheilarbeit-Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik und akademische Sprachtherapie*, 2.12, 70-78

Kapitel 4.2: Erklärungsansätze zur Wirksamkeit rhythmischmelodischer Therapieverfahren in der Sprechapraxie

Straßer, Bernadette

Die Sprechapraxie (SAX) ist eine sprechmotorische Störung, die modelltheoretisch auf der Ebene der phonetischen Enkodierung einzurichten ist (Levelt, Roelofs & Meyer, 1999; Ziegler, 2009). Hirnanatomisch ist sie mit Läsionen im Netzwerk der sprechmotorischen Planung assoziiert (Vogel, 2010). Ein Therapieverfahren zur Behandlung ist die rhythmisch-melodische Therapie.

Mit einer Literaturarbeit wurde der Forschungsfrage nachgegangen, welche Mechanismen der Wirksamkeit rhythmisch-melodischer Therapieverfahren in der Behandlung der SAX zugrunde liegen. Es wurde untersucht, auf welchen sprechmotorischen Ebenen sich Wirkungseffekte zeigen. Zudem wurden Wirkungsmechanismen auf der Basis der Sprachverarbeitungsmodelle (Levelt et al., 1999; Ziegler, 2009) und Bildgebungsverfahren reflektiert.

Therapieeffekte zeigten sich auf segmentaler und suprasegmentaler Ebene. Modelltheoretisch und neuroanatomisch bestanden Überschneidungen hinsichtlich der Bedeutung der zeitlichen Sequenzierung, sublexikalischer Einheiten, der globalen Aktivierung und individuellen Wirkungsmechanismen als wesentliche Aspekte der Wirkung.

Dennoch sind weitere Studien notwendig, um ein tieferes Verständnis der Wirksamkeit rhythmisch-melodischer Therapieverfahren zu erlangen und in der Praxis gezielt anzuwenden.

Schlüsselwörter:

Sprechapraxie - rhythmisch-melodische Therapie – Wirksamkeitsmechanismen - phonetische Enkodierung - neuronale Korrelate

Literatur

- Levelt, W.J.M., Roelofs, A. & Meyer, A.S. (1999). A theory of lexical access in speech production. *Behavioural and Brain Science*, 22, 1-75.
- Vogel, M. (2010). Sprechapraxie. *Sprache Stimme Gehör*, 34, 120.
- Ziegler, W. (2009). Modelling the architecture of phonetic plans. Evidence from apraxia of speech. *Language and Cognitive Processes*, 24, 631-661.

Kapitel 4.3: Zum Einfluss der Differenz der orthografischen Tiefe zweier Sprachen auf den Leseerwerb bei simultan bilingual aufwachsenden Kindern – Eine Vergleichsgruppenstudie mit Kindern in der dritten Klasse

Holzmann, Stina

Einleitung

Etliche Kinder wachsen heutzutage bilingual auf und erwerben daher auch die Schriftsprache in beiden Sprachen gleichzeitig. In der Literatur findet man Hinweise, dass die Graphem-Phonem-Konvertierung (GPK) einer Sprache den Leseerwerb beeinflusst. Daher stellt sich die Frage, was mit dem Leseerwerb geschieht, wenn Kinder mit zwei Sprachen aufwachsen, deren GPK unterschiedlich eindeutig ist. Ziel war es, die Forschungslücke zu verkleinern und Fachpersonal neue Erkenntnisse für Beratungen oder ähnliches zur Verfügung zu stellen.

Methodik

Zur Überprüfung der Forschungsfrage wurde eine Vergleichsgruppenstudie durchgeführt. Sechs Drittklässler der Experimentalgruppe E ($n=6$), bilingual deutsch-englisch, und neun Drittklässler der Vergleichsgruppe IT ($n=9$), bilingual deutsch-italienisch, lasen Wörter,

Pseudowörter und Textabschnitte und bearbeiteten Aufgaben zur phonologischen Bewusstheit (PB) und zu Gedächtnisfunktionen.

Ergebnisse

Bei der Auswertung bezüglich der Gruppenunterschiede zeigte sich, dass die Lesegeschwindigkeit zwar zwischen den Gruppen unterschiedlich ist, diese Unterschiede aber nicht signifikant sind, wohingegen die Unterschiede bezüglich der Lesegenauigkeit für mehrere Untertests signifikant werden. Gruppe E zeigte in allen Untertests beim Lesen mehr Fehler als Gruppe IT. Im Bereich der PB und des Gedächtnisses ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Diskussion

Aus den Ergebnissen lässt sich schließen, dass Gruppe E beim Lesen der deutschen Sprache von der Lesestrategie, die für Englisch besser geeignet ist, beeinflusst wird. Dies erkennt man an den signifikant mehr Fehlern beim Lesen von Pseudowörtern in Kombination mit der Fehlerart. Da die PB sowie Gedächtnisleistungen nicht signifikant divergieren, kann der Einfluss dieser Komponenten auf die unterschiedliche Leseleistung ausgeschlossen werden.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der Arbeit bringen neue Erkenntnisse, jedoch bleiben Fragen offen, welchen in weiterer Forschung nachgegangen werden sollte. Beispielsweise sollte beantwortet werden, wie sich die aufgedeckten Unterschiede zwischen den Gruppen auf den weiteren Leseerwerb auswirken, wenn die Anforderungen steigen.

Schlüsselwörter:

Leseerwerb - simultan bilingual - orthografische Tiefe - Kinder

Kapitel 4.4: Entwicklung und Evaluation der Durchführbarkeit eines teletherapeutischen Screeningverfahrens zur Untersuchung der suprasegmentalen Sprachverarbeitung bei Kindern im Alter von 5 bis 6 Jahren

Jansen, David

Hintergrund

In mehreren Studien konnte dargelegt werden, dass die Fähigkeiten zur Verarbeitung musikalischen und prosodischen Inputs für den frühkindlichen Spracherwerb wichtig sind und Defizite in diesem Bereich das Risiko erhöhen, eine spezifische Sprachentwicklungsstörung (SSES) zu entwickeln. Ziel dieser Arbeit war es, auf dieser Grundlage ein teletherapeutisches Screeningverfahren für den Bereich der suprasegmentalen Sprachverarbeitung zu entwickeln und dessen Durchführbarkeit vor dem Hintergrund des logopädischen Praxisalltags zu überprüfen.

Methode

Die Durchführbarkeit des Verfahrens wurde innerhalb von drei Stichproben getestet und mittels Fragebögen evaluiert. Dabei umfassten zwei Stichproben jeweils zehn Kindergartenkinder im Alter von 5;0 bis 6;11 Jahren und eine Stichprobe erwachsener Probanden.

Ergebnisse

Es konnten einige zu verbessernde Mängel des Screeningverfahrens aufgedeckt, die Durchführbarkeit im Allgemeinen jedoch bestätigt werden.

Schlussfolgerung

Es ist möglich, ein solches Verfahren zu entwickeln und an die Bedürfnisse des logopädischen Arbeitsalltages anzupassen, allerdings sind noch viele weitere Arbeitsschritte notwendig, um das Verfahren in der Praxis einsetzbar zu machen.

Schlüsselwörter:

Screeningverfahren – Prosodie – musikalische Verarbeitung – spezifische Sprachentwicklungsstörungen (SSES) – Durchführbarkeit

Kapitel 4.5: Stimmdiagnostik bei Mann-zu-Frau Transsexuellen. Zur Evaluierung der deutschen Version des Transsexual Voice Questionnaire

Brack, Lisa Emily

Einleitung

Die Stimmbehandlung bei Mann-zu-Frau Transsexuellen unterscheidet sich in ihren Anforderungen und Komplexitäten stark von der klassischen Stimmtherapie. Um dem gerecht zu werden, bedarf es eines spezifischen Testmaterials zur Erfassung des Erlebens der eigenen Stimme. Die vorliegende Arbeit soll klären, ob die deutsche Version des *Transsexual Voice Questionnaire (TVQ)* solch ein zuverlässiges Testmaterial für die Verwendung in Praxis und Forschung bietet.

Methodik

Psychometrische Untersuchung der TVQ-Ergebnisse von 11 Probandinnen, inklusive dem Vergleich mit demografischen Aspekten und der allgemeinen Selbsteinschätzung. Befragungen wurden zu zwei Zeitpunkten durchgeführt, um neben der internen Konsistenz auch die Test-Retest Reliabilität zu analysieren.

Ergebnisse

Auch die deutsche Version des *TVQ* zeichnet sich durch eine hohe interne Konsistenz und Test-Retest Reliabilität aus.

Schlussfolgerung

Der *TVQ* erfasst zuverlässig das subjektive Erleben der eigenen weiblichen Stimme transsexueller Frauen und kann somit für die Verwendung in der Praxis und der Forschung empfohlen werden.

Schlüsselwörter:

transsexual - transgender - voice - self-assessment - reliability

Kapitel 5: Der Studiengang Neurorehabilitation (Master of Science)

Mehrholz, Jan

Neurologische Erkrankungsfolgen, die zu einer bleibenden Behinderung führen, nehmen seit Jahren zu (Feigin et al. 2019; Mehrholz 2015; Pohl, Mehrholz & Mehrholz 2012). Beispiele dafür sind u.a. die Critical-Illness-Polyneuropathie und Myopathie (Pohl et al. 2016; Pohl et al. 2014). Insgesamt nehmen zwar altersstandardisierte Inzidenzraten z.B. des Schlaganfalls in manchen industrialisierten Ländern ab, aber es wird u.a. wegen der älteren Bevölkerung ein Anstieg der Gesamtzahl von Menschen z.B. mit Schlaganfall und eine gestiegene Krankheitslast verzeichnet (Feigin et al. 2019; Mehrholz 2015; Pohl, Mehrholz & Mehrholz 2012). Dadurch wächst der Gesamtbedarf an neurologischer Rehabilitation (Mehrholz 2015; Pohl, Mehrholz & Mehrholz 2012). Nach der Gesetzgebung gilt es, diese Behinderungen zu vermeiden und dafür allen Menschen Rehabilitation vor der Rente und Pflegebedürftigkeit zukommen zu lassen (SGB V, § 40 und insbesondere SGB IX). Diese Entwicklung verlangt nach wissenschaftlich hochqualifizierten Fachkräften, die eine umfassende Versorgung dieser Patienten gewährleisten. Allerdings fehlen im Bereich der neurologischen Rehabilitation Ärzte, sodass es neuer und innovativer Personalkonzepte bedarf. Dabei wird es in Zukunft notwendig sein, auf wissenschaftlicher Basis die Effektivität von Rehabilitationsmaßnahmen im Bereich von neurologischen Erkrankungen zu ermitteln, um vorhandene Ressourcen optimal auszunutzen. Auch führende Fachverbände wie die Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neurorehabilitation e. V. betonen schon lange den steigenden Personalbedarf zur Begleitung wissenschaftlicher Studien.

Diese Lücke in der Versorgung zu schließen, sind Aufgabe und Ziel des Masterstudiengangs Neurorehabilitation. Der erste Masterstu-

diengang der SRH Hochschule für Gesundheit Gera und besteht bereits seit dem Sommersemester 2012. Neben dem wissenschaftlichen Charakter und der unmittelbaren Einbindung der Studenten in die neurologische Rehabilitation qualifiziert der Master auch zur Promotion. So konnte eine Studentin des Masters Neurorehabilitation bereits erfolgreich ihre Promotion (Dr. rer. medic.) an der medizinischen Fakultät Dresden auf der Basis eines im Masterstudium Neurorehabilitation begonnenen Projektes im Jahr 2016 abschließen.

Außerdem wurde eine Abschlussarbeit im Master neuroreha 2015 mit dem IFK Wissenschaftspris als 1. Preisträgerin ausgezeichnet.

QUELLEN

- Feigin, V.L., Forouzanfar, M.H., Krishnamurthi, R., Mensah, G.A., Connor, M., Bennett, D.A., et al. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2014;383(9913):245-54.
- Mehrholz J. Herausforderung Demografie. *neuroreha*. 2015;07(02):57-63.
- Pohl, M., Mehrholz, K., Mehrholz, J. (2012). Rehabilitation bei Chronisch-Kritischem-Kranken. *Intensiv- und Notfallbehandlung*. 2012;37(3):127-33.
- Pohl, M., Bucka, C., Jöbges, M., von Helden, A., Schaupp, M., Hartwig, M., et al. (2016). Patientenklientel und Rehabilitationsverlauf in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation – ein Vergleich der Jahre 2002 und 2014. *Aktuelle Neurologie*. 2016; akzeptiert.
- Pohl, M., Bucka, C., Jöbges, M., von Helden, A., Schaupp, M., Hartwig, M., et al. (2014). Rehabilitationsverlauf von Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation: Ergebnisse einer multizentrischen Erfassung im Jahr 2014 in Deutschland. [Course of rehabilitation in early neurological/neurosurgical rehabilitation. Results of a 2014 multi-center evaluation in Germany] *Nervenarzt*. 2016;87(6):634-44.

Die Präsentation wissenschaftlicher Studien und Projekte wird als selbstverständlicher Bestandteil des Studiengangs auf regelmäßigen Kongressen angesehen. So wurde beispielsweise auf der letzten gemeinsamen Jahrestagung 2017 der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation e.V. die SRH Hochschule für Gesundheit mit allen Studenten (zum Teil vortragenden Studenten) des Studiengangs Neurorehabilitation und 3 Mitarbeitern vertreten. In

einer elektronischen Postersitzung wurde thematisch die Schlaganfall-rehabilitation beleuchtet. Hier ist besonders der Beitrag von Frau Högg hervorzuheben, derzeit Studentin im Masterstudium Neurorehabilitation. Sie erläuterte ihre Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit zu den Effekten von Krafttraining auf die obere Extremität in der Rehabilitation nach Schlaganfall. Sie berichtete, dass es kaum gut methodisch durchgeführte Studien gibt die spezifisch die Kraft der oberen Extremität nach Schlaganfall verbessern. Eine weitere Studentin des Masterstudiengangs Neurorehabilitation Frau Zeder stellte das Schweizer Multiple Sklerose Register als Chance für die schweizerische Physiotherapieforschung vor. Ihre Kollegin aus dem gleichen Studiengang, Frau Ringli, stellte eine 6-monatige randomisierte Kontrollstudie zum Thema „körperliches Training mit simultanen kognitiven Training bei älteren Erwachsenen“ vor. In einem Workshop waren eine Studentin und ein Mitarbeiter des Studiengangs eingeladen, um zu dem Thema „Motorisches Lernen“ sich zu äußern. Es wurden entsprechende Behandlungsmöglichkeiten auf der Basis aktueller wissenschaftlichen Studien vorgestellt. Es wurde exemplarisch das motorische Lernen zur Verbesserung der Balance, des Stehens, des Gehens und der Arm-Handfunktion erläutert und anschließend einzeln an spezifischen Behandlungsbeispielen vorgeführt.

Regelmäßig werden solche Kongress-Zusammenfassungen als Kongressberichte in einschlägigen Fachzeitschriften durch den Studiengangsleiter im Studiengang Neurorehabilitation M. Sc. publiziert.

Beispiele für anwendungsorientierte praxisnahe Forschung im Studiengang Neurorehabilitation M. Sc. sind die gemeinsam mit Studierenden und Absolventen des Studiengangs durchgeführten Projekte GYMNASyT und FITonICU (Mitarbeit von Studenten, Dozenten und Professoren im Studiengang Neurorehabilitation M. Sc.)

Quellen GYMNASyT & FITonICU

Mehrholz, J., Mückel, S., Oehmichen, F. & Pohl, M. (2015). First results about recovery of walking function in patients with intensive-care-unit-acquired muscle weakness from the General Weakness Syndrome Therapy (GymNAST) cohort study. BMJ Open 5:e008828.

- Mehrholz, J., Thomas, S., Burridge, J.H., Schmidt, A., Scheffler, B., Schellin, R., Ruckriem, S., Meissner, D., Mehrholz, K., Sauter, W., Bodechtel, U. & Elsner, B. (2016). Fitness and mobility training in patients with Intensive Care Unit-acquired muscle weakness (FITonICU): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 17: (1):559.
- Thomas, S., Sauter, W., Starrost, U., Pohl, M. & Mehrholz, J. (2017). Time to decannulation and associated risk factors in the post-acute rehabilitation of critically ill patients with intensive care unit-acquired weakness: a cohort study. *Eur J Phys Rehabil Med* akzeptiert und im Druck.
- Thomas, S., Burridge, J.H., Pohl, M., Oehmichen, F. & Mehrholz, J. (2016). Recovery of sitto-stand function in patients with intensive-care-unit-acquired muscle weakness: Results from the General Weakness Syndrome Therapy cohort study. *J Rehabil Med* 48:(9):793-798.
- Thomas, S., Burridge, J., Sauter, W., Starrost, U., Pohl, M. & Mehrholz, J. (2017). Regaining swallowing function in the rehabilitation of critically ill patients with intensivecare-units acquired muscle weakness. *Disability and Rehabilitation am 23.2.2017* akzeptiert und im Druck.
- Thomas, S. & Mehrholz J. (2017). Fitness- und Mobilitätstraining bei Patienten mit einem auf einer Intensivstation erworbenem Schwächesyndrom (FITonICU): Protokoll für eine randomisierte kontrollierte Studie. *Zf Physiotherapeuten* (5):im Druck.

So wird zum Beispiel in der GYMNST Studie die klinische Erholung von Patienten mit auf der Intensivstation erworbenem Schwächesyndrom erforscht. Die GYMNST Studie ist eine groß angelegte Kohortenstudie die sowohl die Therapieinhalte der Physiotherapie genauestens dokumentiert als auch die Ergebnisse von mehr als 150 Patienten detailliert im Jahresverlauf beschreibt. In den ersten Ergebnissen, die bereits mehrfach international und national publiziert worden, zeigte sich eine sehr gute Erholung der Gehfähigkeit, Aufstehfähigkeit, der Erholung der Schluckfähigkeit und der Entwöhnung vom Tracheostoma.

Die FITonICU Studie ist eine randomisierte Studie zum Fitness und Mobilitätstraining von beatmeten Patienten auf Intensivstation mit erworbenem Schwächesyndrom. Dabei wird ein eigens entwickelter neuer und detaillierter Pfad für eine gezielte Mobilisation von schwerst betroffenen und chronisch kritisch kranken Patienten auf Effektivität untersucht.

Ein weiteres Beispiel für die Integration wissenschaftlicher Studien und Projekte ist ein von der SRH Hochschule für Gesundheit über An-

schubfinanzierung gefördertes Projekt: eine hochmoderne Netzwerk-Metaanalyse auf der Basis einer systematischen Übersichtsarbeiten zu sämtlichen randomisierten Studien zur transkraniellen Gleichstromstimulation.

Quellen

- Elsner, B., Kwakkel, G., Kugler, J. & Mehrholz, J. (2017). Network meta-analysis of randomised trials on the effects of transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) for improving capacity in activities of daily living (ADL) and paretic arm function after stroke. *Neurorehabil Neural Repair* eingereicht.
- Elsner, B., Pohl, M., Kugler, J. & Mehrholz, J. (2016). Transcranial direct current stimulation for improving idiopathic Parkinson's syndrome. An abridged version of a Cochrane review. *Eur J Phys Rehabil Med* 52:(6):902-906.
- Elsner, B., Pohl, M., Kugler, J. & Mehrholz, J. (2016). Transcranial direct current stimulation (tDCS) for improving activities of daily living, and physical and cognitive functioning, in people after stroke. *Cochrane Database Syst Reviews* (3):CD009645.
- Elsner, B., Kugler, J., Pohl, M. & Mehrholz, J. (2016). Transcranial Direct Current Stimulation for improving spasticity after stroke. A systematic review with meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine* 48:(7):565–570.

Ebenfalls erwähnenswert ist, dass der Studiengangsleiter im Studiengang Neurorehabilitation als Herausgeber seit nunmehr fast 10 Jahren eine eigene Zeitschrift mit dem Namen „Neurorehabilitation“ (Thieme Verlag) herausgibt. Damit wird Studierenden und Absolventen des Studiengangs Neurorehabilitation die Möglichkeit gegeben Abschlussarbeiten in ihrem Studiengang in einem entsprechenden Fachjournal zu publizieren. Diese Möglichkeit wurde bereits mehrfach genutzt und dient neben dem fachlich-wissenschaftlichen Interesse auch der Öffentlichkeitsarbeit dieses Studiengangs.

Kapitel 5.1: Klinische Prädiktoren für das Erreichen des selbständigen Gehens und Aufstehens bei Patienten der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation mit auf Intensivstation erworbenem Schwächesyndrom: eine Kohortenstudie (Masterarbeit*)

Thomas, Simone

(* ausgezeichnet mit dem 1. Preis, IFK-Wissenschaftspreis für Masterarbeiten)

Fragestellung

Bislang sind nur wenige klinische Prädiktoren bei Patienten mit auf Intensivstation erworbenem Schwächesyndrom auf Grund einer Critical-Illness- Polyneuro- bzw. -Myopathie (CIP/CIM) bekannt. Ziel der Studie war es, klinische Prädiktoren für das Erreichen der Gehfähigkeit und für das selbständige Aufstehen von Patienten mit CIP/CIM zu bestimmen.

Methodik

In einer prospektiven Kohortenstudie wurden chronisch kritisch kranke Patienten mit der Diagnose CIP/CIM eingeschlossen. Die Muskel-

kraft (MRC, Griffkraftdynamometrie), Mobilität (FSS-ICU, PFIT-s) und das Gleichgewicht (Functional Reach Test (FR)) sowie die Kognition (MoCA) wurden im zweiwöchigen Intervall von der Aufnahme in der Klinik Bavaria Kreischa bei Dresden in Deutschland bis zur Entlassung untersucht. Das Erreichen der Gehfähigkeit (FAC ≥ 3) und des Aufstehens wurden täglich protokolliert. Es wurden multivariate proportionale Hazardmodelle nach Cox (in SAS 9.3) genutzt. Hazardratios (HR) wurden im multivariaten Modell (Kriterien slentry $p=0.3$; slstay $p=0.2$) errechnet.

Ergebnisse

Es wurden 87 Patienten in die Studie eingeschlossen. Im multivariaten Modell wurden die erreichten Zentimeter im FR und die Punktzahl im PFIT-s als Prädiktoren für das Erreichen der Gehfähigkeit ermittelt (FR: HR = 1,024; $p=0,0431$; PFIT-s: HR = 1,304; $p=0,0063$). Für das selbständige Aufstehen konnten das Alter, die Punktzahl im FSS-ICU und im MoCA als Vorhersagefaktoren bestimmt werden (Alter: HR = 0.934; $p=0,0435$; FSS-ICU = 1,096; $p=0,0167$; MoCA = 1,099; $p=0,0574$).

Schlussfolgerung

FR und PFIT-s- können das Erreichen der Gehfähigkeit bei chronisch kritisch kranken Patienten mit CIP/CIM vorhersagen. Alter, FSS-ICU und MoCA stellen Prädiktoren für das selbständige Aufstehen bei diesen Patienten dar.

Kapitel 5.2: Die Effekte der repetitiven peripheren Magnetstimulation in der Schlaganfall-Rehabilitation: Eine randomisierte-kontrollierte Studie (Masterarbeit)

Pohl, Kristin Loreen

(* für den IFK-Wissenschaftspris für Masterarbeiten 2017 eingereicht)

Hintergrund und Ziel der Arbeit

Diese Arbeit stellt eine Zwischenanalyse einer randomisierten-kontrollierten Studie dar, die die Effekte der repetitiven peripheren Magnetstimulation (rPMS) im Vergleich zu Elektrostimulation untersucht. Aufgrund bisheriger klinischer Erfahrungen werden stärkere Verbesserungen nach rPMS vermutet.

Methodik

Subakute Patienten nach Schlaganfall mit spastischer Hemiparese der oberen Extremität erhielten täglich über drei Wochen hinweg eine 15 minütige Stimulation. An vier verschiedenen Testzeitpunkten wurde die Entwicklung von Funktion, Spastik, alltäglichen Aktivitäten und dem Gehen bewertet.

Ergebnisse

Insgesamt konnten elf Patienten in die Untersuchung eingeschlossen werden, wovon sieben Patienten in die Interventionsgruppe randomisiert wurden. Stärkere Verbesserungen konnten insbesondere für die Funktion und die Spastik in der rPMS-Gruppe ermittelt werden. Die Kontrollgruppe zeigte eine negative Entwicklung der Spastik.

Diskussion

Die Aussagekraft der Ergebnisse hält sich aufgrund der geringen Patientenzahl und der unterschiedlichen Gruppengröße in Grenzen.

Schlussfolgerung

Trotz der geringen Patientenzahl bildet sich bereits jetzt ein Trend für eine bessere Wirksamkeit der rPMS heraus. Präzisere Ergebnisse werden dennoch zum Abschluss der Studie erwartet.

Kapitel 5.3: Die Intervention der Virtuellen Realität zur Rehabilitation der oberen Extremität nach Schlaganfall: Eine systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalyse (Masterarbeit)

Pils, Anja

Einleitung

Mehr als 50% der Funktion der oberen Extremität kann nach einem Schlaganfall beeinträchtigt sein, lediglich nur 5% können ihre Arme und Hände wieder uneingeschränkt bewegen und 20% erlangen keinerlei Arm-Handfunktion wieder. Die Virtuelle Realität (VR) liefert dazu in der neurologischen Rehabilitation seit einigen Jahren positive Effekte. Es soll der aktuelle Stand der Wissenschaft evaluiert und die Frage beantwortet werden: „Welchen Effekt hat die Intervention der Virtuellen Realität zur Rehabilitation der oberen Extremität im Vergleich zu einer aktiven oder keinen Kontrolltherapie nach Schlaganfall?“ Zusätzlich ist zu klären, auf welcher ICF-Ebene ein Patient am meisten profitiert.

Methodik

In Form einer systematischen Übersichtsarbeiten wurden PubMed, Medline, PEDro und The Cochrane Library auf randomisierte kontrollierte Studien bis zum Jahr 2014 durchsucht. Das primäre Outcome stellte die Funktion und Aktivität des Arms und der Hand dar. Als sekundäres Outcome sollten die Effekte auf die ADL-Fähigkeiten untersucht

werden. Die Ergebnisse wurden extrahiert, nach ihrer Qualität bewertet (Risk of Bias Tool) und einer Metaanalyse (Review Manager 5.3) unterzogen.

Ergebnisse

28 Studien trafen die Einschlusskriterien. Primäre Outcomes: Arm: signifikante Effekte zugunsten der VR vs. aktiver Therapie ($p=0.006$), aber auch vs. VR als zusätzliche Therapie oder keiner Therapie ($p=0.002$); Hand: keine Endpunkte zeigten signifikante Effekte. Sekundäres Outcome: ADL-Fähigkeit: sowohl als alleinige und auch als zusätzliche Therapie zeigte die VR signifikante Effekte ($p=0.008$; $p=0.001$). Es wurde eine starke Nutzung der Assessments auf Funktionsebene festgestellt.

Diskussion

Aufgrund der Datenlage ist eine starke Evidenz der VR, im Vergleich zur aktiven oder keiner Therapie, für die Armfunktion und ADL-Fähigkeiten zu verzeichnen. Jedoch nicht für die Handfunktion.

Schlussfolgerung

Die VR ist eine potentiell nützliche Technologie, die im rehabilitativen Prozess zu Verbesserungen der oberen Extremität führen und damit wahrscheinlich eine Empfehlung für diese Intervention ausgesprochen werden kann.

Kapitel 5.4: Der Einfluss eines räumlichen Navigationstrainings auf die räumliche und nicht-räumliche kognitive Leistung von Patienten mit leichter bis mittelgradiger Parkinson-Erkrankung (Masterarbeit)

Stahlmann, Astrid

Die Fähigkeiten zum räumlichen Lernen und räumlichen Gedächtnis gehören zu den wichtigsten Voraussetzungen, um alltägliche Anforderungen eigenständig zu meistern. Das Ziel dieser Arbeit ist es, den Effekt eines "Virtual Reality" räumlichen Navigationstrainings bei Parkinson-Patienten auf das räumliche Gedächtnis und das Arbeitsgedächtnis zu evaluieren. Innerhalb dieser Studie wurden elf Parkinson-Patienten (Alter: > 54 Jahre; Schweregrad: Hoehn & Yahr Stadium I-III; stabile Medikation) randomisiert in Trainings- (TG) und Kontrollgruppe (KG) eingeteilt. Die TG erhielt zweimal pro Woche, über einen Zeitraum von fünf Wochen Ergotherapie und ein räumliches Navigationstraining. Im Vergleich dazu erhielt die KG lediglich Ergotherapie im gleichen Umfang. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen durch den Einsatz eines Navigationstrainings deutliche Verbesserungen des räumlichen Lernens und Gedächtnisses sowie des Arbeitsgedächtnisses bei Parkinson-Patienten erkennen. Das Hippocampus-basierte Lernen ist im Vergleich zum Striatum-basierten Lernen leistungsfähiger ($p=,013$).

In der Arbeitsgedächtnisaufgabe konnten bei Patienten der TG nach dem Navigationstraining gesteigerte Reaktionszeiten im Vergleich zur KG herausgestellt werden ($p= 0,035$). Darüber hinaus zeigt sich ein Trend, dass die TG im Vergleich zur KG nach dem Training

eine verbesserte Performanz in der Arbeitsgedächtnisaufgabe erreicht. Bei den Ergebnissen handelt es sich um eine vorläufige Auswertung, eine genauere Aussage ist erst nach Abschluss der Studie Anfang 2015 möglich.

Schlüsselwörter:

Navigationstraining, Parkinson Erkrankung, räumliches Lernen, räumliches Gedächtnis.

Kapitel 5.5: Elektromechanisch-assistiertes Gangtraining bei neurologischen Patienten

Wieduwild, Eric

Einleitung

Neurologische Erkrankungen haben Einfluss auf die selbstständige Gehfähigkeit. Im Rahmen der evidenzbasierten Therapie müssen Physiotherapeuten entscheiden, welches die beste Behandlung ist, um Gehfähigkeit wiederzuerlangen oder das Gangmuster zu verbessern.

Methodik

Ziel war es die beste Evidenz für elektromechanisch-assistiertes oder roboterassistiertes Gangtraining (EAGT) zu untersuchen und zu evaluieren. Eine Literatursuche in Datenbanken nach RCT's wurde durchgeführt, zu EAGT bei unterschiedlichen neurologischen Gangstörungen, außer bei Patienten nach Schlaganfall. Eine quantitative Analyse wurde durchgeführt, primär zur Gehfähigkeit, sekundär zu Gangausdauer, Gehgeschwindigkeit und Schrittlänge.

Ergebnisse

Zehn Studien wurden eingeschlossen und acht ausgewertet. Alle Patienten waren zu Beginn gehfähig. Behandelt wurde Multiple Sklerose, Rückenmarkverletzung und Parkinson. Es zeigten sich nur bei Parkinson signifikante Verbesserungen bei Gangausdauer (81,6 m; $p < 0,001$) und Gehgeschwindigkeit (0,19 m/s; $p = 0,001$).

Diskussion

Die Ergebnisse müssen mit Vorsicht betrachtet werden, da eine geringe Population untersucht wurde mit moderater bis starker Heterogenität.

Schlussfolgerung

Es bedarf weiterer Untersuchungen von nicht gehfähigen Patienten und anderen Krankheitsbildern.

Schlüsselwörter:

elektromechanisch-assistiertes Gangtraining – neurologische Gangstörung – Lokomotion – Gehfähigkeit

Kapitel 6: Der Studiengang Gesundheitspsychologie (Bachelor of Science)

Fankhänel, Thomas

Psychologie

Die Psychologie als Lehre vom Erleben und Verhalten des Menschen erfreut sich bei Studierenden in ganz Deutschland großer Beliebtheit. Im Jahr 2016 haben in Deutschland über 60.000 Studierende das Fach Psychologie belegt (Abele-Brehm, 2017). Die bisherige Landschaft der Studiengänge wurde hier gemäß der Anforderungen des Arbeitsmarktes durch stärker spezialisierte Angebote mit Schwerpunktsetzung ergänzt. Diesem Trend folgend bietet die Hochschule für Gesundheit die Studiengänge Gesundheitspsychologie (Bachelor) und Psychische Gesundheit und Psychotherapie (Master) an, welche insbesondere die aktuellen Befunde zu Prävention und Ressourcenorientierung in ihrem Curriculum berücksichtigen. Die Berufsaussichten in der Psychologie sind hervorragend: So liegt die Arbeitslosenquote bei Arbeitnehmern mit Studienabschluss in Psychologie bei 2,4% und damit niedriger als die durchschnittliche Quote von Akademikern allgemein. Arbeitsangebote finden sich in einer Vielzahl von Branchen, was wiederum die Vielfalt des Studiums widerspiegelt, die kurz dargestellt werden soll.

Gesundheitspsychologie (B. Sc.)

Epidemische Infektionskrankheiten nehmen ab, die Zahl der von chronisch-degenerativen Krankheiten betroffenen Menschen erhöht sich hingegen stetig. Mittlerweile ist durch Forschungsergebnisse gut belegt, dass psychische Wirkmechanismen viele der so genannten Zivilisati-

onskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes mellitus ursächlich oder verlaufsimmmanent mitbestimmen (Knoll, Scholz & Rieckmann, 2011; Renneberg & Hammelstein, 2006; Schwarzer, 2004). Die Erkenntnis, dass solche verhaltens- und erlebensbezogenen Risikofaktoren durch psychologische Maßnahmen effektiv entschärft werden können, lenkt den Blick zunehmend auf Ansätze der Prävention.

Zudem fällt ins Gewicht, dass auch die Zahl genuin psychischer Erkrankungen zunimmt. Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG, 2011) leiden etwa 50 Millionen Menschen in der Europäischen Union unter psychischen Beeinträchtigungen wie Depressionen, Angsterkrankungen, Stresssymptomen oder Suchterkrankungen. Das BMG berichtet, dass circa 10% aller Arbeitsfehlage mit psychischen Erkrankungen in Verbindung gebracht werden können. Dabei fehlen gemäß der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK, 2011 a) psychisch erkrankte Arbeitnehmer im Schnitt drei bis sechs Wochen, depressiv Erkrankte waren 2010 durchschnittlich sogar sieben bis zwölf Wochen arbeitsunfähig. Neben therapeutischen Hilfsangeboten sind auch im Bereich der psychischen Gesundheit Prävention und Empowerment-Ansätze längst Teil der Versorgungspraxis (vgl. BPtK, 2011 b). Prävention und Förderung psychischer Gesundheit haben neben den positiven Auswirkungen auf das Wohlbefinden des Einzelnen vor allem erhebliche gesellschaftliche Konsequenzen, zieht man v.a. die Versorgungskosten für die Behandlung psychischer Erkrankungen in Betracht (BMG, 2011; BPtK, 2011 a). Auf Antrag der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) vom 30. Juni 2011 sollen Prävention und Gesundheitsförderung in allen Politikfeldern und Lebensbereichen in Zukunft stärker verankert werden (GMK, 2011), was durch die Einführung des Präventionsgesetzes (2016) und Novellierung des Arbeitsschutzgesetzes (2015) noch einmal untermauert wurde.

Der Bedarf an Praktikern in diesem Bereich ist dementsprechend beachtlich und wächst derzeit kontinuierlich (siehe Gesundheitsberichterstattung des Bundes unter www.gbe-bund.de). Aus den aktuellen Trends (BMG, 2011; Frensch, 2012) kann insbesondere für folgende Tätigkeitsfelder ein steigender Bedarf an Gesundheitspsychologen abgeleitet werden:

- Gesundheitsförderung (u.a. Gesundheitsberatung, Gesundheitszentren, Erziehungs- und Familienberatung, Gesundheitsforschung)
- Medizinische Rehabilitation (u.a. Gesundheitstrainings, Patientenschulung)
- Life Coaching und ganzheitliche Medizin (z.B. Selbstmanagement, Stresstraining, Mind-Body-Medizin)
- Aus-, Fort- und Weiterbildung inkl. Supervision (u.a. für Psychologen, für andere Gesundheitsberufe (z.B. Pflege), für Erziehungsberufe, für Sozialberufe)
- Management und der Koordination von Gesundheitsaufgaben (z.B. bei Kosten-/ Leistungsträgern, im Bereich von Kommunen, in der Gesundheitspolitik, innerhalb von Modellprojekten, in Gesundheitszentren, Selbsthilfe-Organisationen, Patientenberatungsstellen u. ä.),
- Betriebliche Gesundheitsförderung

Der Bachelorstudiengang Gesundheitspsychologie vereint daher eine fundierte allgemeinpsychologische Ausbildung mit Schwerpunkten in Gesundheits- und Rehabilitationspsychologie. Inhaltliche Schwerpunkte sind hierbei:

- Prävention
- Ressourcenorientierte Sichtweise und Behandlung psychischer und somatischer Erkrankungen
- Betriebliche Gesundheitsförderung
- Therapeutische Begleitung chronischer Erkrankungen

Ziel des Studiums der Gesundheitspsychologie an der Hochschule für Gesundheit ist die Verbesserung der Ausbildungsqualität des für diese Tätigkeitsfelder benötigten Fachpersonals. Um dieses Ziel erreichen zu können, bieten die Module des Studiengangs ein breit gefächertes Angebot an theoretischen und praktischen Lehrinhalten. Die praxisnahe Ausbildung sieht deshalb u.a. die Konzeption und selbstständige Durchführung eines Moduls zur schulischen Suchtprävention, die Leitung von Workshops für Stressmanagementtrainings und Entspannungsverfahren oder eine Patientenedukation in einer Klinik vor.

Kapitel 6.1: Hilfe vor dem Absturz – Grenzen und Möglichkeiten in der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit schädlichem Alkoholkonsum

Thiel, Carolin & Fankhänel, Thomas

Seit einigen Jahren ist die WHO (World Health Organization) darum bemüht, Hausärzte im Rahmen der Regelversorgung dahingehend zu motivieren, vermehrt alkoholsuchtpräventive Maßnahmen durchzuführen. Die Umsetzung scheitert laut Angaben der Hausärzte an strukturellen Barrieren und patientenbezogenen Faktoren.

Ziel der vorliegenden Untersuchung war, erstmalig aus der Perspektive ärztlicher Suchttherapeuten eine Analyse der aktuellen Versorgungssituation von Patienten mit schädlichem Alkoholkonsum in der hausärztlichen Praxis vorzunehmen und zu gleich Möglichkeiten zu eruieren, welche zu einer Optimierung der aktuellen Versorgungssituation beitragen könnten. Dazu wurden insgesamt 15 teilstrukturierte leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt.

Die Ergebnisse zeigen, dass neben strukturellen Barrieren und patientenbezogenen Faktoren vor allem Defizite in der suchtmedizinischen Ausbildung sowie negative Einstellungen der Hausärzte gegenüber Alkoholsuchtpatienten eine Implementierung suchtpräventiver Maßnahmen in die Hausarztpraxis behindern. Für die Versorgungspraxis ist der dringendste Handlungsbedarf in der Optimierung der suchtmedizinischen Ausbildung der Hausärzte zu sehen.

Kapitel 6.2: Internetkurs für Senioren

Kusenber, Nils & Schulz, Katrin

Im Rahmen des aktiven Alterns wird zunehmend diskutiert, die Lebensbereiche älterer Menschen mit elektronischen Medien zu vernetzen, um diese als Ressource nutzbar zu machen. Gerade das Internet bietet hier ein großes Potential, allerdings hindern multiple Barrieren die Nutzung. Es ist daher von höchster Wichtigkeit ältere Menschen zielgruppenadäquat an dieses Medium heranzuführen. Das Ziel der Studie war die Schaffung eines regionalen Angebotes mit anschließender Evaluation.

An dem Angebot nahmen insgesamt 10 Teilnehmer mit einem Durchschnittsalter von 68,4 Jahren teil. Der Internetkurs wurde an 6 aufeinanderfolgenden Wochen zu jeweils einer Stunde durch zwei Kursleiter im Computerraum der SRH Hochschule für Gesundheit Gera durchgeführt. Dabei wurde zunächst der Bedarf der Teilnehmer in einem Telefoninterview ermittelt sowie bei der Vermittlung ein zielgruppenadäquates Tempo berücksichtigt. Die Teilnehmer übten während des Kurses alle vermittelten Inhalte konsequent an praktischen Aufgaben. Zur Evaluation wurde jeweils ein selbstkonzipierter Prä- und Postfragebogen verwendet, welche vor der ersten Kursstunde bzw. nach der letzten Kursstunde ausgegeben wurden.

Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass die Teilnehmerinnen den Computer und das Internet nach dem Kurs deutlich häufiger nutzten als zuvor und sich deutlich sicherer im Umgang fühlten. Alle Teilnehmer waren darüber hinaus hoch zufrieden mit den Inhalten und der Durchführung des Kurses und meldeten sich für den Aufbaukurs an, welcher im April 2017 stattfand.

Aufgrund der Ergebnisse ist davon auszugehen, dass ein angeleiteter Internetkurs einen positiven Einfluss auf die Verbindung von älteren Menschen und digitalen Medien haben kann. Aufgrund der Nach-

frage scheint es lohnend, den Kurs über einen längeren Zeitraum zu etablieren.

Kapitel 6.3: GAD- Glaub an Dich! Entwicklung und Evaluation eines Trainings zur Selbstwertsteigerung bei Jugendlichen im vollstationären Setting

Engler, Vanessa; Luck-Sikorski, Claudia & Schulz, Katrin

Der Einfluss des Selbstwertgefühls auf die Funktionsfähigkeit eines Jugendlichen ist von zentraler Bedeutung, bedenkt man, dass die Zeit der Jugend geprägt ist durch verschiedene Entwicklungsaufgaben und Entscheidungen, welche das zukünftige Leben beeinflussen können (Blickle, 2011). So ist die Entwicklung eines gesunden Selbstwertgefühls eine zentrale Aufgabe, vor allem bei Jugendlichen, welche im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen in diesem Bereich Defizite aufweisen (Button et al., 1996). Grade hier gibt es noch Nachholbedarf in der psychotherapeutischen Arbeit mit Jugendlichen, Trainings zur Steigerung des Selbstwertgefühls sind in Deutschland wenig vertreten.

Ziel der Studie war die Konzipierung und Evaluation eines Selbstwerttrainings für Jugendliche im Alter von 11-15 Jahren. Das Training wurde in Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Asklepios Fachklinikums im Zeitraum von sechs Wochen durchgeführt. Es nahmen 6 Jugendliche (Durchschnittsalter $M = 12.83$ Jahre) am Training teil, dieses unterteilte sich in ein Einzel- und begleitendes Gruppentraining. Die Evaluation erfolgte mittels eines randomisierten Kontrollgruppendesigns mit Eigen- und Fremdbeurteilung durch die Aussagenliste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche (Schauder, 2010).

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass das entwickelte Training zur Steigerung des Selbstwertgefühls ergänzend zum regulären Ange-

bot einer psychotherapeutischen Klinik wirksam sein kann. Das Selbstwertgefühl der Interventionsgruppe verbesserte sich im Vergleich zur Kontrollgruppe in den drei Dimensionen Schule, Familie und Freunde deutlich. In weiteren Arbeiten ist die Sicherung der Ergebnisse durch eine größere Stichprobe geplant, eine Veröffentlichung des Manuals wird angestrebt.

Quellen

- Blickle, G. (2011). Berufswahl und berufliche Entwicklung. In F. Nerdinger, G.Blickle & N. Schaper (Hrsg) Arbeits- und Organisationspsychologie (S. 173-193). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Button, E., Sonuga-Barke, E., Davies, J. & Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent school girls: Questionnaire findings. British Journal of Clinical Psychology, 35 (2), 193-203.

Kapitel 6.4: Ressourcenaktivierung im Studium – ein Beitrag zur innovativen Gestaltung der Hochschullehre

Johannes, Christine & Schulz, Katrin

Situierter Lernen in multimedialen Lernumgebungen kann Studierenden den Transfer zwischen Theorie und Praxis erleichtern. Dabei mangelt es oft an innovativen Konzepten zur Gestaltung von Hochschullehre. Zudem bleibt häufig offen, ob ein Transfer in die praktische Anwendung tatsächlich gelingt. Im Sinne der Förderung von berufsrelevanten Kompetenzen in Rahmen des Studiums sind diese Konzepte für ein Hochschulstudium von besonderer Relevanz.

Im Rahmen des Forschungsprojektes soll ein neues didaktisches Konzept evaluiert werden. Hierbei handelt es sich um ein integriertes Lehrmodul, indem Studierende verschiedener Jahrgänge (1. & 3. Semester Gesundheitspsychologie) zusammengeführt werden.

Studierende im 1. Semester Gesundheitspsychologie nehmen in Kleingruppen (10-12 Personen) an einem 12wöchigen Gruppenangebot zum Thema „Ressourcenaktivierung im Studium“ teil. Die Inhalte des Gruppenangebotes sind hierbei u. a. Stress, Achtsamkeit, Glück & Mut, Selbstmanagement, Zeitmanagement und Ressourcenaktivierung. Die Gruppenveranstaltungen werden von den Studierenden im 3. Semester selbstständig konzipiert und geleitet und anschließend durch Videofeedback von der modulverantwortlichen Lehrkraft supervidiert. Die Ziele für die Studierenden sind hierbei spezifisch für die einzelnen Gruppen:

1. Semester

Theoretische Vertiefung einzelner Inhalte
Erlernen von Feedbacktechniken
Selbsterfahrung im Gruppenkontext
Erlernung von Softskills (selbstbezogene Kompetenzen)
Selbstreflexionsfähigkeit
Vertiefung von gruppenspezifischen Themen aus *Teilnehmerperspektive*

3. Semester

Theoretische Vertiefung einzelner Inhalte
Selbsterfahrung im Gruppenkontext
Handlungspraktische Kompetenzen in der Arbeit mit Gruppen
inhaltliche Planung von Softskill-Gruppen
Planungskompetenz
Präsentationskompetenz
Selbstreflexionsfähigkeit
Vertiefung von gruppenspezifischen Themen aus *Anleiterperspektive*

Eingesetzte Methoden sind neben der Vermittlung theoretischer Aspekte praktische Übungen, Rollenspiele und Hausaufgaben. Alle Veranstaltungen werden mittels Evaluationsbögen und Videoaufnahmen dokumentiert. Erste Ergebnisse sprechen dafür, dass die studentischen Workshopteilnehmer (1. Semester) die Lernumgebung positiv beurteilen. Dabei ist die Zieltransparenz, Lernbegleitung und wahrgenommenes Interesse der Workshopleiter hoch, die Workshopteilnehmer fühlen sich in Kompetenz und Autonomie unterstützt und berichten ein hohes Ausmaß an organisierenden Prozessen und vertiefenden Elaborationen. Die studentischen Workshopleiter (3. Semester) können sich durch Erfahrung und Supervision in ihrer Rolle teilweise entwickeln. Hervorzuheben ist hier die im Konzept angelegte Förderung von Autonomie während des Lernens, die für alle Workshopleiter steigt. Für weitere Durchgänge wird gegenwärtig eine Methode zur Reflektion der Feedbacktechniken für das 1. Semester erarbeitet sowie eine Auswertung des Videomaterials angestrebt, um die Lernerfolge auch auf dieser Ebene abzubilden.

Kapitel 6.5: Methamphetaminkonsum in Mitteldeutschland- Eine qualitative Studie zu Bedarf und Herausforderungen für die rehabilitative Versorgung

Hoffmann, Laura; Schumann, Nadine; Thiel, Carolin; Fankhänel, Thomas; Klemment, Andreas & Richter, Matthias

Die synthetische Droge Methamphetamine (Crystal Meth) besitzt ein hohes Abhängigkeitspotenzial und gehört nach Cannabis zu den meist konsumierten illegalen Drogen weltweit. Nationale wie internationale Studien weisen nach, dass der Missbrauch von Methamphetamine global rasant gestiegen ist. Auch in Deutschland weist der Konsum von Crystal Meth in den letzten Jahren enorm hohe Steigerungsraten im Vergleich zu anderen Suchtmitteln auf. Die Region Mitteldeutschland ist dabei besonders stark vom Konsumanstieg betroffen. Der regelmäßige Crystal Meth-Konsum ist mittel- oder langfristig mit gravierenden psychischen und physischen Folgen assoziiert. Um die gesundheitlichen Auswirkungen sowie auch soziale, rechtliche und ökonomische Folgen des Drogenkonsums zu vermeiden bzw. abzumildern und langfristige Schädigungen zu verhindern, sind ein frühzeitiger Zugang für die Betroffenen in das rehabilitative Versorgungssystem sowie eine bedarfsgerechte langfristige Versorgung zu gewährleisten. Ziel des Projektes war es deshalb, die Anforderungen an den gestiegenen Versorgungsbedarf Methamphetamineabhängiger in Mitteldeutschland und die damit verbundenen Herausforderungen für die Deutsche Rentenversicherung als Kostenträger rehabilitativer Maßnahmen zu explorieren sowie Optimierungspotenziale für eine bedarfsgerechte Versorgung Crystal Meth Abhängiger in Mitteldeutschland abzuleiten. Dazu

wurden Experten entlang der Versorgungskette (d.h. ambulante Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, Akutversorgung, Rehabilitation) zu zentralen Aspekten und Herausforderungen einer bedarfsgerechten Versorgung der Betroffenen sowie zu ihren Erfahrungen und Einschätzungen bezüglich bestehender Risikogruppen im Rahmen einer qualitativen Untersuchung befragt.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie übereinstimmend mit aktuellen internationalen und nationalen Daten, dass die Zahl von Methamphetaminabhängigen in Mitteldeutschland weiterhin alarmierend hoch ist. Dadurch zeigt sich, dass die Versorgung dieser Klienten- bzw. Patientengruppe auch aktuell im Alltag von Versorgern im gesamten Suchthilfesystem von hoher Relevanz ist. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen jedoch, dass derzeit noch keine ausreichend bedarfsgerechte Versorgung Methamphetaminabhängiger in sämtlichen Versorgungsbereichen gewährleistet werden kann. Um bestehende Versorgungslücken zu schließen, sind die vorhandenen Beratungs- und Behandlungsangebote zukünftig spezifisch an die konkreten Bedarfe der Betroffenen anzupassen. Ein möglicher Ansatz wäre hierbei, die Behandlungs- und Beratungslandschaft insgesamt flexibler zu gestalten, um somit Zugang und Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten zu verbessern. Weiterhin ist z.B. die Schaffung von spezifischen Angeboten für Eltern mit Kindern, Frauen sowie Schwangeren unabdingbar für die bedarfsgerechte Versorgung dieser vulnerablen Zielgruppe. Ein allgemein transparenteres und nachvollziehbares Reha-Antragsverfahren kann neben anderem ebenso dazu beitragen, den Zugang zur Entwöhnungsbehandlung zu verbessern. Intensivere Nachsorgeangebote, ambulante Wohnformen und psychotherapeutische Angebote könnten zudem die Wiedereingliederung der Betroffenen perspektivisch maßgeblich verbessern.

Kapitel 7: Der Studiengang Psychische Gesundheit und Psychotherapie (Master of Science)

Luck-Sikorski, Claudia

Psychische Störungen sind häufig und folgenschwer - für den Einzelnen, aber auch für die Gesellschaft. Statistisch gesehen erkrankt jede zweite bis dritte Person in Deutschland irgendwann in ihrem Leben an einer psychischen Störung. Neben der Wiederherstellung der psychischen Gesundheit nach einer Erkrankung ist daher auch die Prävention psychischer Störungen von immenser Bedeutung. Überlegungen, wie wir die psychische Gesundheit erhalten können, spielen eine große Rolle in der betrieblichen Gesundheitsförderung und in einer Vielzahl weiterer Anwendungsgebiete. Die Erhaltung psychischer Gesundheit und die Behandlung psychischer Störungen stehen im Mittelpunkt unseres Masterstudiengangs Psychische Gesundheit und Psychotherapie.

Die Anforderungen an unsere psychische Gesundheit in Beruf und Privatleben sind enorm. Nicht ohne Grund ist die gesamtgesellschaftliche Belastung durch psychische Erkrankungen seit Jahrzehnten auf dem Vormarsch.

Bereits 2005 postulierte die WHO: „Es gibt keine Gesundheit ohne seelische Gesundheit“ (Meise & Wancata 2005).

Genau vor diesem Hintergrund setzt der Masterstudiengangs Psychische Gesundheit und Psychotherapie an. Dieser Grundsatz gilt für alle Lebensbereiche und über die gesamte Lebensspanne. Egal, ob ein Kind Ängste in der Schule oder ein Erwachsener Probleme mit Arbeitslosigkeit bzw. einer zu hohen Arbeitsbelastung hat, steht die Erhaltung der psychischen Gesundheit im Fokus. Neben diesen externen Stressoren gewinnt auch der Bereich der Medizinischen Psychologie an Bedeutung. In einer Gesellschaft, in der die sogenannten Zivilisationserkrankungen wie Diabetes und Adipositas an Bedeutung gewonnen haben, wird auch immer wichtiger wie Betroffene mit somatischen

Erkrankungen umgehen. Auch hier ist professioneller psychologischer Beistand nachgewiesenermaßen hilfreich und hilft negative Krankheitsfolgen zu mindern. Im optimalen Fall kommt es durch eine gezielte Prävention nicht zum Auftreten psychischer Störungen und die psychische Gesundheit wird erhalten.

Der Masterstudiengang Psychische Gesundheit und Psychotherapie an der SRH Hochschule für Gesundheit widmet sich der Förderung und Erhaltung psychischer Gesundheit sowie der Behandlung psychischer Erkrankungen und betrachtet hierbei verschiedene Patientengruppen ebenso wie verschiedene Setting Ansätze, bis hin zum betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Analysiert man inhaltlich das Lehrangebot von Studiengängen im Bereich der Psychologie an deutschen Hochschulen, wird man überwiegend feststellen, dass die Fächer der Klinischen Psychologie und der Psychotherapie sehr stark störungs- und defizitorientiert ausgerichtet sind. Zudem findet an vielen Universitäten eine starke Fokussierung auf einzelne Psychotherapieschulen, vorrangig Verhaltenstherapie, statt. Dieses Angebot steht im Widerspruch zur aktuellen Befundlage der Wirkfaktorenforschung, die zahlreiche allgemeine, psychotherapieschulen-übergreifende Wirkfaktoren identifiziert hat und zudem kritisiert, dass Psychotherapie im Rahmen historisch gewachsener Schulen praktiziert wird (z.B. Grawe, 1995).

Ziel ist es daher, die Studierenden im Rahmen des Masterstudiengangs Psychische Gesundheit und Psychotherapie frühzeitig über die verschiedenen Psychotherapieschulen hinaus für Merkmale und Wirkfaktoren einer allgemeinen psychologischen Therapie zu sensibilisieren. Nicht eine ausgrenzende, sondern eine integrative Betrachtung der verschiedenen Therapieschulen und vor allem eine deutliche Beachtung ihrer Wirksamkeitsnachweise sind das Ziel und Gegenstand des Masterstudiengangs. Neben allgemeinen Wirkfaktoren, z.B. der Therapeut-Patient-Beziehung, der Problemaktualisierung und der aktiven Hilfe zur Problembewältigung, setzt der Masterstudiengang insbesondere auf die Beachtung der Ressourcen (z.B. Grawe, 1992, 1995). Durch die bewusste Betonung dieses salutogenetischen Aspekts sowohl in der Lehre als auch der Forschung besteht eine optimale Passung zum Bachelorstudiengang Gesundheitspsychologie.

Die Studierenden werden befähigt, den Menschen unter allgemein psychotherapeutischer sowie wissenschaftlicher Perspektive zu betrachten und ressourcenorientierte Lösungsansätze zu antizipieren (wissenschaftlich-kritisch reflektierender Praktiker). Sie lernen im Rahmen des Masterstudiums Handlungskonzepte für ausgewählte Problemlagen zu entwickeln und sie methodisch und arbeitsorganisatorisch auf die ausgewählten Versorgungsformen auszurichten. Mit den Studieninhalten werden die Studierenden zudem befähigt, komplexe Handlungssituationen fachlich zu fundieren und je nach Bedarf am Fall auszurichten. Sie lernen komplexe Probleme des zukünftigen Berufsalltags innovativ und methodisch sicher im Dialog mit den Strukturen und unter Berücksichtigung der gegebenen Bedingungen zu lösen. Auf diese Weise formt das Masterstudium fachlich hoch qualifizierte und methodisch sichere Persönlichkeiten, die Verantwortung für komplexe Tätigkeiten übernehmen und diese gegenüber den Klienten/Patienten, dem Kollegium, der Institution und den relevanten gesellschaftlichen Instanzen zu vertreten wissen.

Literaturangabe

- Grawe, K. (1992). Diskussionsforum. Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43, 132-162.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Meise, U. & Wancata, J. (2005). „Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit“ Die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz für Psychische Gesundheit; Helsinki 2005 *Neuropsychiatrie*, Band 20, Nr. 3/2006, S. 151-154.

Kapitel 7.1: Rehabilitationsziele, Zuverlässigkeit und Erreichbarkeit

Pocher, Luisa; Luck-Sikorski, Claudia & Leidner, Ottmar

Im Rehabilitationsprozess gilt die partizipative Vereinbarung der Rehabilitationsziele als Kernkomponente des Reha-Managements. Mit Hilfe einer retrospektiven Beobachtungsstudie über mehrere Zeitpunkte erfolgte an einem Gesamtkollektiv von 118 Schädel-Hirn-Trauma-Rehabilitanden aus der Klientel des Beratungs- und Reintegrationsdienstes ReIntra die Untersuchung der Zuverlässigkeit und Erreichbarkeit der formulierten Zielsetzungen.

Obwohl die meisten Geschädigten im Rehabilitationsverlauf nach der Glasgow Outcome Scale eine Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) erreichten, gelang es hypothesenkonform weniger als 20% der SHT-Geschädigten in Vollzeittätigkeit und weniger als 30% in Teilzeittätigkeit in den ersten Arbeitsmarkt drei Jahre nach Beendigung des Reha-Managements zurückzukehren. Bereits zum ärztlichen Erstkontakt durch ReIntra besitzen die Integrationsziele prognostische Aussagekraft und stellen in der logistischen Regressionsanalyse der vorliegenden Untersuchung den einzigen Prädiktor für die Erwerbstätigkeit drei Jahre nach Abschluss des Reha-Managements dar.

Zukünftig muss die Unterscheidung zwischen Integrationsziel und Integrationsprognose unterstrichen werden und sich im Reha-Management in Deutschland verankern.

Kapitel 7.2: „Das bin ich, das sind wir“

Störch, Sarah; Dieterichs, Tim; Luck-Sikorski, Claudia & Schulz, Katrin

Eine Trennung oder Scheidung stellt sowohl für Kinder als auch für die Eltern ein einschneidendes Ereignis dar. Kinder erleben in dieser Zeit oftmals ein Gefühlschaos zwischen Angst, Unverständnis und Wut. Auch für Eltern bringt dieses Ereignis viele neue Herausforderungen und Aufgaben mit sich. Vielleicht steht ein Umzug an, juristische Angelegenheiten müssen geklärt werden, familiäre Strukturen ändern sich.

In dieser Situation fällt es oft schwer, die Aufmerksamkeit und den Fokus auf die Bedürfnisse der kindlichen Entwicklung zu legen. Hierfür wurde an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera in Zusammenarbeit mit Pädagogen und Psychologen ein Kursangebot für Kinder im Alter von 4 bis 6 Jahren und deren Eltern entwickelt, mit dem Ziel, die Familie bei der Bewältigung dieser schwierigen Situationen zu unterstützen.

Das Programm umfasst 5 Wochen in denen eine Aufteilung in Kinder- und Elternsitzenungen stattfindet. In den Elterntreffen haben Eltern die Möglichkeit, andere Eltern kennenzulernen, sich über Erfahrungen und Fragen auszutauschen sowie Ideen und Anregungen für anspruchsvolle Situationen im Erziehungsalltag zu besprechen.

Die Kindertreffen zielen darauf ab, den Selbstwert, sowie die emotionale Kompetenz der Kinder zu stärken, um deren Widerstandsfähigkeit zu fördern. Die Treffen der Kinder beschäftigen sich hierbei nicht vorrangig mit dem Thema Scheidung, sondern zielen auf die Vermittlung wichtiger Kompetenzen für die weitere Entwicklung ab. Dies geschieht in gemeinsamen Spielen, Geschichten lesen, Übungen und Rollenspielen. Die Kurse werden von qualifizierten Gesundheitspsychologen (B. Sc.) durchgeführt.

In ihrer Master-Arbeit haben die Studierenden Sarah Störch und Tim Dieterichs dieses Programm zur Bewältigung der Trennung von

Eltern für Kinder im Alter von 4 bis 6 Jahren entwickelt. Es wird geprüft, dieses nach einer Evaluation zu publizieren.

Kapitel 7.3: Erst gesund, dann krank? Zum Einfluss von fitness- und ernährungsbezogenen Inhalten auf das Risiko einer Essstörung

Grau, Julia; Schulz, Katrin & Luck-Sikorski, Claudia

Adipositas ist weltweit eines der führenden Public Health Probleme und auch in Deutschland sind ca. 22% der Erwachsenen betroffen (Mensink et al., 2013). Menschen mit Adipositas sind in hohem Maße von Stigmatisierung und daraus resultierender Diskriminierung betroffen (Puhl & Brownell, 2001). Die wahrgenommene Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit Adipositas hat weitreichende Folgen für die Betroffenen und ist verbunden mit negativen Auswirkungen auf Wohlbefinden und Gesundheit (Puhl & Heuer, 2010; Major, Hunger, Bunya, & Miller, 2014; Hilbert, Braehler, Haeuser, & Zenger, 2013).

Gleichzeitig kann angenommen werden, dass das öffentlich wahrgenommene Stigma von Adipositas mit einem Fear of Fat, also einer ausgeprägten Sorge Gewicht zuzunehmen, einhergeht, die sich auch aus den bestehenden westlichen Schönheitsidealen speist. Hiermit beeinflussen Social Media Plattformen nicht nur die soziale Entwicklung, Identität, Selbstwert und sozialen Beziehungen der Nutzer, sondern ebenso das Gesundheitsverhalten (Subrahmanyam & Greenfield, 2008; Valkenburg & Peter, 2009). Insbesondere junge Nutzer des weiblichen Geschlechts berichten, dass Bilder und Texte zu diesen Inhalten ein negatives Körperbild verschafft und diese im weiteren Verlauf häufiger zu Diäten greifen, um dem Druck standzuhalten (Thompson & Loughheed, 2012; Musaiger & Al-Mannai, 2013). Auch für diese Fragestellung liegen bislang kaum Erkenntnisse vor.

Aus aktuellem Bezug besteht ein erhöhtes Forschungsinteresse an dem Einfluss fitness- und ernährungsbezogener Inhalte des Mediums Instagram auf das Ernährungsverhalten weiblicher Nutzer. Dies resultiert wesentlich aus den stetig wachsenden aktiven Nutzerzahlen (Suhr, 2016), dem publizierten Schönheitsideal (Chrisler, Fung, Lopez, & Gorman, 2013) und der hohen Anfälligkeit junger Frauen für ein essgestörtes Verhalten (Blodgett, Jones, Haugen, & Schaefer, 2015). Diese Komponenten können dazu führen, dass die vermeintlich positiv angestrebte Veränderung des Gesundheitsverhaltens der Bevölkerung hin zu einem sportlichen, aktiven und schlanken Körper, letztlich in einem Teufelskreis der Essstörung mündet. Diesbezüglich soll die vorliegende Studie den Einfluss besagter Inhalte untersuchen. Sie wird im Rahmen der Forschungsförderung der SRH Hochschule für Gesundheit finanziert und ist Teil der Bachelorarbeit der Studierenden Julia Grau (B. Sc. Gesundheitspsychologie).

Literaturangaben

- Blodgett, E. H., Jones, M. E., Haugen, E. C., & Schaefer, M. K. (2015). Perceptions of the causes of eating disorders: a comparison of individuals with and without eating disorders. (32).
- Chrisler, J., Fung, K. T., Lopez, A. M., & Gorman, J. A. (2013). Suffering by comparison: Twitter users' reactions to the Victoria's secret fashion show. *Body Image* (10), 648-652.
- Hilbert, A., Braehler, E., Haeuser, W., & Zenger, M. (2013). Weight bias internalization, core self-evaluation, and health in overweight and obese persons. *Obesity*. (Silver.Spring).
- Major, B., Hunger, J. M., Bunya, D. P., & Miller, C. T. (2014). The ironic effects of weight stigma. *Journal of Experimental Social Psychology*, 51, 74-80.
- Mensink, G. B., Schienkiewitz, A., Haftenberger, M., Lampert, T., Ziese, T., & Scheidt-Nave, C. (2013). Übergewicht und Adipositas in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 786-794.
- Musaiger, A. O., & Al-Mannai, M. (2013). Role of obesity and media in body weight concern among female university students in Kuwait. *Eating Behaviors* (14), 229-232.
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788-805.

-
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: important considerations for public health. *American journal of public health*, 100(6), 1019-1028.
- Subrahmanyam, K., & Greenfield, P. M. (2008). Virtual worlds in development: Implications of social networking sites. *Journal of Applied Developmental Psychology* (29), 417-419.
- Thompson, S. H., & Loughheed, E. (2012). Frazzled by Facebook? An exploratory study of gender differences in social network communication among undergraduate men and women. *College Student Journal* (46), 88-99.
- Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2009). Social consequences of the internet for adolescents a decade of research. *Current Directions in Psychological Science* (18), 1-5.

Kapitel 7.4: Nachwuchsforschungsgruppe „Stigma und internalisiertes Stigma bei Adipositas“

Jung, Franziska; Weinberger, Natascha-Alexandra; Bernard, Marie & Luck-Sikorski, Claudia

Obwohl Adipositas eine der häufigsten und folgenreichsten Gesundheitseinschränkungen darstellt, sind Menschen mit Adipositas mit Vorurteilen konfrontiert, die mit einer Fehlwahrnehmung der Ursachen von Adipositas einhergehen. In Hinblick auf limitierte effektive lebensstilbasierte Interventionen bei Adipositas gilt es Hürden zur erfolgreichen Behandlung zu identifizieren. Negative Einstellungen (Stigmatisierung) gegenüber Menschen mit Adipositas wurden als ein Faktor identifiziert, der die negativen Auswirkungen auf die Gesundheit adipöser Patienten moderiert. Der Stigma-Prozess, ausgehend von der Zuschreibung negativer Eigenschaften, hin zu Diskriminierung und internalisiertem Stigma, ist bisher in weiten Teilen nicht erforscht und Studien hierzu fehlen größtenteils gänzlich. Diese Nachwuchsgruppe, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert ist und im Rahmen des Integrierten Forschungs- und Behandlungszentrums (IFB) Adipositas Erkrankungen an der Universität Leipzig angesiedelt ist, widmet sich daher den Mechanismen von Stigmatisierung und ihren Folgen. Die Projekte erlauben eine umfängliche und weitreichende Analyse von Stigmatisierung (u. a. Untersuchung anderer Mechanismen, wie Ekel) und Diskriminierung (Erfassung von Prävalenz, Qualität der Diskriminierungserfahrungen und die damit verbundene Selbststigmatisierung). Zusätzlich werden verhaltensrelevante Aspekte von Stigmatisierung experimentell erfasst und eine neu entwickelte Intervention zur Reduktion von Stigmatisierung getestet, adaptiert und erneut pilotiert. Als Translationsmodul

der Projekte wird ein gruppenbasiertes Interventionsmodul zum Umgang mit internalisiertem Stigma entwickelt und pilotiert.

Studierende der Hochschule für Gesundheit sind in der Forschungsgruppe im Rahmen von Tätigkeiten als Studentische Hilfskräfte und (Forschungs-) Praktikanten tätig. Folgende Publikationen sind im Rahmen der Gruppe in Gera entstanden:

- Weinberger N, Kersting A, Riedel-Heller SG*, Luck-Sikorski C*. Body dissatisfaction in individuals with obesity compared to normal-weight individuals: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Facts* 2016 (IF: 2.400, in press)
- Spahlholz J, Pabst Al, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Coping with perceived weight discrimination: Testing a theoretical model for examining the relationship between perceived weight discrimination and depressive symptoms in a representative sample of individuals with obesity. *Int J Obes* 2016, DOI: 10.1038/ijo.2016.164 (in press, IF: 5.337)
- Luck-Sikorski C & Riedel-Heller SG. Obesity as a disability? *Disability & Health* 2016 (IF: 1.291, in press)
- Volkhardt I, Semler E, Meier T, Luck-Sikorski C. Empfehlungen für ein veganes Mittagsangebot in der Betriebs- und insb. Mensenverpflegung. *Ernährungsumschau* 2016 (in press)
- Jung F, Luck-Sikorski C, Riedel-Heller SG. The easy way out? Stigma and Knowledge as Determinants of Counseling and Referral Behavior in General Practitioners and Internists. *Obesity Surgery* 2016 DOI: 10.1007/s11695-016-2104-5 (e-first, IF 3.747)

Kapitel 8: Der Studiengang Medizinpädagogik (Bachelor of Arts)

Koch, Sebastian & Leschowski, Robert

Der Bachelorstudiengang Medizinpädagogik wurde 2007 akkreditiert und im Wintersemester 2007 erstmals für Studierende am Hochschulstandort Gera angeboten. Hierbei bildet der polyvalente Bachelorstudiengang Medizinpädagogik die Basis für den seit Wintersemester 2015 angebotenen konsekutiven Masterstudiengang Medizinpädagogik. Die Studierenden absolvieren den Bachelorstudiengang Medizinpädagogik berufsbegleitend als Teilzeitstudium innerhalb von 9 Semestern (inklusive Unterrichtspraktikum).

Ziel des Studiums

Die Studierenden erwerben notwendige Kompetenzen, welche Lehrkräfte für Berufe der Gesundheitsversorgung benötigen. Zu diesen Kompetenzen gehören wissenschaftlich fundiertes (evidenzbasiertes) Fachwissen, didaktisches Verständnis, eine hohe Methodenkompetenz sowie ausgeprägte Sozialkompetenzen.

Ziel ist es, den Studierenden die Kompetenzen zu vermitteln, die sie benötigen, um Lehr- und Lernsituationen in hoher Qualität zu planen, durchzuführen und zu evaluieren.

Inhalte des Studiums

Der Bachelorstudiengang Medizinpädagogik ist modular aufgebaut. Den 16 Modulen werden drei Kompetenzfelder zugeordnet:

1. Bildungswissenschaften/Berufspädagogik
2. Erste berufliche Fachrichtung „Gesundheit/Pflege“
3. Zweite berufliche Fachrichtung „Krankheitslehre“

Ein weiterer Schwerpunkt liegt in allgemeinen und fachdidaktischen Modulen. Zusammen mit bildungswissenschaftlichen Modulen werden notwendige pädagogische Kompetenzen vermittelt, die einen modernen Lehrer auszeichnen.

Die Studierenden werden im wissenschaftlichen Arbeiten auf ihre eigene Abschlussarbeit vorbereitet, in der sie ihre erlernten Fähigkeiten einfließen lassen können.

Praxisnahes Studium

In Ergänzung zu den praxisnahen Modulen ist das Unterrichtspraktikum ein wichtiger Bestandteil des Studiums. In diesem Praktikum können die Studierenden, im 8. Semester, erste praktische Erfahrungen als Lehrer an Bildungseinrichtungen sammeln. Durch eine enge Zusammenarbeit der SRH Hochschule für Gesundheit Gera mit verschiedenen Kooperationspartnern und Bildungseinrichtungen kann den Studierenden eine Betreuung auf hohem Niveau angeboten werden.

Ein weiterer Bestandteil des praxisnahen Studiums sind verschiedene Exkursionen. In diesem Zusammenhang werden regelmäßig Exkursionen in das „Deutsche Hygiene-Museum“ in Dresden und in das „Medizinhistorische Museum der Charité“ in Berlin geplant und durchgeführt. Hierbei können die Studierenden ihr erworbenes Fachwissen anhand der ausgestellten Modelle und Präparate erweitern.

Zugangsvoraussetzungen

Zu den Zugangsvoraussetzungen für den Bachelorstudiengang Medizinpädagogik gehören neben der allgemeinen Hochschulreife, Fachhochschulreife oder einer gleichwertigen Hochschulzugangsberechtigung

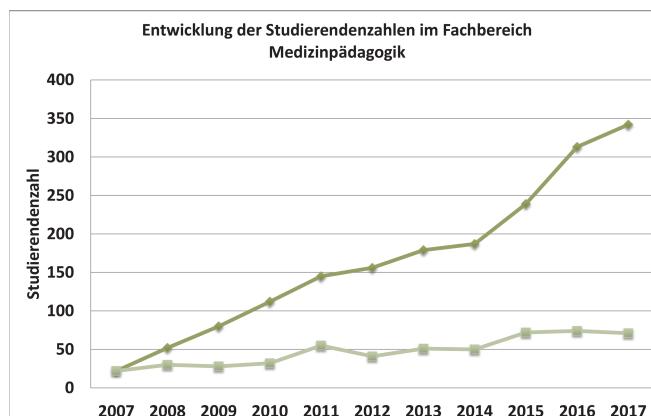


Abbildung 1: Entwicklung der Studierenden im Bachelorstudiengang Medizinpädagogik

gung der Nachweis über eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem Fachberuf des Gesundheits- und Sozialwesens.

In definierten Ausnahmefällen können auch Bewerber gemäß § 63 Abs. 3 ThürHG zugelassen werden, die keine Hochschulzugangsberechtigung haben, aber eine Berufsausbildung in einem Fachberuf abgeschlossen haben und eine Berufserfahrung von mindestens 3 Jahren nachweisen können.

Entwicklung des Studiengangs

Seit der Akkreditierung des Bachelorstudienganges Medizinpädagogik im Jahr 2007 erfreut sich der Studiengang eines steigenden Interesses an Studienbewerbern und Studierenden.

Seit 2011 konnten sich bisher insgesamt 187 Absolventen über ihr erfolgreich abgeschlossenes Bachelorstudium Medizinpädagogik an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera freuen.

Die Studiengangsleitung steht in regelmäßigm Kontakt mit den zuständigen Ministerien in Thüringen. Darunter zählen das Thüringer Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, das Thüringer Landesverwaltungsamt und das Thüringer Ministerium für Wirtschaft, Wissenschaft und Digitale Gesellschaft. Das Ziel dieses Austausches ist es den

Bachelorstudiengang Medizinpädagogik in Anlehnung an die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Vorgaben weiterzuentwickeln.

Heterogenität als Chance

Eine Besonderheit des Bachelorstudiengangs Medizinpädagogik ist die stark ausgeprägte Heterogenität durch unterschiedlich hohe Berufserfahrung und die verschiedenen Grundberufe der Studierenden. Dadurch bringen sich die Studierenden besonders stark in die Vorlesungen ein. Dieses Potential wird von den Dozenten genutzt, um die Vorlesungen praxisnah zu gestalten und das selbstgesteuerte Lernen zu fördern.

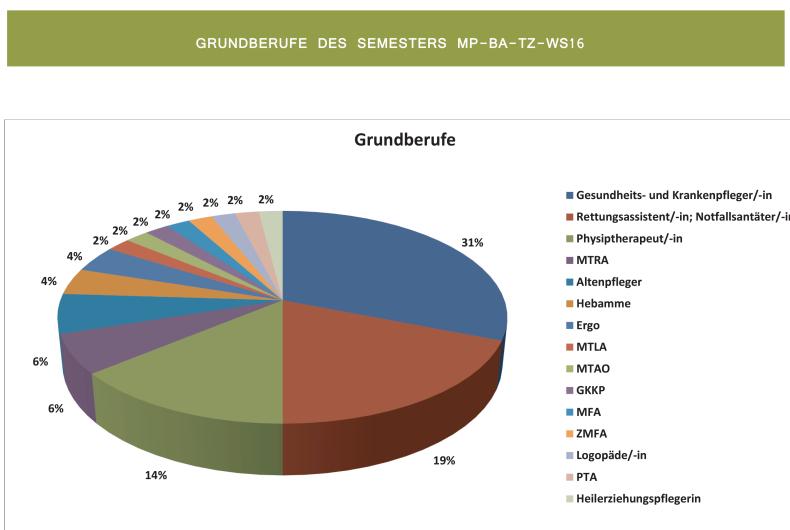


Abbildung 2: Grundberufe der Studierenden im 1. Semester WS16/17

Wissenschaftliche Beiträge der Studierenden

Die Studierenden können in Modulen wie „Interdisziplinäres Projekt an Schulen des Gesundheitswesens, Projekte als Methode im Unterricht“ erste Erfahrungen im Umgang mit dem Schreiben von wissen-

schaftlichen Arbeiten sammeln. Aus diesen Arbeiten und den später verfassten Bachelorarbeiten entstehen Publikationen, die auch in Fachzeitschriften veröffentlicht werden.

Studierende verfassen Fachliteratur

In Kooperation mit dem Georg-Thieme Verlag konzipierten und erstellten Studierende des Bachelorstudiengangs Medizinpädagogik ein gemeinsames Lehrbuch für Rettungssanitäter. Die Studierenden schrieben alle geforderten Kapitel und sendeten diese an die Verlagsgruppe zur redaktionellen Durchsicht.

Das Lehrbuch wurde im Mai 2017 auf der RettMobil 2017 - Europas Leitmesse für Rettung und Mobilität - veröffentlicht. Weitere gemeinsame Buchprojekte sind bereits in Planung.

Studienprojekt: Bewegungsübungen bei Demenz

Ein weiteres Projekt befasst sich mit dem Thema „Brain-Gym“. Studierende der SRH Hochschule für Gesundheit Gera entwickelten auf Grundlage des Brain-Gym-Konzepts acht Bewegungsübungen für Menschen mit Demenz (vgl. Dennison & Dennison 2004). Diese Bewegungsabläufe sollen die geistige Aktivität steigern. 2014 wurden hierfür die Effekte der acht Bewegungsabläufe bei Klienten mit Demenz im ambulanten Setting evaluiert. Die Studierenden rekrutierten 36 Klienten mit leichter bzw. mittlerer Demenz. Die Interventionsgruppe mit 22 Klienten durchlief unter Anleitung von geschultem Fachpersonal die Übungen. Die 14 Klienten der Kontrollgruppe nahmen nicht an den Übungen teil. Anhand des Alters-Konzentrations-Tests (AKT) nach Gatterer wurde der Effekt der Übungen überprüft. Das Ergebnis zeigt, dass nach 4 Monaten durch regelmäßigen Einsatz der acht Bewegungsübungen in Anlehnung an das Brain-Gym-Konzept die Interventionsgruppe im Alters-Konzentrations-Test bessere Ergebnisse erzielte als die Kontrollgruppe.

Dennison, P. E. & Dennison, G. (2004). Brain Gym. Lehrerhandbuch, 13. Aufl. VAK, Verl. Für Angewandte Kinesiologie, Freiburg.

Kapitel 8.1: Förderung der Handlungskompetenz durch das Projekt Schüler-OP in der Ausbildung der Anästhesie- und Operationstechnischen Assistenten

Grube, Liane

Schülerstationen sind ein geeignetes Konzept zur besseren Verzahnung von Theorie und Praxis und zur Förderung der Handlungskompetenz in der Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger. Auszubildende leiten dabei selbstständig eine Station und arbeiten autonom. Die Förderung von Handlungskompetenz ist ebenso Ziel der Ausbildung zum Anästhesie- und Operationstechnischen Assistenten (ATA/OTA). Die Messung und Förderung der Handlungskompetenz mittels dem Projekt Schülerstation in der Pflege wurde in der vorliegenden Arbeit mit der Methode der Literaturrecherche eruiert und Handlungsempfehlungen zur Durchführung des Projektes in der Ausbildung der ATA/OTA entwickelt. Im Ergebnis zeigte sich, dass bei der Kompetenzerfassung im Projekt Schülerstation die Evaluation der Beteiligten im Vordergrund steht. Ein geeignetes empirisch fundiertes Kompetenzmessinstrument konnte in der Literaturrecherche nicht ermittelt werden. Die verstärkte Anwendung von Maßnahmen für den Theorie-Praxis-Transfer während einer Schülerstation lässt jedoch auf die Förderung von Handlungskompetenz schließen. Angelehnt an die Merkmale einer Schülerstation konnten Handlungsrichtlinien für die Durchführung in der ATA/OTA-Ausbildung entwickelt werden. Die Durchführung des Projektes Schüler-OP ermöglicht die Förderung von Handlungskompetenz in der Ausbildung der ATA/OTA. Dies konnte eruiert aber nicht messbar nachgewiesen werden.

Handlungskompetenz – Schülerstation – Schüler-OP – anästhesie-technische Assistenten (ATA) – operationstechnische Assistenten (OTA)

Kapitel 8.2: Die Auswirkung eines moderaten Ausdauertrainings auf die Konzentrationsfähigkeit von Studenten – eine Interventionsstudie an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera

Leschowski, Robert

Der Bewegungsanteil der Menschen pro Tag nimmt immer weiter ab. Konzepte wie die Bewegte Schule versuchen durch Implementierung von Bewegung in den Unterricht diesem Trend entgegenzuwirken und gleichzeitig die Konzentrationsleistung der Schüler zu steigern.

Durch eine randomisiert kontrollierte Längsschnittstudie mit 37 Studenten einer Gesundheitshochschule soll bestätigt werden, dass ein 3-wöchiges moderates Ausdauertraining einen positiven Effekt auf die Konzentrationsleistung hat.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Konzentrationsleistung in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant steigt ($p = 0.022$). Somit konnte die positive Auswirkung auf die Konzentrationsleistung von Studierenden nachgewiesen werden.

Können die Ergebnisse mit weiteren Studien reproduziert und bestätigt werden, kann eine angepasste Konzeption der Bewegten Schule perspektivisch den Weg in die Praxis finden und so die Konzentrationsleistung sowie die Gesundheit der Schüler und Studenten signifikant verbessern.

Schlüsselwörter:

Bewegung – Konzentrationsleistung – Bewegte Schule – Ausdauertraining

Kapitel 8.3: Motivation für die Aufnahme einer Pflegeausbildung - eine quantitative Studie an verschiedenen Schulen in Bayern

Kohler, Verena

Aufgrund des zu erwartenden demographischen Wandels und des prognostizierten Pflegenotstandes kann der Bedarf an Pflegefachkräften nicht gedeckt werden (vgl. Schnable, 2007). Diese Bachelorarbeit gibt einen Überblick über die Motivation potentieller Bewerber in Bezug auf den Beginn einer Pflegeausbildung. Ziel der quantitativen Querschnittsstudie ist es, dem bevorstehenden Pflegenotstand entgegenzuwirken und mehr Auszubildende in der Pflege zu akquirieren (vgl. Schnable, 2007). Die Basis der Untersuchung bildet ein Fragebogen, der an 84 Schüler und Schülerinnen an allgemeinbildenden Schulen in Bayern verteilt wurde. Die Berufsbewerber beantworteten Fragen zur Attraktivität des Pflegeberufes und stellten Motive heraus, die für den Beginn einer Pflegeausbildung entscheidend sind.

Die Ergebnisse zeigen, dass 34,2% der Befragten motiviert sind, eine Ausbildung in der Pflege zu beginnen. Die restlichen 65,8% der Studienteilnehmer zeigen sich eher abgeneigt, eine Ausbildung in einem der Pflegeberufe zu ergreifen. Ansatzpunkte für das Anwerben neuer Mitarbeiter in der Pflege sind: Gute Verdienstmöglichkeiten, eine langfristige Arbeitsplatzsicherung, Fairness und Gleichberechtigung im Beruf und Freizeit als Ausgleich zur Arbeit. Die genaue Umsetzung dieser Ansatzpunkte in den Betrieben erfordert noch weitere Untersuchungen. Die Arbeit ist an alle Mitarbeiter der gesundheitlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung adressiert, um auf das Problem der zurückgehenden Bewerberzahlen an den Pflegeschulen aufmerksam zu machen.

Schlagwörter:

Motivation, Pflegeausbildung, Pflegenotstand, Bewerberzahlen, demographischer Wandel

Kapitel 8.4: Probleme und Bewältigungsstrategien von Pflegenden im Umgang mit dem Tod junger Patienten

Buchwald, Anika

Auf Palliativstationen tätiges Personal muss sich besonders mit dem Leid und dem Tod auseinandersetzen (Widegger, 2011). Die Sterbebegleitung und der Tod junger Patienten löst eine große persönliche Betroffenheit aus (Müller et al., 2014).

An der Untersuchung nahmen sechs Pflegefachkräfte der Palliativstationen des Klinikums Burgenlandkreis GmbH teil. Es wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, um die subjektiven Sichtweisen der Teilnehmer zu erfassen. Als Instrument der Datenerhebung wurde die Methode des problemzentrierten Interviews verwendet. Die Daten wurden mit Hilfe von MAXQDA12 ausgewertet und einem Kategoriensystem zugeordnet.

Es wurden unterschiedliche Belastungsfaktoren eruiert, sowie der Tod junger Patienten. Durch das noch nicht gelebte Leben und die eventuell vorhandenen kleinen Kinder, wird der Tod in diesen Fällen als ungerecht und vorzeitig empfunden. Des Weiteren wurden die individuellen Bewältigungsstrategien der Befragten erhoben. Tod und Trauer geht den Pflegenden nahe und wurde bislang nur unzureichend betrachtet. Teilweise besteht Verbesserungsbedarf, der in weiterführenden Untersuchungen erforscht werden sollte.

Schlüsselwörter:
Palliativmedizin, Pflegekräfte, Belastungsfaktoren, Bewältigungsstrategien, junger Patient

Kapitel 8.5: Die Geschichte der Eröffnung des Schädel - Technologien der Trepanationen vom Neolithikum bis zur Gegenwart

Linden, Brigit

Schon vor Urzeiten versuchten die Menschen krankhafte Prozesse im Gehirn zu behandeln. Da das Gehirn von Knochen umschlossen ist, verschafften sich schon steinzeitliche Operateure Zugang zum Gehirn, indem sie den Schädelknochen mit unterschiedlichen Werkzeugen und Techniken öffneten. Dazu nutzten sie unterschiedliche Materialien. Von steinzeitlichen Schabeinstrumenten aus Muscheln, komplizierteren Bohrgeräten in der Antike, ausgeklügelte Bohrer mit Sicherungssystemen im mittelalterlichen Persien bis hin zu Hightechnavigationssystemen, die den heutigen Neurochirurgen die Arbeit erleichtern. Bei den Trepanationstechniken hat es keine gravierenden Veränderungen seit dem Neolithikum gegeben. Es wird bis zum heutigen Tage mit Hilfe von bohrenden, schabenden oder schneidendem Instrumenten der knöcherne Schädel geöffnet. Anders verhält es sich bei dem Instrumentarium. Im Neolithikum benutzten die Operateure primitive Kratzinstrumente aus Stein oder Muscheln. Seit der Antike aber haben die Gelehrten Instrumente mit Sicherungsfunktionen zum Schutz der Hirnhäute entwickelt. Und auch schon in der Steinzeit war der Ort, in dem man lebte, entscheidend für die Güte der medizinischen Versorgung. In unterschiedlichen Regionen gab es auch damals schon signifikante Unterschiede bei der Überlebensrate nach den erfolgten Trepanationen.

Schlagwörter:

Trepanation, Trepanation History, Skull Trepanation, primitiv cranial surgery, forensic anthropology

Kapitel 9: Der Studiengang Medizinpädagogik (Master of Arts)

Sänger, Sylvia

Der Masterstudiengang Medizinpädagogik wurde 2015 akkreditiert und startete im Wintersemester 2015. Als konsekutiver Studiengang komplettiert er den Bachelorstudiengang Medizinpädagogik. Mit dem Abschluss wird der Titel Master of Arts Medizinpädagogik vergeben. Der Studiengang entspricht der Niveaustufe 7 des Europäischen Qualifikationsrahmens und umfasst insgesamt 120 Credit Points. Zusammen mit dem Bachelorstudiengang werden insgesamt 300 Credit Points vergeben. Dies entspricht den Vorgaben des Thüringer Lehrerbildungsgesetzes (§ 14, Studium für das Lehramt an berufsbildenden Schulen). Mit einer Regelstudienzeit von 5 Semestern bzw. 2,5 Jahren wird der Masterstudiengang Medizinpädagogik berufsbegleitend durchgeführt.

Ziele des Studiums

Die Studierenden sollen fachwissenschaftliche und erziehungswissenschaftliche Kompetenzen erwerben um pädagogische Tätigkeiten an Schulen der Gesundheitsberufe sowie an Fort- und Weiterbildungsstätten, an Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens und Institutionen zur Gesundheitsförderung aufzunehmen und kompetent ausfüllen zu können. Durch eine berufsfeldbezogene Qualifizierung werden den Studierenden sowohl wissenschaftliche Grundlagen als auch Methodenkompetenz vermittelt. Der medizinisch-wissenschaftliche Fortschritt, die steigenden Anforderungen an ein effektives Wissensmanagement, die zunehmende Bedeutung der Bildungsforschung und der Implementierung ihrer Ergebnisse in die tägliche Praxis erfordert

ein Studium, in dem die entsprechenden Fähigkeiten vermittelt werden.

Inhalte des Studiums

Die Module des Masterstudiengangs Medizinpädagogik können in drei Kompetenzfeldern zugeordnet werden:

Kompetenzfeld 1:

Bildungswissenschaften und Berufspädagogik

Kompetenzfeld 2:

Erste berufliche Fachrichtung: Gesundheit / Pflege

Kompetenzfeld 3:

Zweite berufliche Fachrichtung: Krankheitslehre

Die Vermittlung des Stoffes erfolgt nach dem CORE-Prinzip (CORE=Competence oriented research and education). In einer Reihe von Modulen wird nach der Methode des Problem Based Learnings gearbeitet. Die Studierenden erhalten so ein großes Maß an Methoden und Selbstkompetenz. Elemente des wissenschaftlichen Arbeitens wie zum Beispiel die systematische Recherche werden kontinuierlich angewandt und wiederholt. Durch die große Praxiserfahrung der internen und externen Lehrenden wird stets der Bezug von wissenschaftlichen Grundlagen und ihrer Übertragung in die Praxis geschaffen. Methodenkompetenz ist ein Schwerpunkt des Masterstudiengangs Medizinpädagogik. Die Studierenden müssen in der Lage sein, aktuelle medizinische Fragestellungen richtig zu erkennen und mit Hilfe der Techniken der evidenzbasierten Medizin das bestverfügbare Wissen aus der Forschung zu identifizieren und kritisch einzuschätzen um später bei der Vermittlung von Wissen an den Berufsfachschulen immer auf dem aktuellen Stand zu sein.

Zugangsvoraussetzungen

Zu den Zugangsvoraussetzungen für den Masterstudiengang gehören eine abgeschlossene (staatlich anerkannte) Berufsausbildung in einem Fachberuf des Gesundheits- und Sozialwesens oder einem vergleichbaren Berufsabschluss und der Nachweis eines akademischen Abschlus-

ses in Medizinpädagogik (Bachelor) oder ein vergleichbarer Studienabschluss (inkl. Praktikum und pädagogischen Anteilen).

Entwicklung des Studiengangs

Durch die enge und gute Zusammenarbeit von Mitarbeitern des Bachelor- und Masterstudiengangs sowie die Dozententätigkeit der Studiengangsleiterin des Masterstudienganges, können auch im Bachelorstudiengang viele Bachelorstudenten gewonnen werden, das Masterstudium anzuschließen. Seit Bestehen des Studiengangs wurden in jedem Semester Kohorten immatrikuliert.

Wissenschaftliche Beiträge der Studierenden

Es wird angestrebt, dass Studierende Ergebnisse und Produkte aus einzelnen Lehrmodulen wissenschaftlich aufarbeiten und entsprechend präsentieren. So entstanden zum Beispiel im Modul „Gesundheits- und Therapiewissenschaft – Interdisziplinäres Projekt“ die folgenden Produkte:

Kapitel 9.1: Lehrmodul „Der aktive Patient“ für Medizinstudierende

Sänger, Sylvia & Gensichen, Jochen

Das Lehrmodul wurde durch die Studierenden der Medizinpädagogik des Wintersemesters WS15/16 erarbeitet und im Juni 2016 mit Medizinstudierenden durchgeführt. Kooperationspartner ist das Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Jena.

Nach einem einführenden Vortrag zum Thema Patientenaktivierung und Patientenempowerment erfolgte die Arbeit an drei Lernstationen:

Station 1: Es wurden Entscheidungshilfen vorgestellt, die Ärzte und Patienten im Setting der gemeinsamen Entscheidungsfindung (shared decision making) einsetzen können: Option grids, Faktenboxen und interaktive Entscheidungshilfen.

Station 2: An dieser Station lernten die Studierenden, anhand welcher Kriterien die Qualität einer Gesundheitsinformation ermittelt werden kann. Es wurden Quellen evidenzbasierter Gesundheitsinformationen vorgestellt.

Station 3: Tools zur Patientenaktivierung wurden vorgestellt. Dazu gehören Fragenchecklisten, Medikamentenpläne, Befundordner und Anregungen zum Arzt-Patienten-Gespräch.

Durch praktische Übungen konnten sich die Teilnehmer an allen Lernstationen mit den vorgestellten Materialien, Instrumenten und Verfahren vertraut machen. Im Anschluss an die Veranstaltung wurde eine Evaluation unter den Teilnehmern durchgeführt.

Die Studierenden haben das Projekt als wissenschaftliches Poster aufgearbeitet und zum 50. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) vom 29.09. - 01.10.2016 in Frankfurt am Main vorgestellt.

Sänger S., Gensichen J. Medizinpädagogik goes Allgemeinmedizin – Ein Werkstattbericht zum interprofessionellen Lernen <http://www.egms.de/static/de/meetings/degam2016/16degam193.shtml>

Kapitel 9.2: Lehrmodul „Gesundheits-Apps in der Hausarztpraxis“

Feick Frank; Laborge, Denise; Baumgarten, Sven; Vollmar, Horst Christian & Sänger, Sylvia

Das Lehrmodul wurde durch die Studierenden der Medizinpädagogik des Wintersemesters WS15/16 erarbeitet und im Februar 2017 mit Medizinstudierenden durchgeführt. Kooperationspartner ist das Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Jena.

Nach einem einführenden Vortrag zur Definition, Bedeutung und Einordnung von Gesundheits-Apps erfolgte die Arbeit an zwei Lernstationen:

Station 1: Qualität von Gesundheits-Apps

Die Bewertungsplattform für Gesundheits-Apps HealthOn als Tool zur Einschätzung des Risikopotenzials wurde vorgestellt und konnte praktisch erprobt werden. Die Kommunikation von Qualitätsaspekten von Gesundheits-Apps im Arzt-Patienten-Gespräch wurde thematisiert und diskutiert.

Station 2: Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps

Im Vorfeld der Veranstaltung haben die Studierenden der Medizinpädagogik mit sieben Hausärzten qualitative Befragungen zu Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps durchgeführt. Diese Ergebnisse wurden mit den Medizinstudenten diskutiert und deren Meinungsbild eingeholt. Im Anschluss an die Veranstaltung wurde eine Evaluation unter den Teilnehmern durchgeführt.

Die Studierenden haben das Projekt als wissenschaftliches Poster aufgearbeitet und zur 18. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks evidenzbasierte Medizin vom 9.-11. März 2017 in Hamburg präsentiert.

Feick, F., Laborge, D., Baumgarten, S., Vollmar, H.C.H. & Sänge,r S. Medizinpädagogik goes Allgemeinmedizin: Interdisziplinärer Workshop „Gesundheits-Apps in der Hausarztpraxis“ <http://www.egms.de/static/en/meetings/ebm2017/17ebm122.shtml>

Kapitel 9.3: Erstellung einer Patientenleitlinie

Sänger, Sylvia

In Kooperation mit dem Studiengang Psychische Gesundheit und Psychotherapie (Leitung Prof. Dr. habil. Claudia Luck-Sikorski) und der Deutschen Adipositasgesellschaft e.V. erarbeiten Studierende des Sommersemesters 2016 auf der Grundlage der S3 Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ eine Patientenleitlinie.

Sie soll das evidenzbasierte ärztliche Wissen in verständlicher Form für Patienten und ihre Angehörigen und Interessierte verfügbar machen. Ein wesentliches Qualitätsmerkmal für eine gute Gesundheitsinformation ist die Beteiligung von betroffenen Patientinnen und Patienten. Daher wurde im Dezember 2016 mit der Adipositas Selbsthilfe Jena eine Fokusgruppenbefragung zur Informationsbedürfnissen und Erfahrungen Betroffener durchgeführt und qualitativ ausgewertet. Dies wird in die Erstellung der Patientenleitlinie einfließen, die sich an einer festgelegten Methodik orientiert (<http://www.patienten-information.de/mdb/downloads/nvl/methodik/erstellung-pll-nvl-ol-mr.pdf>) und die Anforderungen der Guten Praxis Gesundheitsinformation des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (<http://www.ebm-netzwerk.de/pdf/publikation-en/gpgi2.pdf>) erfüllt.

Nach Fertigstellung im August 2017 wird die Patientenleitlinie auf dem Internetangebot der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften publiziert.

Kapitel 9.4: IQWiG-Drittmittelprojekte „Qualität von Gesundheitsinformationen“

Sänger, Sylvia

In einem Drittmittelprojekt finanziert durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG wird im Masterstudiengang Medizinpädagogik unter Leitung von Prof. Sylvia Sänger in einer qualitativen Studie die Qualität von Gesundheitsinformationen gemeinsam mit Laien getestet. Diese Informationen werden nach der Testung im Internet unter der Adresse www.gesundheitsinformati.on.de veröffentlicht.

Das Projekt hat eine Laufzeit von März 2016 bis Februar 2018. Nach Erhalt der zu testenden Informationen erfolgt die Rekrutierung der Testteilnehmer (medizinische Laien) im Einzugsgebiet Gera/Jena. In einer Fragebogenerhebung und in anschließenden face-to-face-Interviews erfolgt die Testung.

Die Ergebnisse werden transkribiert, qualitativ ausgewertet und als Empfehlungen zur Überarbeitung der entsprechenden Informationen an das IQWiG weitergeleitet. Dort erfolgt dann auf der Grundlage der Ergebnisse der Nutzertestung eine Anpassung bzw. Überarbeitung der Informationen und ihre Publikation.

Kapitel 10: Der Studiengang Bildung und Förderung in der Kindheit (Bachelor of Arts)

Henning, Anne

Die Geschichte des Studiengangs ist so alt wie die SRH Hochschule für Gesundheit Gera. Wie in der Entwicklung von Kindern, die im Fokus dieses Studiengangs steht, hat der Studiengang schon einige Entwicklungssprünge gemäß den aktuellen Herausforderungen gemeistert.

Frühförderung ist ein Hilfsangebot für Kinder von der Geburt bis zur Einschulung, dessen Ziel die Entwicklungsförderung von Kindern mit Behinderungen und Entwicklungsauffälligkeiten sowie die Begleitung und Beratung der Eltern ist. Historisch gesehen ist Frühförderung eine heilpädagogische Maßnahme. Ein Bedarf an Austausch, Zusammenarbeit und Abstimmung der pädagogischen Fachkräfte mit anderen Berufsgruppen war jedoch stets gegeben, wenn ein Kind zusätzlich psychologische oder medizinisch-therapeutische Hilfen benötigte (Thurmair & Naggl, 2010).

Mit der Verabschiedung des Rehabilitationsgesetzes (SGB IX) von 2001 sowie der Frühförderungsverordnung (FrühV) von 2003 wurde die Zusammenarbeit zwischen pädagogisch-psychologischen und medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen verpflichtend und sozialpädiatrische Zentren und interdisziplinäre Frühförderstellen wurden als zentrale Einrichtungen der Frühförderung vorgesehen. Mit diesem Ausbau der ehemals schwerpunktmaßig heilpädagogischen Frühförderung zu einem komplexen, interdisziplinären Frühförderersystem gingen neue Anforderungen an die Fachkräfte einher, um der Komplexität ihrer Aufgaben gerecht zu werden. Konkret erfordert die Tätigkeit in den Berufsfeldern der Frühförderung nun ein hohes Maß sowohl an

fachlicher als auch fachübergreifender Qualifikationen (Weiß, Neuhäuser & Sohns, 2004).

An dieser Stelle setzte der im Jahre 2006 gegründete und seit 2007 durch die AHPGS akkreditierte Bachelorstudiengang Interdisziplinäre Frühförderung (IFF, B. A.) an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera an. Zu dem Zeitpunkt gab es trotz des Bedarfs kein vergleichbares Studienangebot in der Studienlandschaft Deutschlands. Ziel des Studiengangs war eine hochwertige Kompetenzvermittlung für Tätigkeiten im interdisziplinären Feld der Frühförderung. Der Studiengang richtete sich sowohl an Fachkräfte aus Frühförderseinrichtungen (medizinisch-therapeutische Praxen, Frühförderstellen, Sozialpädiatrische Zentren), Kindertagesstätten und anderen Vorschuleinrichtungen als auch an SchulabsolventInnen mit abgeschlossener (Fach-)Hochschulreife. Er sollte dazu beitragen, die spezifische Ausbildung künftiger oder bereits im Feld der frühkindlichen Erziehung tätiger Fachkräfte durch den fachübergreifenden Fokus der familienorientierten Förderung auf eine breitere Basis zu erweitern und an moderne fachliche Anforderungen anzupassen. In einem 6-semestrigen Vollzeitstudium oder in einem 9-semestrigen Teilzeitstudium wurden neben berufsspezifischen Handlungskompetenzen erweiterte Fachkompetenzen insbesondere im Bereich der Interdisziplinären Frühförderung vermittelt, die in Verbindung mit Management- und wissenschaftlichen Kompetenzen eine umfassende Reflexions- und Handlungskompetenz ermöglichten.

Im Jahr 2013 wurde der Studiengang erfolgreich reakkreditiert. Mit dem Angebot inhaltlich vergleichbarer Studiengänge ab dem Jahr 2012 in Berlin und Hamburg verlor die SRH Hochschule für Gesundheit jedoch dieses Alleinstellungsmerkmal. Um dieser Herausforderung zu begegnen, wurde der Studiengang weiterentwickelt, indem er umstrukturiert und um weitere wertvolle Inhalte ergänzt wurde.

Seit dem Wintersemester 2015/2016 wird der Studiengang nun unter dem Namen „Bildung und Förderung in der Kindheit“ (BFK) angeboten und ist somit auch leichter als Studiengang der Kindheitspädagogik sowohl für Interessenten als auch für potentielle Arbeitgeber erkennbar.

Diese Weiterentwicklung betont noch stärker als bislang die Kompetenzen zu den Bereichen Bildung, Familie und Beratung sowie Lei-

tung und Management, die über das Feld der Frühförderung hinaus im Studium umfangreich erworben werden. Zum einen wurden die Studieninhalte neu strukturiert und einem der folgenden vier inhaltlichen Kompetenzbereiche zugeordnet: a) Grundlagenkompetenz der Entwicklung, Bildung und Förderung in der Kindheit, b) Schwerpunkt 1: Kompetenzen der Familie und Beratung, c) Schwerpunkt 2: Kompetenzen der Interdisziplinären Frühförderung, d) Schwerpunkt 3: Gesundheitsmanagement und Leitungskompetenz. Zum anderen wurden durch die Beseitigung von Redundanzen Kapazitäten für weiterführende Studieninhalte geschaffen, die nun für Inhalte der Pädagogik der Kindheit, der Familie sowie der Sozialwirtschaft und -politik genutzt werden.

Die Vermittlung von Kompetenzen für Tätigkeiten im interdisziplinären Feld der Frühförderung ist weiterhin ein zentrales Merkmal dieses Studiengangs. Der Tätigkeitsbereich in Kindertagesstätten wurde jedoch noch mehr in den Fokus genommen. Vor dem Hintergrund der aktuellen Bestrebungen um Inklusion sowie der Zunahme an Entwicklungsauffälligkeiten unklarer Genese gewinnt dieser Bereich zunehmend an Bedeutung für Frühförderfachkräfte, insbesondere für die Beratung der Einrichtungen und der Eltern sowie für die gezielte Entwicklungsförderung der Kinder. Bereits seit Aufnahme des Studiengangs Interdisziplinäre Frühförderung im Jahr 2007 äußerten auch die Studierenden regelmäßig den Wunsch, neben den Frühförderstellen auch in Regelkindertagesstätten zu arbeiten. Dieses Betätigungsfeld ist dem Bereich Bildung zugeordnet. Somit entscheiden die einzelnen Bundesländer auf Basis ihrer gesetzlichen Regelungen über die Anerkennung unseres Abschlusses. Da der Studiengang sowohl in seiner ursprünglichen Version (IFF) als auch der geänderten Version (BFK) den Anforderungen des Qualifikationsrahmens für BA-Studiengänge der „Kindheitspädagogik / Bildung und Erziehung in der Kindheit“ (2009) der Bundesarbeitsgemeinschaft Bildung und Erziehung in der Kindheit e.V. entspricht, haben wir beim Land Thüringen beantragt, dass unsere AbsolventInnen die Berufsbezeichnung „Staatlich anerkannter Kindheitspädagoge“ / „Staatlich anerkannte Kindheitspädagogin“ mit dem Abschluss führen dürfen. Unserem Antrag wurde im März 2016 stattgegeben.

Nach Abschluss des Studiums können die AbsolventInnen als interdisziplinäre Frühförderfachkraft in Bereichen wie Frühförderzentren, Frühe Hilfen, Beratungszentren, Sozialpädiatrische Zentren, Kliniken, Einrichtungen für behinderte und verhaltensauffällige Kinder, integrativ arbeitende Einrichtungen der Bildung und Förderung von Kindern, Familienzentren und -bildungsstätten, Schulvorbereitung und -übergang tätig werden. Durch die staatliche Anerkennung als KindheitspädagogIn können sie zudem als Fachkraft für alle Bildungsbereiche in der Kindheit eingesetzt werden, u.a. Kindertagesstätten (inkl. Krippenbereich), integrative Bildungseinrichtungen, entsprechende Ämter (Jugend- und Sozialamt, Landratsamt). Weiterhin verfügen sie über umfangreiche Kompetenzen in den Bereichen Gesundheitsmanagement und Leitung, so dass ihnen Leitungspositionen in Einrichtungen der Bildung und Förderung von Kindern offen stehen.

Unsere Studierenden sind in der Mehrzahl weiblich. Viele wählen diesen Studiengang als Erststudium, doch befinden sich auch meist in jeder Kohorte einige Studierende mit abgeschlossener Berufsausbildung, die mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung das Studium bereichern. Auch sind viele Studierende durch Praktika oder ein Freiwilliges Soziales Jahr schon mit der Arbeit mit Kindern, dem System Frühförderung oder der Arbeit mit Menschen mit Behinderung vertraut.

Für das Pflichtpraktikum im 5. Semester wählen die meisten Studierenden entweder eine Frühförderstelle oder eine Kindertagesstätte als Praktikumsstelle. Diese beiden Einrichtungen sind auch meist diejenigen, bei denen sie sich nach Studienabschluss bewerben. Eine große Freude für die Studiengangsleitung sowie für die Hochschule war und ist weiterhin, dass regelmäßig einige der Studierenden schon während ihres Praktikums eine Anstellung in Aussicht gestellt bekommen und oft auch schon eine Stelle vor Studienabschluss antreten können.

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft Bildung und Erziehung in der Kindheit e.V. (i.G.). (2009). Qualifikationsrahmen für BA-Studiengänge der „Kindheitspädagogik“ / „Bildung und Erziehung in der Kindheit“. <http://www.ku.de/fileadmin/18/Praxis/BAG-BEK-BA-QR-final030110.pdf>. Zugriff am 30.04.2014.
- Thurmair, M. & Naggl, M. (2010). *Praxis der Frühförderung* (4. Aufl.). München: Reinhartd UTB.

Weiß, H., Neuhäuser, G. & Sohns, A. (2004). *Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie*. München: Reinhardt UTB.

Kapitel 10.1: „Studium und dann ...?“ Eine Befragung der Absolventinnen und Absolventen des Studiengangs „Interdisziplinäre Frühförderung“ (Projektarbeit)

Höfer, Cosima & Finger, Ina

Im Rahmen einer Lehrveranstaltung führten zwei Studierende des Studiengangs Bildung und Förderung in der Kindheit (BFK) im Sommersemester 2017 eine Online-Befragung der Absolventen und Absolventinnen der Jahrgänge 2010 bis 2016 des Studiengangs Interdisziplinäre Frühförderung (IFF) durch. Ziel der Befragung war zu untersuchen, in welchem Maß das Studium für die Tätigkeit des Frühförderers als hilfreich eingeschätzt wird. Weiterhin sollte die rückblickende Zufriedenheit der Alumni sowie der berufliche Werdegang nach dem Abschluss erfragt werden.

Von den insgesamt 160 Alumni des Studiengangs IFF konnten 121 per E-Mail erreicht werden. Von diesen nahmen 48 Alumni an der Umfrage teil (Rücklaufquote: 40 %). Vierundzwanzig Alumni gaben an sofort nach dem Abschluss eine Anstellung gefunden zu haben. Eine Übernahme durch die Praktikumsstelle fand bei 5 der Befragten statt. Lediglich 9 Alumni haben länger als einen Monat auf eine Festanstellung warten müssen. Zum Zeitpunkt der Befragung waren 41 % in der Frühförderung tätig, 29 % in einer Kindertagesstätte angestellt und die restlichen 30 % waren in Zentren für Autismus oder in der ambulanten Kinder- und Jugendhilfe tätig. Der mittlere Stundenumfang betrug 37 Wochenstunden. Gut zwei Drittel gaben an, nach dem Abschluss Weiterbildungen, Fortbildungen und Spezialisierungen absolviert zu haben.

Die Frage zur rückblickenden Zufriedenheit beantworteten 35 Alumni. Von diesen gaben 25 an „insgesamt zufrieden“ oder „sehr zufrieden“ mit dem Studium zu sein, 9 Absolventen waren „zufrieden“ und ausschließlich 3 Teilnehmer waren „weniger zufrieden“ oder „unzufrieden“ (11 fehlende Antworten). Insbesondere gefielen 19 Alumni die praxisnahen Vorlesungen, die Vielfalt der Module und die Spezialisierung auf die Frühförderung. Sehr zufrieden waren 18 Absolventen mit den Dozenten und begründeten dieses vor allem mit praxisbezogenen Lehrinhalten und dem individuellen Eingehen auf die Studierenden. Die Rahmenbedingungen der Hochschule trugen ebenfalls zur Zufriedenheit der Absolventen bei. So erwähnten 12 Teilnehmer, dass die geringe Anzahl an Studierenden zu einer guten Lernatmosphäre beitrug. Auch wurde der respektvolle und persönliche Umgang positiv hervorgehoben.

Auf die Frage nach Inhalten oder Modulen, die für die spätere Praxis als hilfreich eingeschätzt wurden, antworteten 31 Alumni. Von diesen gaben 10 an, dass sie alle Module als praxisrelevant befanden. Die restlichen 21 Alumni nannten spezifische Module, sowie bestimmte, auf Dozenten bezogene Vorlesungsthemen. Auf die Frage zur Akademisierung des Berufs des Frühförderers antworteten 36 Alumni. Davon gaben 94 % an, diese als notwendig zu empfinden.

Kapitel 10.2: Wenn Linkshändigkeit zur Beeinträchtigung wird – Eine Untersuchung zum Bewusstsein über die Händigkeit in der Förderung linkshänder Kinder im Kindergartenalter (Bachelorarbeit)

Esser, Franziska

In fast jeder Kindertagesstätte gibt es linkshändige Kinder. Da Linkshändigkeit zu einer Behinderung werden kann, wenn diese nicht vom Umfeld akzeptiert wird, sollten pädagogische Fachkräfte und Eltern Linkshändigkeit frühzeitig erkennen und linkshändige Kinder bestmöglich unterstützen. Ziel der Bachelorarbeit von Frau Esser war den Informationsstand von Eltern linkshänder Kinder und von Fachkräften in Frühförderstellen und Kindertagesstätten im Hinblick auf die Förderung linkshänder Kinder zu prüfen.

An der schriftlichen Befragung im Sommer 2017 nahmen 12 Elternteile von linkshändigen Kindern zwischen 3 und 7 Jahren, 39 Fachkräfte aus Kindertagesstätten und 8 Fachkräfte aus Frühförderstellen teil. Zusätzlich wurde ein schriftliches Experteninterview mit einer Linkshänderberaterin geführt.

Die Ergebnisse zeigten, dass sowohl Eltern als auch Fachkräfte eine Vielzahl der speziell für Linkshänder konzipierten Materialien nicht kennen. Mit Ausnahme einer Linkshänderschere, welche in den meisten Haushalten und Einrichtungen vorhanden ist, fehlen in vielen Fällen zum Beispiel Spitzer, Lineale, Besteck, Werkzeug und Bastelvorlagen für Linkshänder. Fachliteratur ist nur in wenigen Einrichtungen vorhanden. Weiterhin gab die Mehrheit der Eltern an nicht zu wissen, ob in der Gruppe des Kindes linkshändige Fachkräfte arbeiten und ob

bzw. welches Linkshändermaterial vorhanden ist. Auch zeigte sich, dass rechtshändige Eltern und Fachkräfte selten die linke Hand nutzen, wenn sie einem linkshändigen Kind eine Tätigkeit vormachen. Abgefragte Tätigkeiten waren u.a. der Umgang mit einer Schere und mit Besteck, Schuhe binden, einen Ball werfen und fangen, Schraubverschlüsse öffnen, Zähne putzen und eine Kerze anzünden. Weiterhin gab nur ein Teil der Eltern und der Fachkräfte an, beim Tisch decken und bei der Sitzordnung auf Linkshändigkeit zu achten.

Weniger als die Hälfte der Eltern gaben an, sich zum Thema Linkshändigkeit informiert zu haben. Als Informationsquellen wurden der Kinderarzt, Fachbücher, der Austausch mit anderen Eltern und das Internet genannt. Nur ein Elternteil gab an, diesbezüglich von der Kindertagesstätte beraten worden zu sein. Bis auf eine Ausnahme gaben alle Fachkräfte an, dass die Thematik Linkshändigkeit in der Berufsausbildung kaum behandelt wurde. Nur wenige Fachkräfte gaben an, sich bezüglich der Förderung linkshändiger Kinder „gut“ ausgebildet zu fühlen. Die Mehrheit der Eltern wünschte sich mehr Informationen bezüglich Förderung, Entwicklung und Schule, sowie einen besseren Informationsaustausch, eine frühzeitige Erkennung und Förderung der Linkshändigkeit, und mehr Fortbildungen für das Personal. Ebenso gab auch die Mehrheit der Fachkräfte aus Kindertagesstätten und Frühförderstellen an, mehr über die Thematik erfahren zu wollen. Konkret wünschten sie sich für ihre Einrichtungen eine größere Auswahl an Linkshänder-Materialien, Diagnostikverfahren, Fachliteratur und ein größeres Weitebildungsangebot. Die Ergebnisse der Umfrage sind konsistent mit den Aussagen der Linkshänderberaterin. Ihrer Meinung nach wären die Kenntnisse der Fachkräfte meist sehr begrenzt, das Interesse an der Thematik jedoch sehr hoch. Dies zeigte sich auch in einer vermehrten Nachfrage von Angeboten der Linkshänderberatung.

Frau Esser hat eine Handreichung entwickelt, in der Fördermöglichkeiten und weiterführende Literatur zum Thema zusammengefasst sind.

Kapitel 10.3: Fantasie im Krankenhaus

Bergmann, Sophie & Scharf, Luise

Der Alltag im Krankenhaus ist für Kinder besonders belastend und langweilig, da die meisten Kinder durch ihre Krankheit in ihren Bewegungsmöglichkeiten eingeschränkt sind. Für eine erfolgreiche Genesung und ein psychisches Wohlergehen können Freude, Ablenkung und Unterhaltung eine positive Wirkung auf die Kinder haben. Diese Intension ist grundlegend für das Projekt „Fantasie im Krankenhaus“, welches im SRH Waldklinikum Gera durchgeführt wurde.

Folgende Ziele stellen dar, was bei der Durchführung und dem Inhalt des Projekts besonders war:

1. Die Kinder vom Krankenhausalltag ablenken
2. Den Kindern Unterhaltung bieten
3. Gesundheitsförderung durch positive Gefühle
4. Entlastung für Eltern und Personal

Mit dem Projekt wurde beabsichtigt, die Kinder, die durch die Ausnahmesituation im Krankenhaus aus ihrem gewohnten Umfeld ausgeschlossen waren, für eine kurze Zeit von Untersuchungen, Ärzten und Schwestern abzulenken und ihnen eine kleine Freude durch ruhige, fantasieanregende Methoden zu bereiten. Denn eine Reise in die Fantasie von Büchern und Geschichten kann Kindern, helfen positive Gefühle zu entwickeln und sie zumindest für den Moment optimistischer stimmen. Zu dem Projekt wurden insgesamt drei Termine festgelegt. Der erste Termin beinhaltete eine Geschichtrunde, zu der diverse Kinderbücher mitgebracht und vorgelesen wurden. Zum zweiten und dritten Termin wurde eine Fantasiereise durchgeführt, in der sich die Kinder mit geschlossenen Augen in eine vorgelesene Geschichte einfühlen konnten, um ein bisschen zu träumen und sich abzulenken. Dazu lief eine ruhige Melodie im Hintergrund und das Zimmer wurde abgedunkelt.

Allgemein war eine positive Resonanz bezüglich des Projektes von Seiten der Kinder sowie der Eltern zu erkennen. Vor allem die Kinder haben sich sehr gefreut und wünschten sich weitere Ablenkungen. Dieses Ergebnis bestärkte uns in dem Gefühl mit diesem Projekt tatsächlich etwas soziales und gleichzeitig gesundheitsförderndes erreicht zu haben.

Kapitel 11: Der Studiengang Gesundheits- und Sozialmanagement (Master of Arts)

Weil, Thomas

Deutschland wird in Zukunft einige große Probleme zu bewältigen haben. Bis 2040 sind etwa 8,2 Millionen Rentner (Demografiebericht 2009; Statistisches Bundesamt, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung) zu versorgen und zu pflegen. Gleichzeitig wird die Gesamtbevölkerung auf 75 Millionen zurückgehen. Ebenso wächst in diesem Zeitraum die Bevölkerungsgruppe, die über weite Strecken des Lebens aus unterschiedlichen persönlichen Gründen und aufgrund der Entwicklungen des Arbeitsmarktes anhaltend kein ausreichendes Einkommen erwirtschaften kann. Die Bevölkerungsgruppe, die dauerhaft arm sein wird, wächst unaufhörlich. Soziale Dienste werden sich zunehmend mit den Konsequenzen für das Aufwachsen der Kinder dieser Bevölkerungsgruppe, aber auch um die Lebensbewältigung der Erwachsenen befassen müssen. Sowohl die, aufgrund fehlender Arbeitsmöglichkeiten oder Fähigkeiten, von der Armut Betroffenen selbst, als auch ihre Kinder brauchen Hilfen und Perspektiven. Dies sind Aufgaben, die gute und funktionierende Bewältigungsmöglichkeiten erfordern. Hier nur den Kostenfaktor ins Auge zu fassen, wäre unangemessen und kurzsichtig. Logisch ist jedoch, dass eine Sozialwirtschaft mit großen und überregionalen Betrieben neue Führungskräfte braucht, die im Management dieser Unternehmen sowohl von sozialem als auch von wirtschaftlichem Wissen geleitet werden. Eine funktionierende Sozialwirtschaft erfordert unter anderem ein gekonntes Sozialmanagement.

Unser Gesundheits- und Sozialwesen steht somit zunehmend vor der Herausforderung, sich betriebswirtschaftlich stärker organisieren zu müssen, um dem hohen Kostendruck und den Anforderungen nach mehr Qualität, Kunden- und Patientenorientierung gerecht zu werden.

Während der Trend zu immer größeren Einrichtungen geht, stellt man gleichzeitig fest, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen erhöhten Stress erleben und zunehmend über hohe Be- und Überlastung klagen. Auch auf andere gemeinnützige Organisationen kommen neue Aufgaben zu. Der Grund: Der Staat zieht sich zunehmend aus gesellschaftlichen und sozialen Verpflichtungen zurück. Gemeinnützige Einrichtungen springen ein, müssen Gelder beschaffen und effektiv wie Wirtschaftsunternehmen arbeiten, um noch besser zu helfen. Dafür werden dringend professionell ausgebildete Fachleute gesucht, die genau für diese Anforderungen spezialisiert sind. Zur Bewältigung dieser Entwicklungen im sogenannten Sozialen Wandel moderner Gesellschaften werden also breit qualifizierte und sehr gut ausgebildete Manager im Gesundheit- und Sozialwesen benötigt.

Im Gegensatz zum Management in anderen Wirtschaftsbereichen berücksichtigt das Gesundheits- und Sozialmanagement zahlreiche Besonderheiten von Organisationen des Sozialbereichs:

- ✓ **Den Dienstleistungscharakter der Gesundheits- und Sozialunternehmen**
- ✓ **Die Besonderheiten von Non-Profit-Organisationen und insbesondere der Wohlfahrtspflege**
- ✓ **Die enge Einbindung in das Recht**
- ✓ **Den Charakter der Dienstleistungen als meritische Güter.**

Mit zunehmender Verbreitung privatgewerblicher Anbieter wird Sozialmanagement auch als Management der Unternehmen der Sozialwirtschaft bezeichnet. Vor diesem Hintergrund lässt sich Sozialmanagement auch als sogenannte Spezielle Betriebswirtschaftslehre für Sozialbetriebe bzw. -unternehmen begreifen.

Der von der SRH Hochschule für Gesundheit Gera entwickelte weiterbildende Masterstudiengang „Gesundheits- und Sozialmanagement“ ist ein auf fünf Semester Regelstudienzeit angelegtes berufsbegleitendes Teilzeitstudium. Das Studium vermittelt nicht nur essentielles betriebswirtschaftliches Wissen für das Management in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, sondern vor allem werden auch die Vermittlung von Schlüssel- und Führungsqualifikationen in den Fokus des Studiums gestellt. An den einzelnen Blockwochenenden befassen sich die Studierenden unter Anleitung hoch qualifizierter

Professoren und Dozenten intensiv und auf wissenschaftlichem Niveau mit praxisrelevanten Fragestellungen. Die Eigenverantwortlichkeit der Studierenden in unserem Masterstudiengang steht dabei absolut im Mittelpunkt, denn nur wer eigenverantwortlich lernt und handelt, kann über sein bisheriges Potential hinauswachsen, Fachwissen und persönliche Kompetenzen erwerben und somit Verantwortung für immer komplexere Management-Aufgaben übernehmen.

Mit dem Weiterbildungsmaster „Gesundheits- und Sozialmanagement“ an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera wurde ein innovatives Studienprofil entwickelt, welches sich Dank der komprimierten Präsenzphasen (zwölf mal vier Tage jeweils von Freitag bis Montag, keine Semesterferien) optimal mit einer verantwortungsvollen Berufstätigkeit einerseits, aber auch den privaten Anforderungen andererseits vereinbaren lässt.

Während des gesamten Studiums steht die Integration des beruflichen Praxisalltags im Mittelpunkt. Das Studium umfasst drei verschiedene Kompetenzfelder:



- ✓ **Management von Organisationen**
- ✓ **Führung und Selbstmanagement**
- ✓ **Organisationsentwicklung**

Im ersten Kompetenzfeld Management von Organisationen wird prioritär betriebswirtschaftliches, rechtliches und politisches Fachwissen vertieft und um wissenschaftliche Methoden zur Datengewinnung und -bearbeitung erweitert.

Im Fokus des zweiten Kompetenzfeldes **Führung und Selbstmanagement** stehen vor allem die intensive Auseinandersetzung mit personalen und sozialen Kompetenzen im Vordergrund. Eine nicht zu-

letzt auch selbsterfahrende Reflektion eigener Führungsstile ist dabei unerlässlich für eine zeitgemäße und verantwortungsvolle Mitarbeiterführung im Gesundheits- und Sozialwesen. Hier werden Methoden des Rollenspiels und des Psychodramas eingesetzt.

Das dritte Kompetenzfeld der **Organisationsentwicklung** ergänzt durch strategische Management-Kompetenzen wie unter anderem Qualitätsmanagement und Health- and Social-Marketing das Profil der Absolventen im Masterstudiengang „Gesundheits- und Sozialmanagement“.

Die Studierenden werden somit befähigt, unternehmensspezifische Probleme zu erkennen und professionelle Angebote im Gesundheits- und Sozialbereich zu entwickeln und anzuwenden. Sie trainieren personale und soziale Kompetenzen, um Mitarbeiter verantwortungsvoll zu führen und gleichsam ihr Unternehmen strategisch am Markt erfolgreich zu positionieren. Darüber hinaus verfügen unsere Absolventen über ein detailliertes Verständnis auf dem neuesten Stand der Wissenschaft, welches sie in die Lage versetzt unter Berücksichtigung gesellschaftlicher und ethischer Erkenntnisse, jeweils passgenaue fundierte Entscheidungen zu treffen und auch in der Folge selbständig neues Wissen und Können generieren zu können.

Somit sind unsere Master-Studierende nicht nur qualifiziert, um eigenständig forschungs- oder anwendungsorientierte Projekte durchzuführen, sondern auch Veränderungsprozesse in den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens und somit den gesellschaftlichen Sozialen Wandel maßgeblich mitzugestalten. Dies lernen unsere Studierenden, indem sie im ersten und zweiten Fachsemester eine eigenständige Forschungsarbeit entwickeln, umsetzen, auswerten und an der Hochschule präsentieren. Im Anschluss folgt für alle Master-Studierenden im dritten und vierten Fachsemester das sehr umfassende berufsbegleitende Praxisprojekt, welches nicht zuletzt auch auf die erfolgreiche Erarbeitung einer praxisrelevanten und gleichsam wissenschaftlich fundierten Masterthese vorbereitet.

Absolventen des berufsbegleitenden Masterstudiengangs Gesundheits- und Sozialmanagement stehen vielerlei Karrieremöglichkeiten offen. Der Studiengang befähigt zur Wahrnehmung von verantwortungsvollen Aufgaben im Management in Profit- und Non-Profit-Unternehmen, beispielsweise in den Bereichen Controlling, Qualitätsma-

nagement, Personalwesen oder Projektmanagement. Aufgrund der betriebswirtschaftlichen Ausrichtung sind die Absolventen sowohl für Führungspositionen als auch für Assistenz- und Stabfunktionen und als Projektmanager qualifiziert. Mögliche Einsatzgebiete können ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen, wie Krankenhäuser, medizinische Versorgungszentren, Rehabilitationseinrichtungen, sozialpsychiatrische Institutionen ebenso sein, wie das Management von Sozialeinrichtungen, beispielsweise Kindertageseinrichtungen, Alten- und Pflegeheime, betreutes Wohnen und das breite Feld der Sozialen Arbeit. Außerdem bieten die Träger für Soziale Arbeit regional oder auf Landes- bzw. Bundesebene interessante Karrieremöglichkeiten. Aber auch in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft, Unternehmens- und Sozialberatungen, Versicherungen, Gesundheits- und Sozialämtern, Ärztekammern, Krankenkassen oder Verbänden des Gesundheits- und Sozialsektors sind unsere Absolventen gerne gesehene Bewerber für Führungspositionen, genauso wie in diversen Unternehmen der Bereiche Pharmazie oder Medizintechnik.

Auch die Promotion und damit eine akademische Laufbahn sind mit dem Masterabschluss Gesundheits- und Sozialmanagement selbstredend möglich. Voraussetzung hierfür ist, dass die Absolventen auch über einen ersten akademischen Abschluss (Bachelor, Diplom, Magister) verfügen.

Quellen

- Demografiebericht des Statistisches Bundesamt (2009). Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung.
- Kaplan, R. & Norton, D. (2001). The Strategy Focused Organization. Harvard Business School Press, Boston.
- Kotler, P.; Berger, R. & Rickhoff, N. (2010). The Quintessence of Strategic Management. Springer, Berlin.
- Müller-Prothmann, T. & Dörr, N. (2011). Innovationsmanagement. Strategien, Methoden und Werkzeuge für systematische Innovationsprozesse, 2. Auflage. Hanser Pocket Power.
- Simon, H. & von der Gathen, A. (2002). Das große Handbuch der Strategieinstrumente: Alle Werkzeuge für eine erfolgreiche Unternehmensführung. Campus, Frankfurt am Main.

- Stern, T. & Jaberg, H. (2010). Erfolgreiches Innovationsmanagement. 4. Auflage. Gabler Verlag, Wiesbaden.
- Welge, M.K. & Al-Laham, A. (2008). Strategisches Management. 5. Auflage. Gabler, Wiesbaden.
- Wissenschaftsrat. Zugriff am 5.10.2017 <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>

Kapitel 12: Weitere akademische Perspektiven für die Gesundheitsfachberufe

Eichmann, Björn

Der Wissenschaftsrat empfiehlt in seinen „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“, dass die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe vorangetrieben werden soll. Er quantifiziert diese Empfehlungen auf bis zu 20 Prozent eines Ausbildungsjahrgangs. Die Akademisierung ist erforderlich, da die Gesundheitsfachberufe in Zukunft komplexere Aufgabenbereiche erwarten und Absolventen perspektivisch auch Tätigkeiten übernehmen sollen, die bisher von Ärzten wahrgenommen wurden. Für dieses Ausüben ist ein reflektierendes Handeln notwendig, wissenschaftliche Erkenntnisse unabdingbar und eine evidenzbasierte Handlungskompetenz erforderlich.

Neben der Befähigung zur unmittelbaren Arbeit am Patienten, wird künftigen Absolventen die Chance gegeben werden eine akademische Weiterqualifizierung über den Bachelor hinaus zu erlangen. Dies bedingt auf der einen Seite einen interprofessionellen Austausch, auf der anderen Seite müssen gesellschaftliche Entwicklungen berücksichtigt werden. Die SRH Hochschule für Gesundheit stellt im Folgenden zwei Masterstudiengänge und drei Bachelorstudiengänge vor, die diese Herausforderungen annehmen und mit klaren Konzepten angehen möchten:

Kapitel 12.1: Gesundes Altern & Gerontologie

Wahn, Claudia

Der demographische Wandel stellt unser Gesundheitssystem vor immer neue Herausforderungen. Zum einen nehmen chronische Erkrankungen und multimorbide Erkrankungen in unserer älter werdenden Gesellschaft zu. Zum anderen ist die ältere Generation vitaler denn je und wünscht sich eine fortbestehende aktive, selbstbestimmte Teilnahme am gesellschaftlichen Leben in den Bereichen *Bildung, Arbeit und Unterhaltung*. Unsere Gesundheits- und Sozialversorgung muss daher systematisch an diese Veränderungen unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Aspekte und wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Altern angepasst werden.

An diesem Punkt setzt der Masterstudiengang *Gesundes Altern und Gerontologie* an: Fragen aus der Gerontologie werden gezielt mit Fragen nach einem gesunden Altern verbunden. Der daraus resultierende Schnittstellenbereich, der zwischen den Gesundheits- und Therapiewissenschaften angesiedelt ist, macht den Masterstudiengang zu einem neuen und innovativen Angebot.

Der konsekutive Masterstudiengang *Gesundes Altern und Gerontologie* an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera ist ein Vollzeitstudium, das sich durch komprimierte Präsenzphasen mit einer Berufstätigkeit vereinbaren lässt. Inhaltlich wird das Studium dazu in drei Kompetenzfelder eingeteilt:

- | Erweiterte Grundlagen im Bereich *Gesundes Altern und Gerontologie*,
- | Erweiterte Fach- und Schnittstellenkompetenzen,
- | Erweiterte Methoden und Praxis.

Im Zentrum des ersten Kompetenzbereiches steht die Vermittlung grundsätzlicher Aufgaben und Konzepte im Bereich des gesunden Alterns und der Gerontologie in Deutschland und in internationalen Handlungskontexten. Darüber hinaus befasst sich dieses Kompetenz-

feld mit erweiterten Grundlagen zur Kommunikation über die Lebensspanne, zum lebenslangen Lernen, zur Versorgung, Infrastruktur, Netzwerken inklusive Gesundheitsepidemiologie und Demographie.

Gegenstand des zweiten Kompetenzfeldes sind die erweiterten Fach- und Schnittstellenkompetenzen, mit denen folgende Inhalte abgebildet werden: Prävention im Kontext kognitiver Störungen, Gesundheitstechnologien und intelligente Technologien in Anwendung auf den Gesundheits- und Therapiebereich. Weitere Schwerpunkte sind das Schnittstellenmanagement im Gesundheits- und Therapiebereich sowie sensorisches und sensomotorisches Training zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter.

Das dritte Kompetenzfeld ist den erweiterten Methoden und der erweiterten Praxis mit Fokus auf interdisziplinärer/ interprofessioneller Arbeit gewidmet. Hier steht die berufliche Tätigkeit eines „high professional“, der im o.g. Schnittstellenbereich auf dem Gesundheitsmarkt oder als Therapiemanager tätig ist, im Mittelpunkt. Außerdem stehen die Besprechung und Analyse komplexer Fälle, Methodik und Statistik in den Alterswissenschaften im Mittelpunkt. Den Abschluss des Studiums bildet die Anfertigung der Masterthesis, mit der ein hoher Grad an Selbstständigkeit im Hinblick auf die wissenschaftlich-empirische Bearbeitung einer Fragestellung aus dem Bereich *Gesundes Altern und Gerontologie* nachgewiesen wird.

Kapitel 12.2: Soziale Arbeit

Weil, Thomas

In der Bundesrepublik Deutschland etablierte sich Soziale Arbeit (Sozialarbeit/ Sozialpädagogik) im Zuge der Bildungsreformen der 1970er Jahre vor allem an den neu gegründeten Fachhochschulen. Diese Entwicklung nahm in den 1990er Jahren mit der neu entstehenden Dynamik der professionellen und wissenschaftlichen Begründung und Ausarbeitung reflexiv-erkennender und aktiv-handelnder Sozialarbeiter an Fahrt auf. Die Nachfrage nach Studienplätzen ist heute fast ebenso ungebrochen wie die Nachfrage nach Absolventen dieser Studiengänge (vgl. Kerncurriculum der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit DGSA 2016).¹

Die Thesen des Wissenschaftsrates zur künftigen Entwicklung des Wissenschaftssystems in Deutschland aus dem Jahre 2000, die Anerkennung der Sozialen Arbeit als eigenständige Fachwissenschaft durch die Hochschulrektorenkonferenz (HRK) und die Kultusministerkonferenz (KMK) im Jahre 2001 sowie zur gleichen Zeit die Einführung von Bachelor- und Masterstudiengängen wiesen den Weg für Studienreformen in der hochschulischen Ausbildung für Soziale Arbeit und schafften eine wesentliche Grundlage für Lehre und Forschung in der Sozialen Arbeit. Über die letzten 40 Jahre hat sich gleichwohl an den Hochschulen im deutschen Sprachraum eine bemerkenswerte Sozialarbeits-

1 Die finale Fassung wurde am 29. April 2016 von der Mitgliederversammlung verabschiedet. Der Text geht zu großen Teilen auf einen Entwurf zurück, der 2005 von einer Arbeitsgruppe der Sektion „Theorie- und Wissenschaftsentwicklung in der Sozialen Arbeit“ in der DGSA (Ernst Engelke, Manuela Leideritz, Konrad Maier, Richard Sorg, Silvia Staub-Bernasconi) erstellt, jedoch von der DGSA insgesamt nie offiziell verabschiedet wurde, was hiermit nachgeholt wurde. Die in einem Diskussionsprozess eingeholte Rückmeldungen aus der DGSA berücksichtigend, beruht der vorliegende Text auf einer vom zu diesem Zeitpunkt aktivem Vorstand (Stefan Borrman, Gudrun Ehlert, Michaela Köttig, Dieter Röh, Sabine Stövesand, Christian Spatscheck, Barbara Thiessen) erarbeiteten Version.

forschung und -lehre entwickelt, von welcher vielfältige Impulse ausgehen und ausgehen. Sie orientiert sich originär an der Sozialen Arbeit und sozialarbeitswissenschaftlichen Fragestellungen.

Ziel des Bachelorstudiengangs Soziale Arbeit ist eine akademische Ausbildung von Fachpersonen, die nicht nur krisenorientierte Interventionsmethoden vermittelt, sondern auch ganzheitliche präventive Blickwinkel und Fachansätze. Damit soll den aktuellen gesellschaftlichen Herausforderungen in der Arbeit mit und für Menschen über deren gesamte Lebensspanne auf hohem fachlichem Niveau begegnet werden. Hierfür wird den Studierenden nicht nur Fachwissen vermittelt, sondern auch professionelle Haltungen, persönliche Stabilität und vor allem Reflexionsvermögen.

Dies ist insofern besonders wichtig, da die Absolventen später auch durch sich selbst als Bezugspersonen jeweils Einfluss auf die Stärkung und Stabilisierung von Familien und Personen in Krisensituativen nehmen. Daher werden sie bereits im Studium befähigt, die eigene Person und die eigene Wirkung in der Interaktion mit anderen einschätzen zu können (Selbst- und Fremdwahrnehmung). Insgesamt kommt es also im Prozess der wissenschaftlichen Qualifizierung darauf an, bei den Studierenden eine akademische Grundhaltung zu befördern, die sie in die Lage versetzt, den Gegenstand ihrer Arbeit und ihre Rolle im Prozess der Wahrnehmung, Erklärung und Handlung kritisch zu reflektieren. Deswegen muss die Ausbildung dieser Reflexionsfähigkeit gegenüber reiner Wissensvermittlung oder -akkumulation immer im Vordergrund stehen (vgl. DGSA 2016).

Unser Studienkonzept ist geprägt durch die stringente Orientierung der curricularen, inter- und transdisziplinären Wissensorganisation am für die Soziale Arbeit geltenden Gegenstands- und Handlungsbereich des Verhinderns und der Bewältigung sozialer Probleme, die sich in ungleichen Möglichkeiten zur Lebensführung, unterschiedlichen Teilhabemöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben sowie dem Mangel an Bildung, Gesundheit, Beschäftigung, Einkommen, sozialen Beziehungen und weiteren gesellschaftlichen Ressourcen zeigen. Darüber hinaus wurden die im internationalen Kontext vielfältigen theoretischen und handlungstheoretischen Traditionen integriert, sowie die umfangreichen Ansätze zur Forschung von sozialarbeitsrelevanten

Fragestellungen unter Berücksichtigung kontextueller, wie kontextübergreifender Aspekte berücksichtigt.

Uns geht es hierbei um die Umsetzung eines integrativen Professionsverständnisses, das sowohl mit direkten Mitteln der Bildung und Befähigung, der Existenzsicherung, der sozialen Unterstützung und Selbsthilfe als auch mit indirekten Mitteln, wie z.B. Sozialpolitischer Intervention oder dem Management sozialer Organisationen (vgl. Master Gesundheits- und Sozialmanagement) bzw. mithilfe der Einzelfall-, Familien- und Gruppenarbeit, sowie mit sozialräumlich ansetzenden Methoden (u.a. Gemeinwesenarbeit) die Lebensführung der von sozialen Problemen betroffenen Menschen und insbesondere deren selbst gewählten Lebensentwürfen unterstützt und dabei die Verursachung darin zum Ausdruck kommender Probleme durch gesellschaftlicher Strukturen und Dynamiken thematisiert.

Die SRH-Hochschule für Gesundheit Gera geht davon aus, dass Soziale Arbeit als Disziplin und Profession auf Beschreibungen, Erklärungen, Bewertungen und Verfahrensweisen beruht, die in einem bestimmten gesellschaftlichen und organisationalen Umfeld, sowie in einem konkreten Problem- und Praxisfeld zum Tragen kommen. Wissenschaftsbasierung und Berufsethik bzw. ein berufsethischer Kodex der Sozialen Arbeit ermöglichen die kritische Distanzierung, sowohl zu gesellschaftlichen Trägerinteressen, als auch zu individuellen Erwartungen des Klientel, was wiederum für eine Profession konstitutiv ist. Die Studieninhalte unseres Studienganges Sozialer Arbeit bilden daher folgende Studienbereiche ab (vgl. Graphik der DGSA 2016):

- ✓ Fachwissenschaftliche Grundlagen der Sozialen Arbeit
- ✓ Erweitertes Gegenstands- und Erklärungswissen Sozialer Arbeit
- ✓ Normative Grundlagen Sozialer Arbeit
- ✓ Gesellschaftliche und institutionelle Rahmenbedingungen Sozialer Arbeit
- ✓ Allgemeine Handlungstheorie u. spezielle Handlungstheorien/Methoden Sozialer Arbeit
- ✓ Handlungsfelder und Zielgruppen Sozialer Arbeit
- ✓ Forschung in der Sozialen Arbeit

Studienbereiche Sozialer Arbeit:



Quelle: Kerncurriculum Soziale Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (2016)

Im Rahmen des Studienbereichs Fachwissenschaftliche Grundlagen der Sozialen Arbeit werden die allgemeinen Grundlagen der Disziplin und Profession sowie die Ideen-, Theorie- und Sozialgeschichte des Helfens und Lernens, die theoretischen Grundlagen der Sozialen Arbeit sowie der Professionalisierung vermittelt und kritisch reflektiert. In ihrem transdisziplinären Charakter integriert Soziale Arbeit das Wissen aus verschiedenen Disziplinen (Anthropologie, Biologie, Ethnologie, Gender Studies, Gesundheitswissenschaften, Kulturwissenschaften, Pädagogik, Philosophie, Psychologie, Politologie, Recht, Soziologie, (Sozial-)Ökonomie, Kommunikations- und Medienwissenschaft u.a.), um ihren Gegenstand erfassen und bearbeiten zu können. Diese Wissenschaften tragen je einzeln in unterschiedlicher Weise zur Erklärung von physischen, psychischen, wie sozialen und kulturellen Sachverhalten, ferner zu ihrer Bewertung wie ihrer Veränderung bei.

Das heißt, dass sie Bezugspunkt für alle Studienbereiche sind. Die Übernahme von Elementen aus diesen (Fremd-)Disziplinen bildet den Studienbereich erweitertes Gegenstands- und Erklärungswissen Sozialer Arbeit ab.

Als Handlungswissenschaft ist Soziale Arbeit auch auf normative Grundannahmen und deren Reflexion angewiesen. Sie bilden u.a. die Grundlage für Professionsethik und Professionskodex, aber auch für rechtliche und menschenrechtliche Begründungen. Dabei ist auf die Frage der Universalisierung versus kontextuelle Pluralisierung von Wertvorstellungen, Ethiken und Rechtsvorstellungen in diversen Themengebieten einzugehen. Auch die Kenntnis der Rahmenbedingungen, unter denen Soziale Arbeit stattfindet, ist nicht nur Ausgangspunkt für die Analyse von Handlungsspielräumen, sondern auch für eine Analyse im Hinblick auf die Notwendigkeit einer Veränderung dieser Bedingungen. Kriterien für die Auswahl von speziellen Handlungstheorien/Methoden können zum einen auf der Gestaltung von Lern-, Bildungs-, Hilfs-, Beratungs-, (sozial)politischen Aktivierungs- und Organisationsprozessen von Individuen oder/ und Kollektiven oder/ und zum anderen - als sozialtherapeutische Interventionen - auf der Neugestaltung des gesellschaftlichen oder/ und institutionellen Umfeldes der Adressaten der Sozialen Arbeit liegen. Der Studienbereich Handlungsfelder und Zielgruppen umfasst Differenzierungskriterien in Bezug auf Handlungs- bzw. Praxisfelder Sozialer Arbeit, welche in der Regel in ihrer Interdependenz behandelt werden. Im letzten Studienbereich geht es um die eigenständige Forschung Sozialer Arbeit, bezogen auf ihre spezifischen Fragestellungen, ihre Bedingungen und Folgen für ihre Adressaten, die Gesellschaft, sowie für die Profession selbst.²

Mit unserem neuen Studienangebot, welches die o.g. Studienbereiche abbildet, möchten wir zum einen denjenigen Studieninteressenten, welche an öffentlichen Hochschulen aufgrund des Numerus clausus keine StudienChance erhalten, ein attraktives Angebot für ein grundständiges Studium in der Sozialen Arbeit machen. Darüber hinaus

2 Auch der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit und Heilpädagogik (DBSH) hat vor Jahren mit der Veröffentlichung seiner Vorstellung zu „Schlüsselkompetenzen“ (2008) einen interessanten Versuch unternommen, zentrale Fähigkeiten professioneller Sozialer Arbeit zu bestimmen.

wollen wir ein passgenaues Angebot für verdiente Praktiker im sozialen Sektor machen, indem wir es ermöglichen, in unserem berufsbegleitenden Bachelor-Studiengang Soziale Arbeit in nur vier Semestern zum ersten akademischen Abschluss zu kommen (vgl. § 63 ThürHG).

Der nächste logische Schritt wird dann die Implementierung eines Masterstudienganges (nicht nur) für unsere SRH-Bachelorabsolventen mit dem Arbeitstitel: „Sozialer Wandel & Gesundheitsförderung“ (M. A.) sein.

Kapitel 12.3: Klinische Ernährungstherapie und Ernährungsberatung im Wandel

Büser, Wolfgang

Mangel-, Fehl- und Unterernährung – wenn diese Begriffe fallen, denkt man meist an Menschen in so genannten Entwicklungsländern. Kaum jemand weiß, dass viele multimorbide geriatrische Patienten, die sich zu Hause selbst versorgen oder im Pflegeheim leben, untergewichtig oder krankhaft mangelernährt sind. Weiterhin sind Patienten mit onkologischen Erkrankungen und ein beachtlicher Teil der Krankenhauspatienten mangelernährt (Uedelhofen, 2009).

Die Folgen einer unbehandelten Unter-, Fehl- oder Mangelernährung sind weitreichend. Umfang und Schwere hängen von Ausmaß und Dauer des Nährstoffmangels ab.

Bei mangelernährten Menschen steigt die Anfälligkeit für Krankheiten. Sie sind zunehmend auf Pflege angewiesen und büßen einen erheblichen Teil an Lebensqualität ein. Während das Körpergewicht junger Menschen nach einer freiwilligen oder unfreiwilligen Fastenperiode unter normalen Ernährungsbedingungen in der Regel schnell wieder das Ausgangsgewicht erreicht, wird bei älteren Menschen während der Genesung keine oder nur eine sehr langsame Gewichtszunahme beobachtet.

Insbesondere, wenn Menschen an onkologischen Erkrankungen leiden, kommt es früher oder später zu einer ausgeprägten Mangelernährung, wenn die Anzeichen einer Mangelernährung nicht frühzeitig erkannt werden. Eine Ursache, dass zu wenig mangelernährte Patienten mit gesonderten klinischen Ernährungskonzepten behandelt wird, liegt auch darin, dass das äußere Erscheinungsbild mangelernährter Patienten häufig nicht unserer Vorstellung von abgemagerten Menschen entspricht.

Die Zahl der von Mangelernährung betroffenen Menschen wird bereits 2009 allein in Mitteleuropa auf ca. 30 Millionen geschätzt (Pánová, 2009).

Die Zusatzkosten, die Mangelernährung für die Kranken- und Pflegeversicherung jährlich verursacht, beliefen sich im Jahr 2007 auf 8,9 Mrd. Euro. Bis zum Jahr 2020 ist mit einem drastischen Kostenanstieg um fast 25 Prozent zu rechnen (Küpper, 2007).

Viele Erkrankungen sind ernährungsabhängig. Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen hat sich, trotz vieler Gesundheitsreformen, in den vergangenen Jahren nicht aufhalten lassen. Solange ernährungsbedingte Erkrankungen weiter zunehmen und dann noch unzureichend behandelt werden, wird sich daran nichts ändern.

Ernährung ist Lebensqualität. Nach vorliegenden Studien sterben noch immer 25 Prozent aller mangelernährten Tumorpatienten nicht an ihrer Grunderkrankung, sondern an ihrer Mangelernährung (Oetter, 2014 zitiert nach Margulies et al., 2014 S. 368).

Trotz der großen wirtschaftlichen Bedeutung spielt Mangelernährung hierzulande in der öffentlichen Debatte, ganz im Gegensatz zu Adipositas, nur eine sehr untergeordnete Rolle. Es gibt jedoch medizinische Bereiche, in denen Mangelernährung eher die Regel als die Ausnahme ist. So zeigen beispielsweise bis zu 75 Prozent der Krebspatienten bereits zum Zeitpunkt der Erstdiagnose Zeichen einer Mangelernährung, abhängig von der Tumorart, -lokalisierung und -stadium (Uedelhofen, 2009).

Neben dem Bereich der Mangelerernährung ist eine gezielte Ernährungstherapie zunehmend auch für Patienten mit Adipositas gefordert (Fachgesellschaft für Ernährungstherapie und Prävention (FET) e.V., 2015). Eine erschreckend hohe Anzahl von Kindern und Jugendlichen in Deutschland bewegt sich nicht nur zu wenig, sondern ernährt sich falsch bzw. wird falsch ernährt. Sei es, dass zu viel gegessen wird oder dass ungesunde Nahrungsmittel in zu großen und gesunde entsprechend in zu geringen Mengen aufgenommen werden. Gesundheitliche Schädigungen wie Fettleibigkeit, Diabetes, Herz-Kreislauf- und Krebs-erkrankungen, aber auch Essstörungen, Magersucht, Störungen des Immunsystems, psychomotorische, emotionale und soziale Störungen sind die Folgen.

Erstmals äußern Mediziner die Befürchtung, dass die Lebenserwartung einer signifikanten Anzahl von Kindern deutlich geringer ist als die ihrer Eltern (Mertin, 2008). Neben Bewegungsmangel kann hier das Desinteresse von Eltern, Jugendlichen und Kindern an der Beschäftigung mit dem Thema Ernährung herangezogen werden. Insbesondere Kinder erfahren zuhause oft nicht mehr, wie man sich richtig ernährt und wie man eine gesunde Mahlzeit zubereitet (Eberle et al, 2005).

Jedes Jahr wächst der Anteil der adipösen Kinder um 0,8 Prozentpunkte – die Häufigkeit von Adipositas hat sich in den vergangenen 15 Jahren mehr als verdoppelt. Und mehr als 50 Prozent der betroffenen Jugendlichen transportieren ihr Übergewicht ins Erwachsenenalter. Damit sind Übergewicht und kindliche Fettleibigkeit ein erheblicher gesundheitlicher Risikofaktor für die Zukunft und ein Kostentreiber für Ausgaben (Rais, 2003 zitiert nach Pressemeldung Bundesverband Verbraucherzentrale e.V. und Stiftung Warentest, 2003).

Das Grundwissen zur Ernährung bei Eltern, Kindern, Lehrern und Erziehern geht immer mehr zurück. Hinsichtlich der zunehmenden Überernährung junger Menschen müssen Eltern und Erziehungsbe rechtigte vermehrt dafür sensibilisiert werden, welche Folgeschäden die übergewichtigen Kinder- und Jugendlichen davontragen. Um diese Aufgabe erfüllen zu können, müssen sie über die notwendigen „ernährungsmedizinischen“ Kenntnisse verfügen. Unterricht und Schulungen zur gesunden Ernährung, Ernährung in besonderen Lebenssituationen, das Erkennen von Ernährungsproblematiken und Präventionsmöglichkeiten müssen schon im Kindergarten beginnen und in anspruchsvoller Weise in der Schule weitergeführt werden. In den skandinavischen Ländern wird dies schon seit langem angeboten (Eberle et al., 2005).

Da die Berufsbezeichnung „Ernährungsberater“ rechtlich nicht geschützt ist, gibt es eine Menge Anbieter auf dem Markt, die in der Ernährungsberatung tätig sind. Kurse, die allgemein auf das Berufsbild „Ernährungsberater“ zielen und sich nicht an Ernährungsfachkräfte mit anerkannten Ausbildungen oder Mediziner richten, testete die Stiftung Warentest im Zeitraum von September 2004 bis Juni 2005. Getestet wurden länger-, mittel- und kurzfristige Kurse, Präsenzkurse und Fernlehrgänge sowie Weiterbildungen, die sich beispielsweise an Fit-

nesstrainer, Arzthelferinnen, Hauswirtschafterinnen, Beschäftigte im Wellness- und Gesundheitsbereich und Heilpraktiker richten. Nur 3 der 13 getesteten Anbieter von Qualifizierungen für Quereinsteiger bezo gen sich auf die Empfehlungen der DGE und vermittelten diese ausführlich. Elementare Grundlagen zum Thema Ernährung fehlten, Praxiseinheiten kamen in den Weiterbildungskursen zu kurz. Die fachlichen und rechtlichen Grenzen wurden kaum berücksichtigt, so das Ergebnis der Stiftung Warentest (Stiftung Warentest, 2005).

Die klinische Ernährung und die Ernährungsberatung sind kein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Studiengänge. Eine Mangelernährung wird darüber hinaus vielfach auch von Fachleuten (Ärzten) nicht erkannt oder nicht frühzeitig und ausreichend behandelt.

Es gibt noch zu wenige interdisziplinäre Ernährungsteams in den Krankenhäusern geschweige denn im ambulanten Bereich der medizinischen Versorgung. Diätassistenten/Innen und Oecotrophologen verfügen ohne Weiterbildung auf dem Gebiet der Klinischen Ernährung nicht über ausreichende medizinische Kenntnisse.

Die Personen, die sich gegenwärtig mit der Versorgung mangeler nährter Patienten beschäftigen und Hausärzte beraten, haben vielfach keine geeignete Ausbildung.

Es stellt sich die Frage, ob gerade im Hinblick auf einen zu erwartenden Ärztemangel und einer unausbleiblichen Spezialisierung der medizinischen Berufe, die Maßnahmen einer klinischen Ernährung von Medizinern durchgeführt werden müssen.

Mit der Einführung des Studiengangs Ernährungstherapie und -beratung (B. Sc.) wird, durch die stärkere Einbindung nichtärztlicher Berufsgruppen in die Versorgung und Verantwortung im Gesundheitswesen, eine Lücke in bestehenden Versorgungs- und Beratungssystemen geschlossen.

Ziel des Studiums ist es, über die Qualifizierung der Studierenden des Studiengangs „Ernährungstherapie und -beratung“ die Über-, Unter-, Fehl- und Mangelernährung im europäischen Raum zu verbessern und so die Voraussetzung für einen Rückgang ernährungsabhängiger Erkrankungen zu schaffen.

Im Zentrum steht die gesundheitliche Wirkung der Ernährung in unterschiedlichen Lebenssituationen und Lebensabschnitten, als Be-

standteil der Therapie, z.B. im palliativen und onkologischen Bereich und die präventive Ernährungsberatung.

Der Studiengang befähigt zum ernährungstherapeutischen und präventiven Handeln unter ethischen und rechtlichen Kriterien. Dabei sollen Resultate wissenschaftlicher Studien in die Berufspraxis übertragen werden.

Das Bachelorstudium begann erstmals im Wintersemester 2017. Die Studiendauer beträgt einschließlich Praktika sechs Semester (für den Erwerb von 180 Credits) und setzt sich aus Präsenz-, Praxis- und Selbstlernphasen zusammen. Innerhalb des Studiengangs kann unter zwei Schwerpunkten (klinische Ernährungstherapie und Ernährungsberatung) gewählt werden. Die erfolgreiche Teilnahme wird dann durch den Bachelorabschluss zertifiziert und bestätigt.

Zum Studium zugelassen werden kann, wer eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem der Gesundheitsberufe und eine Berufspraxis von drei Jahren oder die allgemeine bzw. fachgebundene Hochschulreife nachweisen kann. Hinzu kommt ein Aufnahmegespräch an der Hochschule.

Die Anrechnung außerhochschulisch erworbener Kompetenzen, z.B. auf Grund von Weiterbildungen und Berufserfahrung ist möglich. Über ein individuelles Anrechnungsverfahren können bis zu 60 Credits angerechnet werden.

Literaturverzeichnis

- Eberle, U., Fritzsche, U.R., Hayn; D., Rehaag, R., Simshäuser, U., Stieß, I. & Waskow, F., (2005). Nachhaltige Ernährung, Ernährungswende, Diskussionspapier Nr. 4, Hamburg/Darmstadt/Frankfurt/Heidelberg/Köln, Juni 2005. Zugriff am 07.10.2017 unter http://www.isoee.de/ftp/EW_DP_Nr 4.pdf
- Fachgesellschaft für Ernährungstherapie und Prävention (FET) e.V. (2015). Adipositas – Ernährungstherapie: Allgemeines, 2015. Zugriff am 07.10.2017 unter <https://fet-ev.eu/adipositas-ernaehrungstherapie-allgemeines/>
- Küpper, C. (2007). Mangelernährung in Deutschland, Studie zu Kosten und Handlungsbedarf. Zugriff am 07.10.2017 unter https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2007/09_07/EU09_B25_B26.qxd

- Mertin, H. (2008). Antrag der Fraktion der FDP des Landtags Rheinland-Pfalz: Stärkung eines verantwortlichen Konsumverhaltens in der Schule. Druck: Landtag Rheinland-Pfalz 15. Wahlperiode, Drucksache 15/2574 29. 08. 2008.
- Oetter, T. (2014). Mangelernährung unter Zytostatikatherapie, Hausarbeit im Rahmen der Weiterbildung für die Pflege in der Onkologie (DKG) am UKM Münster, 08.09.2014, zitiert aus: Margulies, A., Fellinger, K., Kroner, T. & Gaisser, A. (Hrsg.) (2011). Onkologische Krankenpflege. Berlin Heidelberg New York: Springer, 2011, S. 368. Zugriff am 07.10.2017 unter http://klinikum.uni-muenster.de/fileadmin/ukminternet/daten/zentralauftritt/ukm-mitarbeiter/schulen_w_eiterbildung/anin/arbeiten/onkologie/Mangelernaehrung_unter_Zytostatikatherapie.pdf
- Pánová, S. (2009). Mangelernährung und Nachwuchssorgen in der Pflege gemeinsames Problem in Mitteleuropa beim „Central European Meeting“ anlässlich der Pflegemesse 2009 in Leipzig. Zugriff am 07.10.2017 unter http://lemonn.leipziger-messe.de/LeMMon/PRESSE.NSF/html_newstickerger/A1192A5ED27ED85C125764100312B8F?OpenDocument
- Rais, B (2003). Alarmierende Zunahme von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen – Wichtigstes Problem der Ernährungspolitik – Jedes fünfte Kind ist betroffen, Pressemitteilung Bundesverband Verbraucherzentrale e.V. und Stiftung Warentest vom 15. Januar 2003. Zugriff am 07.10.2017 unter <http://www.verbrauchernews.de/artikel/o000013773.html>
- Stiftung Warentest (2005). Ernährungsberatung: Leipziger Allerlei, Kurse: Ernährungsberatung, 19.10.2005. Zugriff am 07.10.2017 unter <https://www.test.de/Ernahrungsberatung-LeipzigerAllerlei-1301889-1301886/>
- Uedelhofen, K.W. (2009). Nahrungsversorgung im Krankenhaus – was ist bezahlbar? Cepton Studie. Zugriff am 07.10.2017 unter http://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Veranstaltungen/Fortbildungen/2009/edi_2009/edi_09_Uedelhofen.pdf

Kapitel 12.4: Arbeits- und Organisationspsychologie mit dem Schwerpunkt betriebliche Sicherheit und Gesundheit

Rehmer, Sabine

Die Relevanz psychischer Aspekte in Unternehmen wird durch die Veränderungen in der Arbeitswelt und durch neue gesetzliche Anforderungen in den Bereichen der Arbeitssicherheit und der betrieblichen Gesundheit immer größer. Problematisch ist jedoch, dass es die Arbeits- und Organisationspsychologen nicht in ausreichender Zahl gibt, welche die verschiedenen psychologischen Tätigkeiten in diesen Bereichen umsetzen können (vgl. Rehmer, Bornmann & Trimpop 2016; Trimpop 2015).

Um diesen stark anwachsenden Arbeitsmarkt gerecht werden zu können werden Arbeits- und Organisationspsychologen mit einer Schwerpunktsetzung in den Bereichen der Arbeitssicherheit und der betrieblichen Gesundheit benötigt. Dieses Qualifizierungsziel verfolgt der vorliegende Studiengang M. Sc. Arbeits- und Organisationspsychologie mit Schwerpunkt Sicherheit und Gesundheit in der Arbeitswelt.

Die von uns ausgebildeten Arbeits- und Organisationspsychologen werden in der Lage sein im Arbeits- und Gesundheitsschutz die verschiedenen Arbeitsfelder der Grundbetreuung und der betriebsspezifischen Betreuung gemäß DGUV Vorschrift 2 mit Fokus auf die psychischen Aspekte auszuführen. Damit ergänzen sie die Arbeit der Fachkräfte für Arbeitssicherheit und der Fachärzte für Arbeitsmedizin um den psychologischen Anteil – die psychische Gesundheit der Mitarbeiter.

Im Bereich der betrieblichen Gesundheit sollen sie aktiv das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) und die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) mitgestalten können und ebenso als Ansprechpartner für psychologische Fragestellungen im Unternehmen zur Verfügung stehen.

Durch die Vermittlung der grundständigen methodischen Kompetenzen und Inhalte gemäß den Empfehlungen der DGPS zur Ausgestaltung von M. Sc.-Studiengängen im Bereich Arbeits- und Organisationspsychologie (vgl. Ellwart et al. 2015) sind natürlich auch weitere Arbeitsfelder im Bereich der Personal- oder Organisationspsychologie denkbar.

Der Masterstudiengang umfasst 4 Semester (2 Jahre), wobei das Studium an 24 Blockwochenenden (Do. bis So.) stattfindet. Damit sollen neben B. Sc.-Psychologen vor allem auch Personen angesprochen werden die bereits in den Bereichen der Arbeitssicherheit und der betrieblichen Gesundheit arbeiten und die mit diesem Studium gern den Zugang zu den psychologischen Aufgabenfeldern, inhaltlich und gesetzlich, erwerben möchten.

Das Studium im Überblick

Studienstart	Erstmalig 1. Oktober 2017, dann halbjährlich zum Sommer- und zum Wintersemester
Studienort	SRH Hochschule für Gesundheit, Campus Gera Die SRH ist eine private Hochschule mit staatlicher Anerkennung, die sich allein durch Studiengebühren finanziert. Nähere Informationen dazu finden Sie auf unserer Website.
Studienmodell	Vollzeit – in Blockform (120 ECTS-Punkte)
Studiendauer	2 Jahre (4 Semester) Das Studium findet im Rahmen von 2 Jahren an 24 Blockwochenenden (Do. bis So.) statt.
Abschluss	Master of Science (M. Sc.) Arbeits- und Organisationspsychologie mit Schwerpunkt Sicherheit und Gesundheit in der Arbeitswelt

Zielgruppen	Bachelorabsolventen der Psychologie (B. Sc.) oder anderer Bachelorabschluss (180 ECTS) Masterabsolventen oder vergleichbar (Anerkennung bisheriger Studienleistungen und verkürztes Studium möglich)
--------------------	---

Inhalte des Studiums

Der M. Sc. Arbeits- und Organisationspsychologie mit Schwerpunkt Sicherheit und Gesundheit in der Arbeitswelt befindet sich an der Kreuzung verschiedener Fachgebiete. Daher schließt das Studium neben der Vermittlung arbeits- und organisationspsychologischer Inhalte und Methoden auch spezifische Kenntnisse zu Inhalten und Aufgaben im Bereich der betrieblichen Sicherheit und Gesundheit mit ein. Dazu gehört sowohl die Fachkunde der Fachkraft für Arbeitssicherheit als auch ein Einblick in die Arbeit der Fachärzte für Arbeitsmedizin. Ebenso zählen dazu Kenntnisse des betrieblichen Gesundheitsmanagements und der betrieblichen Gesundheitsförderung in Unternehmen, der Organisationsentwicklung, des Changemanagements und der Arbeitsgestaltung. Und nicht zuletzt geht es um eine Vermittlung der verschiedenen verhältnis- und verhaltensbezogenen psychologischen Arbeitsfelder im Bereich der Arbeitssicherheit und der betrieblichen Gesundheit.

Wissensvorsprung durch Zusatzqualifikationen noch während des Studiums

Die Studierenden profitieren von der Möglichkeit, noch während Ihres Masterstudiums weitere Abschlüsse zu erwerben, deren Inhalte bereits in das Studium integriert sind. Dies umschließt die Ausbildung zur Fachkraft für Arbeitssicherheit (Stufe I, II & III) gemäß § 7 des Arbeitssicherheitsgesetzes sowie § 4 der DGUV Vorschrift 2, den Stressmanagementtrainerschein und die Ausbildung zum psychologischen Ersthelfer. Weitere für die praktische Arbeit relevante Grundfertigkeiten werden in den Bereichen Präsentation, Moderation, Mediation und Konfliktmanagement, Projektmanagement, Beratung und Coaching vermittelt.

Praxisnah | Zukunftsorientiert | Umfassend

Neben den theoretischen Studieninhalten zeichnet sich der Studiengang durch seinen hohen Praxisbezug in Forschung und Lehre aus, der sich neben der Masterarbeit auch im Rahmen von zwei selbst konzipierten und umgesetzten berufsfeldbezogenen Projekten in je einem der sicherheits- und gesundheitsbezogenen Handlungsfelder der zukünftigen Arbeits- und Organisationspsychologen wiederfindet.

Die Inhalte im Überblick

- | | |
|--|---|
| Arbeits- und Organisationspsychologie | <ul style="list-style-type: none"> – Einführung und Grundlagen der A&O-Psychologie – Organisationspsychologie – Personalpsychologie |
| Methoden und Diagnostik | <ul style="list-style-type: none"> – Empirische Forschungsmethoden und Analyse-, Interventions- und Evaluationsmethoden – Quantitative Analyseverfahren – Qualitative Analyseverfahren – Psychologische Diagnostik und Gutachterstellung |
| Vertiefung Psychologie der Sicherheit und Gesundheit in der Arbeitswelt | <ul style="list-style-type: none"> – Einführung Betriebliche Sicherheit und Gesundheit – Psychologie der Arbeit, Arbeitssicherheit und betrieblichen Gesundheit – Sicherheitsbezogene Handlungsfelder für A&O-Psychologen – Gesundheitsbezogene Handlungsfelder für A&O-Psychologen – Ausbildung zur Fachkraft für Arbeitssicherheit (Stufen I, II, III) – Elemente der arbeitsmedizinischen Betreuung in Unternehmen |
| Praxisintegrierende Masterarbeit | <ul style="list-style-type: none"> – Berufsfeldbezogene Projekte – Masterarbeit (inkl. Kolloquium) |

Für Arbeits- und Organisationspsychologen sind die Bereiche der Arbeitssicherheit und der betrieblichen Gesundheit spannende Einsatzfelder, die zunehmend wichtiger werden. Bisher haben sich die dort tätigen Kollegen das notwendige Fachwissen im Laufe vieler Jahre selbst angeeignet. An der SRH Hochschule für Gesundheit haben wir deutschlandweit erstmalig einen spezifischen Studiengang entwickelt, der Arbeits- und Organisationspsychologen ausbildet, die befähigt werden in den Bereichen der Arbeitssicherheit und der betrieblichen Gesundheit die verschiedenen psychologischen Tätigkeiten in Unternehmen, inhaltlich und gesetzlich, umsetzen zu können. Kommen Sie zu uns, wenn Sie Lust darauf haben in diesem stark anwachsenden Arbeitsmarkt tätig zu werden.

Literatur

- Ellwart, T., Hertel, G., Lang, J., Ohly, S. & Trimpop, R. (2015). Arbeitsgruppenbericht „Perspektiven für die AOW-Psychologie in Bachelor- und Masterstudienfächer“ im Auftrag: Fachgruppe Arbeits-, Organisation- und Wirtschaftspsychologie (AOW) der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs).
- Rehmer, S., Bornmann, S. & Trimpop, R. (2016). Aus 2 mach 3 – Eine Zukunftsvision?! Der Arbeitspsychologische Dienst zur Betreuung von Unternehmen im Rahmen der DGUV, Vorschrift 2. In Wieland, R., Seiler, K. & Hammes, M. (2016). 19. Workshop Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Assanger: Kröning.
- Trimpop, R. (2015). Lösungsvorschläge des PASIG „Arbeitsschutz als interdisziplinäre Gemeinschaftsaufgabe“ in DGUV Forum 4/15, S. 25.

Kapitel 12.5: Die Potentiale einer hochschulischen Qualifizierung in den Pflegeberufen

Sieger, Margot

Ausgangslage

„Die Sicherung einer qualitativen Pflegeversorgung ist eine der gesellschaftspolitisch wichtigen Aufgaben der nächsten Jahre“, so die Einschätzung der Bundesregierung im Gesetzentwurf zur Neuordnung der Pflegeberufe (PfLBRefG 2016, S. 1). Die Betonung der qualitativen Erfordernisse begründet sich durch die demographischen Entwicklungen, die damit einhergehende quantitativ und qualitativ angestiegene pflegerische Versorgung älterer Menschen, Chronizität in den Krankheitsverläufen, Multimorbidität sowie die zunehmend komplexeren medizinischen Interventionen. Damit korrespondieren Prozesse des sozialstrukturellen Wandels, die verbunden sind mit einer Individualisierung der Lebensstile und einem Wandel der Generationenbeziehungen. Dies führt zu zunehmenden ökonomischen Zwängen im Gesundheitssystem und zu Veränderungen der sozialen Sicherungssysteme. Gleichzeitig steigen Erwartungen und Ansprüche der Bevölkerung gegenüber Versorgungs- und Pflegeleistungen (BMFSFJ 2008).

Entwicklungsschritte

Um diesen Herausforderungen begegnen zu können erfolgte als erster Schritt in den 90iger Jahren die Einrichtung von Studiengängen mit dem primären Ziel, die Wissenschaftsentwicklung der Pflege voranzubringen, um pflegerisches Handeln über wissenschaftlich fundierte Ansätze begründen zu können und wissenschaftlich fundierte Handlungskonzepte der pflegerischen Praxis zur Verfügung zu stellen. Auch

der Wissenschaftsrat hält es für erforderlich pflegerisches, therapeutisches oder geburtshelferisches Handeln auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnis zu reflektieren, die gewachsene Komplexität erfordert vermehrt so genannte 'Reflective Practitioners' (Wissenschaftsrat 2012, S. 78)

Mit den Forderungen der Europäisierung des Bildungssystems, beispielhaft Bologna Declaration 1999, die Studiengänge im deutschen Hochschulsystem auf drei Stufen in der

Qualifizierung umzustellen (B. A., M. A., Ph. D.), stellte sich auch für die Pflegestudiengänge nach zehn Jahren die Frage nach einer europäischen Kompatibilität ihrer Bildungsgänge. Da auf europäischer Ebene die Primärqualifikation der Pflege auf Hochschulebene etabliert ist, der Gesetzgeber und die Gesundheitspolitik in der BRD einen solchen Schritt jedoch nur zögerlich beförderten, entstanden auf der BA-Ebene sowohl auf der Erstausbildung aufbauende Studiengänge mit unterschiedlichen Schwerpunkten, wie Management, Pädagogik, Beratung, Case Management, als auch sogenannte duale bzw. berufsintegrierende Studiengänge (Sieger 2001, Sieger 2005, Olbrich & Sieger 2007, Sieger 2010).

Der Studiengang Pflege an der SRH Hochschule für Gesundheit mit dem Abschluss Bachelor of Science (B. Sc.) ist ein auf der Erstausbildung aufbauender Studiengang. Das Spezifische dieses Studiengangs liegt in der Verbindung der hochschulischen Qualifizierung mit einer Spezialisierung in der Pflege, hier der onkologisch, palliativen Pflege oder der Intensivpflege. Damit wird eine klassische Weiterbildung, die in der Regel über Landesrecht geregelt ist, auf das Niveau einer hochschulischen Qualifizierung gebracht, so dass der Studierende mit einem Mehr an Kompetenzen in ein spezifisches Handlungsfeld geht. Diese Schwerpunktsetzung wird fakultativ ergänzt mit einem Akzent in der Beratung und Anleitung oder dem Akzent des Case Managements. Im günstigsten Fall kann der Studierende das Studium mit drei Abschlüssen abschließen, B. Sc. Pflege, Fachgesundheits- und Krankenpflegerin für Intensivpflege bzw. palliativ, onkologische Pflege und der Qualifizierung zum Case Manager. Innerhalb der Hochschule in Gera bietet sich ebenfalls die Chance, bei der Akzentuierung im Feld der Beratung und Anleitung und bei entsprechendem Interesse, unmittelbar in den MA Studiengang Medizinpädagogik zu wechseln.

Zukünftige Perspektiven

Die zukünftigen Entwicklungen liegen allerdings in einer Stufung der Qualifizierung. Die Erstausbildung sollte, entsprechend der europäischen Kompatibilität und in Anpassung an einen europäischen Arbeitsmarkt, auf der Bachelor Ebene angesiedelt bleiben, alle weiterführenden Qualifikationen und Spezialisierungen gehören auf die Master Ebene, siehe hierzu auch den Fachqualifikationsrahmen der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (Hülsken-Giesler & Korporal 2015).

Allerdings wird dieser naheliegende Qualifizierungsweg in der BRD, trotz der enormen qualitativen Herausforderungen in der Pflegeversorgung, durch den rechtlichen Sonderstatus der Zugehörigkeit 'zu den Heilberufen und zum Heilgewerbe' und der damit einhergehenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes nicht so leicht umzusetzen sein. Der Gesetzgeber entscheidet über die Berufszulassung, die noch immer an den Abschluss gemäß Krankenpflegegesetz (2003 § 3) an einer Fachschule bzw. an einer Schule des Gesundheitswesens gebunden ist.

Hochschulische Kompetenz ist allerdings gefordert, wenn in einem solchen Studiengang ein Modellvorhaben zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur selbständigen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten erprobt werden (G-BA Richtlinie nach § 63 Absatz 3 c SGBV, KrPfG 2003 § 3ff). Dieser Anteil der Qualifizierung liegt allein in der Hand der Hochschule. In einem solchermaßen konzipierten Studiengang geht es darum, einen neuen Typus in den primärqualifizierenden Studiengängen für die Pflegeberufe zu entwickeln und als Modellversuch zu erproben. Der neue Typus des Studiengangs zeichnet sich dadurch aus, dass die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin in ein Bachelorstudium integriert wird. Mit der Qualifizierung zur Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten wird gleichzeitig das Handlungsfeld für diese Absolventen erweitert und über die Absicherung der Kostenträger auch eine Anschlussfähigkeit an die bestehenden klinischen Strukturen im Gesundheitswesen, was die Zuschnitte der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche betrifft, erreicht.

Genau diese Verlagerung der institutionellen Bindung an die Hochschulen wird im aktuellen Entwurf eines Gesetzes zur Reform

der Pflegeberufe angestrebt (PflBRefG 2016 § 37 ff.). Damit wird klar gestellt, „die primärqualifizierende Pflegeausbildung an Hochschulen befähigt zur unmittelbaren Tätigkeit an zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und verfolgt gegenüber der beruflichen Pflegeausbildung [...] ein erweitertes Ausbildungsziel“ (PflBRefG 2016 § 37 Abs. 1). Zum 17. Juli 2017 wurde das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe verabschiedet und tritt am 1.1.2020 in ihren wesentlichen Punkten in Kraft. Damit soll eine hochschulische Ausbildung die Studierenden befähigen hochkomplexe Pflegeprozesse zu steuern und zu gestalten, durch vertieftes Wissen die Weiterentwicklung gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung maßgeblich mitgestalten. Die weiterführenden Zielsetzungen beziehen sich auf die Befähigung sich Forschungsgebiete zu erschließen sowie forschungsbasierte Problemlösungen in berufliches Handeln zu überführen.

Im Rahmen des Ausbildungsziels kann die Hochschule darüber hinaus eigene Schwerpunkte setzen. Die Gesamtverantwortung für die theoretischen und praktischen Lehrveranstaltungen liegt zukünftig in den Händen der Hochschule. Damit umfasst die hochschulische Prüfung auch die staatliche Prüfung zur Erlangung der Berufszulassung. Allerdings sind die „Modulprüfungen.... unter dem gemeinsamen Vorsitz von Hochschule und Landesbehörde durch ...[zuführen]. Die zuständige Landesbehörde kann die Hochschule beauftragen, den Vorsitz auch für die die zuständige Landesbehörde wahrzunehmen“ (PflBRefG 2017 § 39).

Aus der Perspektive hochschulischer Bildung sind primärqualifizierende Studiengänge am ehesten geeignet, zukünftig berufliche Entwicklungspotenziale zu eröffnen, da sie horizontale und vertikale Durchlässigkeit schaffen und Spezialisierungen erlauben. Durch die europäische

Kompatibilität eröffnen sie erweiterte Optionen auf einem europäischen Arbeitsmarkt und sind in der klinischen Pflegepraxis ein sicherer Garant für eine produktive Diskussion über Neuzuschnitte der Aufgaben und Verantwortungsbereiche der Health Professionals. Gleichzeitig ermöglichen es die Curricula eines solchen Studiengangs, inhaltliche Entwürfe für ein, den prognostizierten Entwicklungen angepasstes Profil zu erproben und damit den zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen zu entsprechen (SVR 2000/ 2001, 2007,

2009; Sieger 2011). Die SRH Hochschule für Gesundheit eignet sich in besonderer Weise, einen solchen Studiengang in Angriff zu nehmen, die Handlungsfelder für die Praxis sind vor Ort. Der gemeinsame fachliche Dialog zu aktuellen Themen der Gesundheit ist zwischen dem Waldklinikum Gera und der Hochschule bereits erfolgreich etabliert.

Literatur

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2008):
Pflegeausbildung in Bewegung. Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung, Berlin.

Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 56 (2004): *Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung weiterer Gesetze (KrPflG)* v. 21.07.2003, S. 1442-1458, geändert (BGBl. I S. 1776) v. 21.07.2004, zuletzt geändert in der Fassung BGBl. I S. 2657-2660 v. 22.10.2004; s. auch: ABl. EG (Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaft) (2005): Notifizierung der Berufsbezeichnung der Krankenschwester und des Krankenpflegers, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind (2005/C 123/05) mit dem Eintrag für Deutschland: Gesundheits- und Krankenpflegerin / Gesundheits- und Krankenpfleger v. 21.05.2005, S. 123/6, Brüssel.

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2017 *Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PfBRefG)*

Deutscher Bundestag – 18.Wahlperiode Drucksache 18/7823 vom 09.03.2016 *Ge-setzentwurf der Bunderegierung: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PfBRefG).*

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011): *Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erzfassung der Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3 c SGBV (Richtlinie nach § 63 Abs. 3 c SGBV)* vom 20. Oktober 2011.

Hülksen-Giesler M. & Korporal J. (Hrsg.) (2013): Autorinnen und Autoren: Daniel B., Dütthorn N., Fesenfeld A., Greb U., Hülksen-Giesler M., Korporal J., Müller A. C., Recken H., Sieger M.: *Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschuliche Bildung*. Berlin: Purschke & Hensel.

Olbrich, C.H., Sieger, M. (2007): *Duale Studiengänge – der neue Kompromiss in der pflegerischen Qualifizierung*. In: Pflege & Gesellschaft 12 (3) 278 – 282.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2000/2001): *Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Band 2. Baden-Baden: Nomos-Verlag.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2007): *Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung.* Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2009): *Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration -Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens.* Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Sieger, M. (Hrsg.) (2001): *Pflegepädagogik, Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung.* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Sieger, M. & Kunstmann, W. (2003): *Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung,* Frankfurt/ Main: Mabuse.
- Sieger, M. (2010): *Transformationen in der Krankenpflege nach 1945 - zwischen Professionalisierung und Deprofessionalisierung.* In: Kaiser J.-Ch., Scheepers R. (Hrsg.): *Dienerinnen des Herrn – Beiträge zur Weiblichen Diakonie im 19. und 20. Jahrhundert.* Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 164 – 183.
- Wissenschaftsrat (2012): *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen,* Drs. 2411-12, Berlin 13.07.2012.

Kapitel 13: Success stories

Troll, Diana; Simchen-Schubert, Sabrina & Eichmann, Björn

Welchen Karriereweg kann ich mit dem Studium verfolgen, welcher Job passt überhaupt zu mir und wo kann ich ein Praktikum absolvieren, das mir möglichst facettenreich meine zukünftige Arbeitswelt zeigt? Diese und viele andere Fragen stellen sich Interessenten während der Recherche nach einem geeigneten Studiengang von Beginn an. Immerhin ist das Studienangebot mit derzeit rund 18.044 Studiengängen an 426 Hochschulen³ riesig. Die Wahl des richtigen Studienplatzes ist eine wichtige Entscheidung. Genau aus diesem Grund begleitet die SRH Hochschule für Gesundheit Gera Interessenten und Studierende vom allerersten Tag an: Mit individuellen Beratungsgesprächen, sei es durch Studiengangsleiter, Professoren oder Mitarbeiter des Studierendenservices, sollen noch vor Studienbeginn möglichst lückenlos Antworten auf offene Fragen gefunden werden. Doch auch Möglichkeiten, Chancen, die Notwendigkeit und Risiken sollen aufgezeigt werden, damit sich Studieninteressenten bewusst für ein Studium an der Gesundheitshochschule der SRH entscheiden können. Auch während des Studiums stehen Transparenz, ein individuelles Coaching, eine unvergleichbare Praxisnähe und die Verbundenheit zu den Mitarbeitern im Zentrum des Studienablaufs. Eine Besonderheit liegt im Schwerpunkt der Persönlichkeitsentwicklung der Studierenden. Hierzu bieten die einzelnen Studiengänge fortlaufend persönliche Coachinggespräche an, in welchen die Fachkollegen gemeinsam mit den Studierenden mögliche Perspektiven für eine spätere Berufswahl und persönliche berufliche Schwerpunktsetzungen erarbeiten. In verschiedenen Modulen können die Studierenden Selbsterfahrungsmöglichkeiten sammeln, indem praxisnahe Themen aufbereitet und der Zielgruppe präsentiert werden. Darüber hinaus sammeln die Studierenden

³ Vgl. Hochschulrektorenkonferenz, Statistiken zur Hochschulpolitik, 1|2015, S. 7

bereits während des Studiums umfangreiche Erfahrungen in unterschiedlichen Forschungsprojekten, denn nur wer eigenverantwortlich handelt und lernt, kann über sich hinauswachsen, Wissen und Kompetenzen erwerben und Verantwortung übernehmen – für sich selbst und für andere. All diese Bausteine bereiten die Studierenden der SRH Hochschule für Gesundheit Gera ideal auf eine Karriere im Gesundheitswesen vor und schulen ihre Fachkompetenzen, um später als Experten auf ihrem Gebiet tätig sein zu können.

Seit der Gründung im Jahr 2007 hat die SRH Hochschule für Gesundheit Gera bereits über 700 Absolventen auf diese anspruchsvolle Tätigkeit im Gesundheitswesen vorbereitet. Darauf sind wir, als Gesundheitshochschule der SRH, sehr stolz. Die Karrierewege der einzelnen Absolventen sind dabei so vielseitig, wie das Studium an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera selbst. Viele der Absolventen gingen direkt nach dem Bachelorabschluss in den Job und konnten ihr Wissen und ihre Expertise direkt in der Praxis anwenden. Andere wiederum schlossen nach dem Bachelor einen Master an, sei es an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera oder an einer staatlichen Hochschule in der Bundesrepublik. Besonders freuen wir uns darüber, dass einige unserer Masterabsolventen sich für eine Promotion und damit eine akademische Laufbahn entschieden haben. So hat bereits eine Absolventin des Masterstudiengangs Neurorehabilitation erfolgreich ihre Promotion abgeschlossen. Eine andere Absolventin des Masterstudiengangs Psychische Gesundheit und Psychotherapie wurde erst kürzlich von der Martin Luther Universität in Halle für die Promotion zugelassen.

Im Folgenden haben wir einige Success Stories unserer Absolventen zusammengetragen, auf die wir gemeinsam erfolgreich zurückblicken.

Success Stories unserer Alumni

„An der SRH Hochschule für Gesundheit Gera wird man individuell gefördert und lernt vor allem praktisches Wissen von sehr gut ausgebildeten Dozenten. In kleinen Gruppen kann man sich bestmöglich auf die eigene berufliche Zukunft vorbereiten. Nach dem Studium hat-

te ich zwei interessante Stellenangebote in vollkommen unterschiedlichen Richtungen. Schlussendlich habe ich mich für eine Stelle als Psychologin in der forensischen Psychiatrie entschieden und bin sehr zufrieden mit meiner derzeitigen Tätigkeit.“

Sahra Störch, Alumna Gesundheitspsychologie B. Sc. & Psychische Gesundheit und Psychotherapie M. Sc..

„Am Studium an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera gefiel mir besonders die individuelle Beratung. Wenn es Probleme gab, konnten dies jederzeit mit jeglichen Personen direkt und zeitnah besprochen, sowie in Angriff genommen und gelöst werden. Die Vermittlung der praxisnahen Inhalte und die hervorragende und nachhaltige Arbeitsatmosphäre haben mir den Weg geebnet, für meine jetzige Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.“

Tim Dieterichs, Alumnus Gesundheitspsychologie B. Sc. & Psychische Gesundheit und Psychotherapie M. Sc.

„Das Studium an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera hat mir sehr gut gefallen. Ich fand besonders gut, dass unterschiedliche Module im Curriculum verankert sind, sodass man während des Studiums auf verschiedene berufliche Möglichkeiten vorbereitet wird. Heute bin ich als Bildungsreferentin für den Bereich Gesundheit und Pflege in der Fortbildungsakademie des Diakonischen Bildungsinstitut Johannes Falk in Eisenach tätig. Besonders die erworbenen Fähigkeiten innerhalb des Moduls „Fort- und Weiterbildung“ helfen mir bei der Kalkulation von Fort-, und Weiterbildungsangeboten, sowie die Inhalte der „Fachdidaktik“ bei der Erstellung von Stunden und Modulplänen.“

Carolin Kröcher, Alumna Medizinpädagogik B. A.

„In meinem Studium gefiel mir besonders gut die leichte Vereinbarkeit zwischen Arbeit und Beruf, die individuelle Förderung und der auf die Praxis ausgerichtete Modulinhalt. Ich habe gelernt wissenschaftlich zu arbeiten, Projekte zu organisieren, pädagogisch zu handeln und didaktisch im Unterricht vorzugehen. Während des Studiums zum Bachelor

für Medizinpädagogik wurde ich bereits befristet an einer Krankenpflegeschule in Bayern eingestellt. Mit dem Abschluss folgte eine unbefristete Stelle als Medizinpädagogin, die es mir ermöglicht Kursleiter zu sein. Berufsbegleitend studiere ich nun den Master Medizinpädagogik an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera.“

Steve Priedemann, Alumnus Medizinpädagogik B. A.

„Das Studium an der SRH hat mir sehr gut gefallen. Vor allem die Interdisziplinarität im Studiengang zwischen Physiotherapeuten, Interdisziplinärer Frühförderung und der Ergotherapie. Hier konnten wir uns stets austauschen und spannende Diskussionen führen. In guter Erinnerung sind mir die Exkursionen zum Beispiel nach Kreischa geblieben, bei denen wir einen lehrreichen Einblick in die Frühreha bekamen. Nach dem Studium arbeitete ich in verschiedenen Ergotherapiepraxen und bildete mich in den Bereichen Pädiatrie, Neurologie sowie Handtherapie weiter. Heute besitze ich meine eigene Ergotherapiepraxis in Berlin und bin mit meinem Team stets daran interessiert, evaluierte Konzepte in unseren praktischen Alltag zu integrieren.“

Julia Rothe, Alumna Ergotherapie B. Sc.

„Mein ausbildungsbegleitendes Studium an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera erwies sich mit zunehmender Dauer als eine sehr gute Entscheidung. Das Lernen in einem so hoch qualifizierten und motivierten Umfeld war ein wirklicher Segen und hat mich entscheidend in meiner Entwicklung geprägt. Die Professoren standen uns stets mit Rat und Tat zur Seite, sowohl im Praxis- als auch im Theorienteil. Nach der Beendigung meines Bachelorstudiums stand für mich fest, dass ich auch den weiterführenden Masterstudiengang besuchen werde. Das Studium hat in mir den „Entdeckergeist“ und die Neugier geweckt. Ich bilde mich stetig fort und versuche mir ein möglichst breites Wissen anzueignen. Davon sollen primär die Patienten in meiner eigenen Physiotherapiepraxis profitieren.“

Philipp Schmuck, Alumnus Physiotherapie B. Sc. & Neurorehabilitation M. Sc.

„Besonders gut hat mir der nahe Praxisbezug im Studium gefallen. Im ersten Schritt studierte ich Ergotherapie (B. Sc.) an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera, im Zweiten beschloss ich den Master in Neurorehabilitation (M. Sc.), ebenfalls in Gera, zu ergänzen. Beide Studienabschlüsse haben meinen Werdegang stark beeinflusst. Heute bin ich selbstständige Ergotherapeutin. Nach dem Studium entschloss ich mich eine zweite Praxis in Gera zu eröffnen, um das erlernte Wissen noch weiter auszubauen und praktisch umzusetzen. Schwerpunkt in beiden Praxen ist die Neurologie.“

Astrid Stahlmann, Alumna Ergotherapie B. Sc. & Neurorehabilitation M. Sc.

