

**Erster Zwischenbericht
15. Februar 2013**

„Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW“

Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen

Abt. 4 Qualifikations- und Curriculumforschung:

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck
Sabine Muths

Abt. 3 Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung:

Prof. Dr. Stefan Görres
Helen Beckmann
Christin Adrian
Dr. Martina Stöver
Jaqueline Bomball

Katholische Stiftungsfachhochschule München

Prof. Dr. Bernd Reuschenbach

gefördert vom:

**Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen**



Einleitung

Lt. Vertrag zwischen dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, NRW (MGEPA) und der Universität Bremen startete die Laufzeit des Projekts „Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW“ am 1. März 2012. Am 20. März 2012 fand eine erste inhaltliche konkretisierende Absprache mit Vertreter/innen des MGEPA und am 26. April 2012 die Kick-Off Veranstaltung mit Vertreter/innen aller Modellstudiengänge und Vertreter/innen des MGEPA in Düsseldorf statt. Nicht zuletzt aufgrund von Verzögerungen beim Vertragsabschluss (der letztlich erst im September 2012 zustande kam) begannen die Arbeiten etwas später als geplant am 1. Mai 2012. Neben dem Kennenlernen der Studiengänge standen in der ersten Projektphase zunächst die Arbeiten an Arbeitspaket A „Darstellung des Status Quo“ im Mittelpunkt. Dieses Arbeitspaket wurde inzwischen abgeschlossen, die Ergebnisse sind Gegenstand dieses ersten Zwischenberichts. Aber auch Arbeiten im Rahmen von Arbeitspaket B „Evaluationssynthese“ wurden aufgenommen. Eine Auflistung der durchgeführten Leistungen sind der untenstehenden Aufstellung zu entnehmen. Von den ersten Ergebnissen dieses Arbeitspakets werden wir im nächsten Zwischenbericht berichten, der für den 30.11.2013 angesetzt ist.

Das Evaluationsteam strebt weiterhin eine enge Zusammenarbeit mit dem Ministerium sowie den Modellstudiengängen an. Ein gemeinsamer Termin mit Vertreter/innen der Modellstudiengänge und des MGEPA im Ministerium in Düsseldorf ist für den 24. Mai 2013 geplant. In diesem Zusammenhang möchten wir uns schon jetzt für die gute Zusammenarbeit und die konstruktiven Diskussionen bei allen Beteiligten bedanken und freuen uns auf einen weiterhin anregenden Austausch und erfolgreichen Projektverlauf.

Aufstellung der zentralen Arbeiten bis zum 15. August 2012

- Kick Off - Veranstaltung mit den Vertreter/innen der Modellstudiengänge am 26. April 2012 in Düsseldorf
- Erstbesuch bei allen Modellstudiengängen in den Monaten Juni und Juli mit Vorstellung der Studiengänge und Abstimmung des Evaluationsdesigns hinsichtlich der Besonderheiten der Studiengänge
- Absprache der geplanten Erhebungen und Konsentierung mit den Datenschutzbeauftragten der Hochschulen

- **Leistungspaket A**
 - Literaturrecherche, - analyse und –synthese
 - Abfassung von Texten

- **Leistungspaket B**
 - Sichtung der Evaluationsberichte

Aufstellung der zentralen Arbeiten bis zum 31. Dezember 2012

Leistungspaket A

- Literaturrecherche, -analyse und –synthese
- Abfassung von Texten (5 Status Quo – Berichte)
- Ableiten der Qualitätsdimensionen
- Diskussion der Status Quo – Berichte und der Qualitätsdimensionen mit den Expertinnen für Hebammenwissenschaft, Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie
- Diskussion der Qualitätsdimensionen mit den Vertreter/innen der Modellstudiengänge
- Weiterentwicklung der Qualitätsdimensionen

Leistungspaket B - 2.Intentionen

- Entwicklung der Untersuchungskriterien für die Inhaltsanalyse der Studiengangcurricula
- Diskussion der Untersuchungskriterien mit den Expert/innen für Hebammenwissenschaft, Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie und Weiterentwicklung der Kriterien
- Diskussion der Untersuchungskriterien mit den Vertreter/innen der Modellstudiengänge
- Analyse der ersten Curricula

Leistungspaket B - 3. Qualität der Bildungseinrichtungen

- Sichtung der Evaluationsberichte und Ermittlung von relevanten Angaben für die strukturelle Verknüpfung von Theorie und Praxis als Vorbereitung für die Experten-Fokusgruppen

Leistungspaket B - 4. Qualität der Lehr-/Lernorte

- Planung der Experten-Fokusgruppen

Leistungspaket B - 5. Output (KSFH)

- Sichtung geeigneter Diagnostika zur Kompetenzdiagnostik
- Übersetzung, Rückübersetzung und semantische Validierung zweiter Textinstrumente zur Erfassung der Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit

Leistungspaket B – 7. Bewertung

- Planung und Konzeption der 1. Online-Erhebung bei den Studierenden (Kohorte 2010/2011) an den Hochschulstandorten Köln, Rheine, Bochum, Bielefeld und Münster
- Entwicklung des Online-Fragebogens
- Durchführung eines Pretests
- Erstellung von Informationsunterlagen zur Information der Studierenden

- Information zur Online-Erhebung, Abstimmung der Erhebungszeitpunkte und Klärung datenschutzrechtlicher Fragen mit den Vertreter/innen des Modellstudiengangs Bielefeld am 13.09.12
- Mündliche Information zur Online-Erhebung bei den Studierenden in Bielefeld am 4.12.12
- Durchführung der Online-Erhebung (Versand des Zugangscodes an die Modellstudiengänge)

Zusammenarbeit und Abstimmung

- Durchführung eines Expertinnenworkshop mit den Expertinnen für Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie am 20. September in Düsseldorf
- Treffen mit der Expertin für Hebammenwissenschaft am 10. September in Osnabrück
- Treffen mit den Vertreter/innen der Modellstudiengänge am 2. November in Düsseldorf: Vorstellung des aktuellen Stands der Arbeit, Diskussion der Qualitätsdimensionen und der Untersuchungskriterien für die Analyse der Curricula

Status Quo in den Gesundheitsfachberufen

**„Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur
Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in
Nordrhein-Westfalen“**

Prof. Dr. Stefan Görres

Helen Beckmann

Christin Adrian

Dr. Martina Stöver

Jaqueline Bomball

unter Mitarbeit von Melanie Bremer und Salina Schreiber

Wir danken Frau Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck und Herrn Prof. Dr. Bernd Reuschenbach für den konstruktiven Austausch und die wertvollen inhaltlichen Anregungen.

**Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Abteilung „Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung“ (iap)**

Bremen, Februar 2013

Status Quo in den Gesundheitsfachberufen

Abbildungsverzeichnis.....	5
Tabellenverzeichnis.....	7
Abkürzungsverzeichnis.....	8
Kurzzusammenfassung.....	9
1 Ausgangssituation.....	10
1.1 Ziele und Aufbau des Berichtes.....	10
1.2 Rahmenbedingungen für die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe.....	11
1.2.1 Modernisierungsanlässe im Bildungswesen.....	13
1.2.1.1 Bildungspolitische Sonderstellung der Gesundheitsfachberufe.....	13
1.2.1.2 Anforderungswandel an die Gesundheitsfachberufe.....	18
1.2.1.3 Aktuelle und zukünftige Einsatz- und Arbeitsfelder der Gesundheitsfachberufe.....	20
1.2.1.4 Forderungen des Wissenschaftsrates und des Gesundheitsforschungsrates.....	22
1.2.1.5 Berufspolitische Forderungen.....	23
1.2.2 Modernisierungsstrategien und –maßnahmen im Bildungswesen.....	24
1.2.2.1 Bologna Prozess und Studienreform.....	24
1.2.2.2 Europäische und nationale Instrumente zur Verbesserung der vertikalen und horizontalen Mobilität (im Bildungswesen).....	25
1.2.2.3 Gesetze zur Einführung einer Modellklausel.....	26
1.2.3 Aktuelle Studienlandschaft der Gesundheitsfachberufe.....	27
2 Entwicklung in den Gesundheitsfachberufen.....	31
2.1 Gesundheits- und Pflegeberufe.....	31
2.1.1 Aktuelle und zukünftige Versorgungsbedarfe.....	32
2.1.1.1 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit.....	34
2.1.1.2 Aktuelle Fachkräfteentwicklung.....	37
2.1.1.3 Entwicklung der Ausbildungsplätze.....	41
2.1.2 Aus- und Weiterbildung.....	44
2.1.2.1 Aktuelle Ausbildungsstrukturen.....	45
2.1.2.2 Akademisierung.....	47
2.1.2.3 Pflegeausbildung im Ausland.....	52
2.1.3 Berufsspezifische Entwicklungen der Einsatz- und Arbeitsfelder.....	54

2.2	Physiotherapie.....	57
2.2.1	Aktuelle und zukünftige Versorgungsbedarfe	58
2.2.1.1	Inanspruchnahme.....	58
2.2.1.2	Aktuelle Fachkräfteentwicklung	62
2.2.1.3	Entwicklung der Ausbildungsplätze	65
2.2.2	Aus- und Weiterbildung	65
2.2.2.1	Aktuelle Ausbildungsstrukturen	65
2.2.2.2	Akademisierung.....	67
2.2.2.3	Physiotherapieausbildung im Ausland	70
2.2.3	Berufsspezifische Entwicklungen der Einsatz- und Arbeitsfelder	72
2.3	Ergotherapie.....	76
2.3.1	Aktuelle und zukünftige Versorgungsbedarfe in der Ergotherapie	77
2.3.1.1	Inanspruchnahme.....	77
2.3.1.2	Aktuelle Fachkräfteentwicklung	82
2.3.1.3	Entwicklung der Ausbildungsplätze	86
2.3.2	Aus- und Weiterbildung	87
2.3.2.1	Aktuelle Ausbildungsstrukturen	87
2.3.2.2	Akademisierung.....	90
2.3.2.3	Ergotherapieausbildung im Ausland	93
2.3.3	Berufsspezifische Entwicklungen in den Einsatz- und Arbeitsfeldern.....	95
2.4	Logopädie	98
2.4.1	Aktuelle und zukünftige Versorgungsbedarfe	99
2.4.1.1	Inanspruchnahme Logopädie	99
2.4.1.2	Aktuelle Fachkräfteentwicklung	103
2.4.1.3	Entwicklung der Ausbildungsplätze	104
2.4.2	Aus- und Weiterbildung	105
2.4.2.1	Aktuelle Ausbildungsstrukturen	105
2.4.2.2	Akademisierung.....	108
2.4.2.3	Logopädieausbildung im Ausland	112
2.4.3	Berufsspezifische Entwicklungen in den Einsatz- und Arbeitsfeldern.....	114

2.5	Hebammenwesen	117
2.5.1	Aktuelle und künftige Versorgungsbedarfe im Hebammenwesen	118
2.5.1.1	Inanspruchnahme von Hebammenleistungen.....	118
2.5.1.2	2 Aktueller und zukünftiger Fachkräftebedarf	120
2.5.1.3	Entwicklung der Ausbildungsplätze	123
2.5.2	Aus- und Weiterbildung	124
2.5.2.1	Aktuelle Ausbildungsstrukturen	124
2.5.2.2	Akademisierung.....	126
2.5.2.3	Hebammenausbildung im Ausland	129
2.5.3	Berufsspezifische Entwicklungen der Einsatz- und Arbeitsfelder	132
3	Zusammenfassung und Fazit	134
4	Qualitätsdimensionen für die Weiterentwicklung der Modellstudiengänge der Pflege- und Gesundheitsfachberufe (Ingrid Darmann-Finck)	140
5	Literatur	144

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Anzahl Berufsangehörige Gesundheitsfachberufe.....	12
Abb. 2	Akademische Ausbildungsgänge der Gesundheitsfachberufe.....	27
Abb. 3	Entwicklung des Anteils der Altersgruppen in der Bevölkerung (mit Fokus Anteil der über 65-Jährigen).....	33
Abb. 4	Pflegebedürftige der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach Pflegestufen 2011/2012.....	33
Abb. 5	Prognose zur Pflegebedürftigkeit in Deutschland.....	34
Abb. 6	Pflegebedürftige nach Versorgungsart im Jahr 2009.....	35
Abb. 7	Pflegebedürftigkeit nach Art der Betreuung 1999 und 2009 in %.....	36
Abb. 8	Entwicklung der Anzahl der Pflegeschulen 2006 bis 2011.....	42
Abb. 9	Schüler/innen in Pflegeberufen von Schulen des Gesundheitswesens in NRW (Schuljahr 2011/2012).....	44
Abb. 10	Grundständige Studiengänge in der Pflege.....	51
Abb. 11	Anteil der Leistungsbereiche in der GKV.....	58
Abb. 12	Heilmittelanzahl Physiotherapie.....	59
Abb. 13	Heilmittelanzahl Physiotherapie nach Altersgruppen.....	60
Abb. 14	Die fünf umsatzstärksten Heilmittel der Physiotherapie.....	61
Abb. 15	Anzahl der Physiotherapeuten/innen in Deutschland.....	62
Abb. 16	Physiotherapeuten/innen (total in Tausend) im deutschen Gesundheitswesen nach Altersgruppen im Zeitraum von 2000 bis 2010.....	63
Abb. 17	Versorgungsbereiche Physiotherapie.....	64
Abb. 18	Entwicklung der Anzahl von Absolventen/innen in der Physiotherapie.....	65
Abb. 19	Studiengänge der Physiotherapie.....	68
Abb. 20	Ausgewählte primärqualifizierende Ausbildungsstrukturen im europäischen Ausland (NL, GB, A).....	71
Abb. 21	Heilmittelumsatz Ergotherapie.....	78
Abb. 22	Heilmittelanzahl Ergotherapie.....	79
Abb. 23	Heilmittelanzahl Ergotherapie nach Altersgruppen.....	80
Abb. 24	Die drei umsatzstärksten Heilmittel der Ergotherapie.....	81
Abb. 25	Altersstruktur innerhalb der therapeutischen Berufe.....	82
Abb. 26	Einsatzgebiete angestellter Ergotherapeuten/innen.....	83
Abb. 27	Entwicklung der Anzahl von Ergotherapie-Praxen (2003-2012).....	84
Abb. 28	Anzahl Ergotherapeuten/innen in Pflegeheimen.....	85
Abb. 29	Schulentwicklung der grundständigen Ausbildung.....	86
Abb. 30	Entwicklung der Anzahl von Absolventen/innen in der Ergotherapie.....	87

Abb. 31	Nachweise zur Ausbildungsqualität	89
Abb. 32	Studiengänge der Ergotherapie.....	91
Abb. 33	Ausgewählte primärqualifizierende Ausbildungsstrukturen im europäischen Ausland (NL, GB, A)	95
Abb. 34	Heilmittelumsatz Logopädie	99
Abb. 35	Heilmittelanzahl Logopädie	101
Abb. 36	Heilmittelanzahl Logopädie nach Altersgruppen.....	102
Abb. 37	Einsatzgebiete Logopädie	104
Abb. 38	Entwicklung der Anzahl von Absolventen/innen in der Logopädie	105
Abb. 39	Ausbildungsformen der Logopädie	107
Abb. 40	Studiengänge der Logopädie	111
Abb. 41	Ausgewählte primärqualifizierende Ausbildungsstrukturen der Logopädie im europäischen Ausland (NL, GB, A)	114
Abb. 42	Entwicklung der Ausgaben für Schwangerschaft (ohne stationäre Entbindung) ...	119
Abb. 43	Beschäftigte Hebammen in Deutschland von 2000 bis 2010 pro 1.000 Einwohner.....	120
Abb. 44	Beschäftigte Hebammen in ambulanten und stationären Einrichtungen von 2000 bis 2010	122
Abb. 45	Hebammen (total in Tausend) im deutschen Gesundheitswesen nach Altersgruppen im Zeitraum von 2000 bis 2010	122
Abb. 46	Anzahl der Hebammenschülerinnen bundesweit insgesamt sowie davon im 1. Ausbildungsjahr von 2003 - 2011	123
Abb. 47	Studiengänge Hebammenwesen.....	129

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Rechtliche Grundlagen der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen.....	14
Tab. 2	Bachelor und Masterstudiengänge in den Gesundheitsfachberufen	30
Tab. 3	Pflegebedürftige (absolut, je 100.000 Einwohner) von 1999 bis 2009 nach Art der Betreuung (alle Pflegestufen)	37
Tab. 4	Beschäftigte in Pflegeberufen nach Qualifikation (1999 bis 2009); ohne Pflege- personal in Funktionsdiensten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabili- tationseinrichtungen.....	39
Tab. 5	Entwicklung der Schüler/innenzahlen in der Pflege für die Schuljahre 2006/2007 bis 2011/2012	43
Tab. 6	Entwicklung der Hochschulausbildung in der Pflege.....	50
Tab. 7	Ländervergleich Pflegeausbildung.....	53
Tab. 8	System der Qualifikationsstufen 1-5 in den Niederlanden.....	54
Tab. 9	Ländervergleich Physiotherapieausbildung	70
Tab. 10	Entwicklung der Studiengänge in der Ergotherapie	90
Tab. 11	Ländervergleich Ergotherapieausbildung.....	93
Tab. 12	Ländervergleich Logopädieausbildung	112
Tab. 13	Ländervergleich Hebammenausbildung.....	130

Abkürzungsverzeichnis

AG MTG	Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
ASHA	American Speech-Language-Hearing Association
BDSL	Bundesverband Deutscher Schulen für Logopädie
BfHD	Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e. V.
BLAWP	Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“
BLGS	Bundesverband Lehrende Gesundheits-und Sozialberufe
COTEC	Council Occupational Therapists European Countries
CPLOL	Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne
dbI	Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V.
dbS	Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten
DBR	Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe
DPR	Deutscher Pflegerat
DHV	Deutscher Hebammenverband e.V.
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.
ENOTHE	European Network of Occupational Therapy in Higher Education
EQR	Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen
ICM	International Confederation of Midwives
MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
MAGS	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
WCPT	World Confederation for Physical Therapy
WFOT	World Federation of Occupational Therapists
ZVK	Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V.

Kurzzusammenfassung

Mit dem Ziel der langfristigen Sicherung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung – z. B. durch neue Formen der Kooperation zwischen Medizin und Pflege – und der Vereinheitlichung der europäischen Bildungssysteme ist die Akademisierung der Pflege-, der therapeutischen Gesundheitsfachberufe und des Hebammenberufs derzeit eine gesellschaftliche Notwendigkeit. Während die Erstausbildung in diesen Berufen international zum Teil bereits seit vielen Jahrzehnten fest an den Hochschulen verankert ist, findet sie in der Bundesrepublik zurzeit noch zu einem großen Teil an Berufsfachschulen statt. Seit Inkrafttreten der pflegerischen Berufsgesetze 2003 und 2004, sowie dem Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden/innen, Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen (ModellKIG) 2009 können nun auf der Grundlage der jeweiligen Modellklauseln duale bzw. primärqualifizierende Studiengänge entwickelt und eingerichtet werden, die neben dem Bachelorabschluss auch zu einer Berufszulassung führen. Das Bundesland Nordrhein-Westfalen hat in den letzten Jahren Modellstudiengänge genehmigt, die nun im Auftrag für das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) extern vom Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen, und der Katholischen Stiftungshochschule München evaluiert werden sollen.

Der vorliegende Bericht zum Status Quo in den Pflege- und Therapeutischen Gesundheitsfachberufen stellt den ersten Baustein (Arbeitspaket A) innerhalb der Evaluation der Modellstudiengänge dar. Die Ergebnisse (Recherchezeitraum: Mai 2012 bis September 2012) liefern einen umfassenden Überblick über aktuelle Entwicklungen in den jeweiligen Berufen und geben darüber hinaus wichtige Hinweise für die zukünftige Weiterentwicklung der Berufsfelder und Ausbildungsstrukturen. Inhaltlich werden verschiedene Fragestellungen zu aktuellen und zukünftigen Versorgungsbedarfen, Einsatz- und Arbeitsfelder sowie Ausbildungsstrukturen der einzelnen Gesundheitsfachberufe untersucht. In Form von „Qualitätsdimensionen“ wurden darüber hinaus Anforderungen bzw. Handlungserfordernisse herausgearbeitet, die für eine zukunftsweisende Gestaltung der Modellstudiengänge relevant sind.

1 Ausgangssituation

Innerhalb der Pflege- und Therapeutischen Gesundheitsfachberufe ist viel in Bewegung. Die Pflege- und Gesundheitsbranche ist einer der größten Arbeitgeber. Durch die demographischen Entwicklungen ergeben sich qualitative und quantitative Veränderungen in den Versorgungsanforderungen. Daneben führt eine anhaltend schwierige Personal- und Finanzierungssituation im Gesundheitswesen zu Neuausrichtungen in diversen Feldern dieser Berufsgruppen. Während auf der einen Seite, insbesondere innerhalb der Pflegeberufe, ein ernstzunehmender Fachkräftemangel bereits heute zu beobachten ist – es also um die rein quantitative Bewältigung von Aufgaben geht – ist es andererseits innerhalb der letzten Jahre bzw. Jahrzehnte zu immer höheren Anforderungen an die Qualität der Leistungen der Gesundheitsfachberufe gekommen. Unter anderem wird damit die Akademisierung dieser Berufsfelder begründet.

Die Akademisierung von Pflege- und therapeutischen Gesundheitsfachberufen ist in Nordrhein-Westfalen innerhalb der letzten Jahre zu einem wichtigen Bestandteil der Erstausbildungen dieser Berufsgruppen geworden. Hier ist vor allem die Einrichtung dualer Studiengänge für diese Berufsfelder zu beachten, die jetzt einer externen wissenschaftlichen Evaluation unterzogen werden sollen. Das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen, vertreten durch Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck und Prof. Dr. Stefan Görres sowie Prof. Dr. Bernd Reuschenbach von der Katholischen Stiftungshochschule München übernehmen diesen Auftrag für das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA).

1.1 Ziele und Aufbau des Berichtes

Der vorliegende Bericht beschreibt den Status Quo in den Pflege- und Therapeutischen Gesundheitsfachberufen. Relevante Berufsgruppen dieser Studie sind für die Pflegeberufe die: Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe die Berufsfelder Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie sowie das Hebammenwesen.

Der Bericht mit der Erfassung des Ist-Zustandes in den Pflege- und Therapeutischen Gesundheitsfachberufen stellt den ersten Baustein (Arbeitspaket A) innerhalb der Evaluation der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen dar. Das Arbeitspaket A umfasst die Darstellung des „Status Quo“ in den jeweiligen Gesundheitsfachberufen auf der Basis einer umfassenden und systematischen Internet- und Literaturrecherche. In die Recherche wurden neben einschlägiger Fachliteratur auch Fachdatenbanken sowie Quellen von berufspolitischen Vertretungen bzw. Verbänden einbezogen. Des Weiteren wurden Daten des Statistischen Bundesamtes und der Krankenkassen (GKV) für spezifische Auswertungen und Darstellungen genutzt. Aufgrund der anhaltenden rasanten Entwicklung in den jeweiligen Gesundheitsfachberufen kann durch den zeitlich eingeschränkten Recherchezeitraum (Mai 2012 – August 2012) kein Anspruch auf Vollständigkeit der Daten erhoben werden.

Um den Besonderheiten der jeweiligen Gesundheitsfachberufe Rechnung zu tragen und angemessen in die Darstellung miteinfließen zu lassen, wurden zusätzlich externe fachspezifische Expertinnen hinzugezogen: Prof. Dr. Mieke Wasner für die Physiotherapie, Prof. Dr. Ulrike Marotzki für die Ergotherapie, Prof. Dr. Hilke Hansen für die Logopädie und Prof. Dr. Claudia Hellmers für das Hebammenwesen. Die externen Expertinnen wur-

den in Rahmen von einzelnen Fachgesprächen im September 2012 aufgesucht, um Anregungen und (berufsspezifische) Ergänzungen in den Bericht aufzunehmen.¹

Inhaltlich werden in dem Status Quo Bericht folgende Fragestellungen aufgegriffen, die in den Kapiteln 2.1 - 2.5 für die jeweiligen Gesundheitsfachberufe beantwortet werden:

- Welche aktuellen und zukünftigen Versorgungsbedarfe können identifiziert werden?
- Wie stellt sich die derzeitige Ausbildungslandschaft dar und wie sind konkrete Ausbildungsstrukturen für die einzelnen Berufe gestaltet?
- Welche zukünftigen Einsatz- und Arbeitsfelder sind in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit zu identifizieren?
- Wie müssen die Ausbildungsstrukturen weiterentwickelt werden, um zukünftigen Anforderungen gerecht zu werden?²

Während das Einführungskapitel (Kap. 1.2) einen Gesamtüberblick über die aktuellen bildungspolitischen sowie gesundheits- und berufspolitischen Entwicklungen in den Gesundheitsfachberufen gibt, werden in Kapitel 2 (Kap. 2.1- 2.5) zur Beantwortung der o. g. Fragen die aufgeführten Gesundheitsfachberufe mit ihren aktuellen und zukünftigen Versorgungsbedarfen, Aus- und Weiterbildungssituationen sowie berufsspezifischen Entwicklungen der Einsatz- und Arbeitsfelder analysiert. Dabei wird der inanspruchnahmeorientierte Bedarf (z. B. Inanspruchnahme von Heilmitteln, Kosten, Indikatoren, wie bspw. Geburtenrate und Pflegebedürftigkeit) ebenso wie der angebotsorientierte Bedarf (z. B. Fachkräfteentwicklung, Anzahl der Schulen und Ausbildungsplätze) berücksichtigt. Es folgt jeweils eine ausführliche Darstellung der aktuellen Aus- und Weiterbildungssituation der Gesundheitsfachberufe, die sowohl die nicht akademische als auch akademische Ausbildungssituation umfasst (Kap. 2.1.2- 2.5.2). Weiterhin werden exemplarisch Länder (z. B. Niederlande, Schweden, Großbritannien, Österreich und Dänemark) zu einem Vergleich herangezogen (vgl. Kap. 2.1.2.3 – 2.5.2.3). Darüber hinaus findet eine Darstellung der berufsspezifischen Entwicklungen der Einsatz- und Arbeitsfelder statt, mit der „Besonderheiten“ im jeweiligen Berufsfeld Rechnung getragen werden soll (Kap. 2.1.3 – 2.5.3). Im anschließenden Kapitel 3 werden die Ergebnisse des Berichtes zusammengefasst und ein Fazit gezogen.

Aufbauend auf die beschriebene Ist-Situation werden im Kapitel 4 wesentliche Qualitätsdimensionen generiert, die für eine zukunftsweisende Gestaltung von Ausbildungsstruktur und Weiterentwicklung der Modellstudiengänge als hochrelevant eingeschätzt werden.

1.2 Rahmenbedingungen für die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe

Begriffserklärung Gesundheitsfachberufe

Der Begriff Gesundheitsfachberufe wird häufig mit den Bezeichnungen nicht-ärztliche Heilberufe oder Hilfsberufe, nicht-akademische Gesundheitsberufe oder Medizinalfachberufe synonym verwendet. Es handelt es sich in Deutschland hierbei um Berufe, die im Rahmen dreijähriger Ausbildungen überwiegend an Berufsfachschulen³ ausgebildet werden. Die Angehörigen der Gesundheitsfachberufe werden grundsätzlich in allen Berei-

¹ An dieser Stelle möchten wir den Expertinnen für ihr großes Engagement und ihre Mithilfe herzlich danken.

² Zur Beantwortung dieser Frage werden im Kap. 4 relevante Qualitätskriterien generiert, die als richtungsweisend für die Weiterentwicklung der Ausbildungsstrukturen in den Gesundheitsfachberufen erachtet werden.

³ Sog. „Schulen der besonderen Art“ vgl. Kap.1.2.1.1

chen der gesundheitlichen Versorgung tätig, wobei sich der Inhalt und Begrenzungen der Tätigkeiten gemäß der Ausbildung (Qualifikation) und den Kompetenzen sowie gesetzlicher Vorbehaltsregelungen ergeben (Igl 2011).

Zu den Gesundheitsfachberufen zählen (nach Bals 2010):

- **Berufe der Primärversorgung** (z. B. *Med.-technische/r Assistent/in, Pharmazeutisch-technische/r Assistent/in, Rettungsassistent/in etc.*)
- **Pflegeberufe** (z. B. *Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in, Altenpfleger/in, Altenpflegehelfer/in, Hebamme / Entbindungspfleger, Pflegeassistent/in, Pflegeassistent/in, Fachkrankenpfleger/in Intensivpflege/ Anästhesie etc.*)
- **Therapeutisch- rehabilitative Berufe** (z. B. *Ergotherapeut/in, Physiotherapeut/in, Logopäde/in, Orthoptist/in, Heilerziehungspfleger/in etc.*)
- **Präventionsberufe** (z. B. *Diätassistent/in, Gesundheitsaufseher/in etc.*)
- **Gesundheitshandwerkerberufe** (z. B. *Orthopädietechniker/in (-meister/in), Zahntechniker/in (-meister/in) etc.*)

Im Jahr 2011 waren rund 4,9 Millionen Menschen in Deutschland und damit etwa jeder neunte Beschäftigte im Gesundheitswesen tätig (Statistisches Bundesamt 2011b). Die zahlenmäßig größte Beschäftigtengruppe des Gesundheitswesens stellen die Pflegeberufe dar, die neben der Gesundheits- und Krankenpflege und der Kinderkrankenpflege auch die Altenpflege umfassen. Die Abbildung 1 gibt Aufschluss darüber, wie viele Berufsangehörige gegenwärtig in den jeweiligen Gesundheitsfachberufen auf die sich der vorliegende Bericht bezieht in Deutschland tätig sind. Die Zahlen beruhen auf Quellen des Statistischen Bundesamtes sowie der Berufsverbände (Statistisches Bundesamt 2011b⁴; CO-TEC 2012; dbl 2010a; Simon 2012). Da insbesondere die Datenlage der therapeutischen Berufe sehr defizitär und statistisch ungenau dokumentiert ist, handelt es sich überwiegend um Schätzungen.

Anzahl Berufsangehöriger der Gesundheitsfachberufe

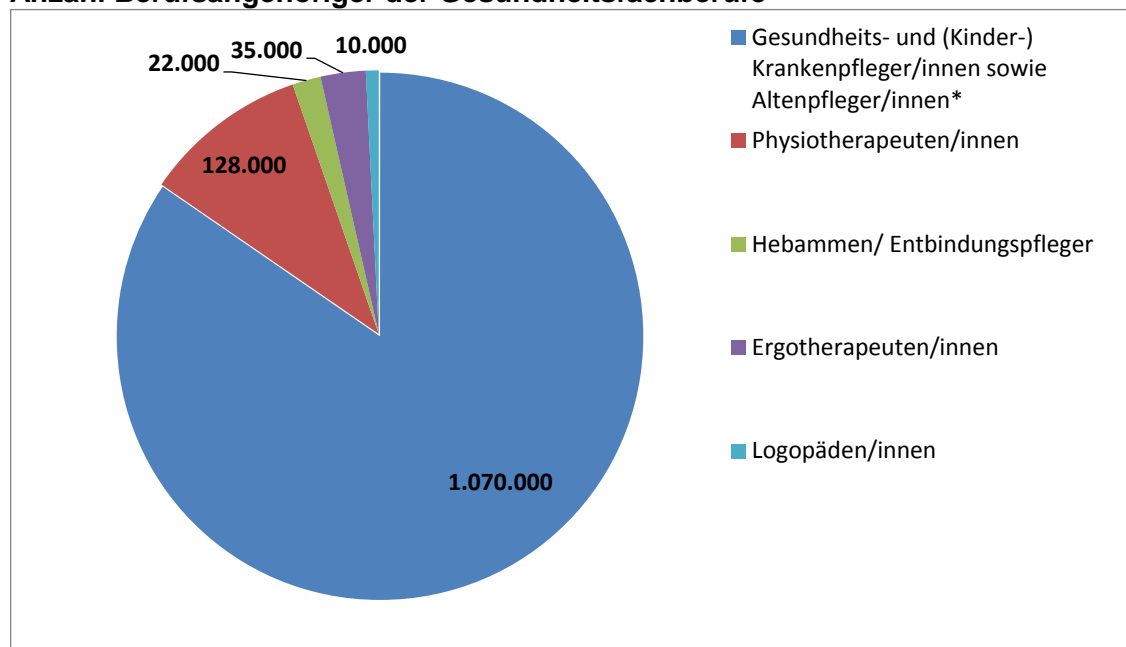


Abb. 1 Anzahl Berufsangehörige Gesundheitsfachberufe

Quelle: Eigene Darstellung

* etwa 1,07 Mio. qualifizierte und unqualifizierte Beschäftigte in Pflegeberufen (ohne Pflegekräfte in Funktionsdiensten)

⁴ Für Physiotherapie und das Hebammenwesen

Begriffserklärung Akademisierung

Der Begriff „Akademisierung“ steht für eine Anhebung des grundständigen Qualifikationsniveaus der Gesundheitsfachberufe von der sekundären (Berufsfachschulen) auf die tertiäre Ebene des Bildungssystems (Hochschulen).

1.2.1 Modernisierungsanlässe im Bildungswesen

Das folgende einführende Kapitel liefert einen Überblick über Modernisierungsanlässe im Bildungswesen der Gesundheitsfachberufe, die sich aus bildungs-, gesundheits- sowie berufspolitischer Sicht ergeben.

1.2.1.1 Bildungspolitische Sonderstellung der Gesundheitsfachberufe

Die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen auf die sich der vorliegende Bericht bezieht nimmt eine Sonderstellung im deutschen Bildungssystem ein. Die besondere Situation der Gesundheitsfachberufe in Deutschland ergibt sich daraus, dass sie weder unter das Berufsbildungsgesetz (BBiG) fallen⁵ noch per se dem öffentlich-rechtlichen Schulberufssystem unterstehen. An die Stelle der Berufsbildungsgesetze bzw. der Länderschulgesetze treten somit die jeweiligen Berufszulassungsgesetze nach Art. 74 Nr. 19 des Grundgesetzes (Bals 2011). Entweder sind Arbeits-, Sozial- oder Gesundheitsministerien oder Kultusministerien für die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe verantwortlich.

Tab.1 liefert einen Überblick über die aktuellen rechtlichen Grundlagen der Gesundheitsfachberufe.

⁵ Laut § 107, Abs. 1 und 2 des BBiG sind Schulen der Gesundheitsfachberufe ausdrücklich von einer Einbeziehung in das duale Ausbildungssystem ausgenommen: § 107 „(1) Bundesgesetzliche Regelungen über die Berufsbildung in Heil- und Heilhilfsberufen bleiben unberührt. (2) Solange und soweit von den Ermächtigungen zum Erlass von Rechtsverordnungen nach diesem Gesetz kein Gebrauch gemacht wird, werden die Landesregierungen ermächtigt, solche Rechtsverordnungen im Bereich der Heilhilfsberufe zu erlassen. Die Ermächtigung kann auf oberste Landesbehörden weiter übertragen werden.“

Tab. 1 Rechtliche Grundlagen der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen

Gesundheitsfachberufe	Pflege		Physiotherapie	Ergotherapie	Logopädie	Hebammenwesen
	Altenpflege	Gesundheits- und (Kinder-)krankenpflege				
Gesetzlicher Rahmen	Berufszulassungsgesetze					
Rechtliche Regelung der Berufsbezeichnung	AltPflG (2003)	KrPflG (2003) bzw. (2004)	MPhG (1994)	ErgThG (1976)	LogopG (1980)	HebG (1985)
Rechtliche Regelung der Berufsausbildung	AltPflAPrV (2002)	KrPflAPrV (2003)	PhysTh-APrV (1994)	ErgThPrV (1999)	LogAPrO (1980)	HebAPrV (1987)
Ministerielle Zuständigkeit	Kultusministerium / Arbeits-/Sozial bzw. Gesundheitsministerien					
Zugangsvoraussetzungen	mittlerer Bildungsabschluss					
Ausbildungsdauer	3 Jahre					
Mindeststundenumfang der Ausbildung (Jeweils § 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung)	Gesamt Std. 4.600 2.100 Std. Theorie 2.500 Std. Praxis	Gesamt Std. 4.600 2.100 Std. Theorie 2.500 Std. Praxis	Gesamt Std. 4.500 2.900 Std. Theorie 1.600 Std. Praxis	Gesamt Std. 4.400 2.700 Std. Theorie 1.700 Std. Praxis	Gesamt Std. 3840 1.740 Std. Theorie 2.100 Std. Praxis	Gesamt Std. 4.600 1.600 Std. Theorie 3.000 Std. Praxis
Berufsbezeichnung	Altenpflegerin/ Altenpfleger	Gesundheits- und Krankenpflegerin/ Gesundheits- und Krankenpfleger	Physiotherapeutin/ Physiotherapeut	Ergotherapeutin/ Ergotherapeut	Logopädin/ Logopäde	Hebamme/ Entbindungspfleger
Ausbildungskosten	Ausbildungsvergütung (750€ - 1000€) + Schichtzulagen	Ausbildungsvergütung (750€ - 1000€) + Schichtzulagen	i. d. R. Schulgeld (ca. 300 €- 1000 € pro Monat)			Ausbildungsvergütung (750€ - 1000€) + Schichtzulagen
Zuordnung im DQR	Niveau Stufe 4					

Quelle: Eigene Darstellung

Die jeweiligen Berufsgesetze (AltPflG von 2003, KrPflG von 2003, MPhG von 1994, ErgThG von 1976, LogopG von 1980 und HebG von 1985) regeln die Berufsbezeichnung; die dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen bilden den rechtlichen Rahmen für die Berufsausbildung der Gesundheitsfachberufe. Als Zugangsvoraussetzung für die jeweils auf drei Jahre angelegten Ausbildungen gilt bei allen betrachteten Berufen der mittlere Bildungsabschluss. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen der einzelnen Berufe (AltPflAPrV, KrPflAPrV, PhysTh-APrV, ErgThPrV, LogAPrO, HebAPrV) regeln u. a. den Mindeststundenumfang der Ausbildung und darüber hinaus die theoretischen und praktischen Anteile (vgl. Tab. 1). Bei unterschiedlicher Stundenverteilung von theoretischem und praktischem Unterricht sowie Praxis, weisen die Altenpflegeausbildung, Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und die Hebammenausbildung einen vergleichsweise hohen Gesamtstundenumfang von insgesamt 4.600 Stunden auf. Die Logopädieausbildung weist mit insgesamt 3.840 Stunden den geringsten Gesamtstundenumfang auf. Im Vergleich zu den anderen therapeutischen Berufen beinhaltet die Ausbildung in der Logopädie mit 2.100 Stunden jedoch die höchste Anzahl an Praxisstunden.

Finanziert werden die Ausbildungen entweder über Entgelte für Krankenhausleistungen (Gesundheits- und Krankenpflegesschulen)⁶, staatliche Finanzhilfen (staatliche Refinanzierung als Ersatzschule), Umlagefinanzierung⁷ und/oder Schulgeld (vgl. Schulen für die therapeutischen Berufe).

⁶ nach § 17a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erhalten Krankenhäuser Zuschläge auf ihre Fallpauschalen, welche ein Ausbildungsentgelt mit einschließt.

⁷ z. B. in der Altenpflegeausbildung in NRW

Die Ausbildungen sind an Schulen der besonderen Art angesiedelt, den sog. berufsbildenden Schulen⁸, die dem Sekundärbereich II zugeordnet werden (Kälble 2001). Bei den Ausbildungsträgern handelt es sich um Ausbildungsstätten oder Schulen in freier Trägerschaft (i. d. R. private Berufsfachschulen) im Gegensatz zu öffentlichen beruflichen Schulen mit einer großen Palette von Ausbildungsberufen und Schulformen. Die Zuordnung der Ausbildungsstätten zu den einzelnen Berufen ist bislang nicht gänzlich geklärt (Scharff-Rethfeld 2010), daher ist auch die Datenlage der Schulen als sehr heterogen zu bezeichnen (Wissenschaftsrat 2012).

Am 31. Januar 2012 haben sich Bundesregierung, Kultusministerkonferenz, Wirtschaftskonferenz, Sozialpartner sowie Wirtschaftsverbände darauf geeinigt, berufliche Erstausbildungen dem Niveau 3 (2-jährige Ausbildungen) und Niveau 4 (3 und 3,5 jährige Ausbildungen) im Deutschen Qualifikationsrahmen zuzuordnen. Damit fallen die Gesundheitsfachberufe (Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Hebammenwesen) als dreijährige Erstausbildungen in Deutschland in die Niveau-Stufe 4, was bei den berufsständischen Vertretungen zu heftiger Kritik geführt hat (vgl. Kap. 1.2.5 Stellungnahmen der AG MTG 2012 und des DPR & DBR 2012).

Als Konsequenz der bildungspolitischen Sonderstellung der Gesundheitsfachberufe mit deren rechtlichen, administrativen, institutionellen sowie pädagogischen Eigenheiten ergeben sich Defizite, die zu Qualitätsunterschieden in der Ausbildung sowie mangelnder Durchlässigkeit und Bildungsungerechtigkeit führen (Bals 2011).

Zusammenfassend können folgende Kritikpunkte/Defizite der derzeitigen nicht akademischen Ausbildung der Gesundheitsfachberufe genannt werden:

- **Zuständigkeitsvielfalt**

Kritisiert wird, dass die Ausbildung über die jeweiligen z. T. sehr veralteten Berufsgesetze und über dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen hinaus (vgl. Tab. 1) keine weiterführenden rechtlichen Regelungen durch Bildungsgesetze erfährt (vgl. Evers & Nauerth 2004). Dadurch tritt die berufliche Qualifizierung in den Vordergrund und die Bildung in den Hintergrund. Die Umsetzung der einzelnen Berufsgesetze wiederum obliegt den einzelnen Ländern mit deren jeweils zuständigen Behörden. Formal betrachtet ergibt sich somit eine vielfältige, intransparente und uneinheitliche administrative Zuständigkeit der für die Durchführung von Berufsgesetz und Ausbildungsprüfungsverordnung (APrV) verantwortlichen Behörden, die die Qualitätssicherung der Berufsausbildung aufgrund mangelnder Vergleichbarkeit erschwert (Jehn 2011, S. 31).

- **Qualitätsunterschiede**

Der Qualifizierungsweg über die berufsbildenden Schulen, die mit Praxisstellen (Krankenhäusern etc.) kooperieren, erweist sich als äußerst heterogen in Bezug auf die Qualität der theoretischen und praktischen Ausbildung (Wissenschaftsrat 2012). Utilitaristisch orientierte Ordnungsmittel zur Berufsausbildung⁹ stellen derzeit den Regelfall in der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe dar (Bals 2011). Außerdem sind die Lehrpläne für die Ausbildungen je Bundesland unterschiedlich gestaltet und orientieren sich an Versorgungs- aber nicht zwingend an Bildungsbedarfen. Insbesondere bezogen auf den Umfang und die Inhalte der von den Behörden entwickelten Mindeststandards und Regelungen zeigen sich je Bundesland unterschiedliche Verfahren (Jehn 2011, S. 22). Fehlende in-

⁸ Die Bezeichnungen für die Schulen der Gesundheitsfachberufe variieren. Im Zuge der vermehrten Fusion von Berufsfachschulen sind die Begriffe Gesundheitsakademie oder Gesundheitsfachschule häufig anzutreffen.

⁹ Damit die Berufsausbildung überall in Deutschland auf gleichem Niveau stattfindet und zu vergleichbaren Qualifikationen führt, muss es einige Regeln geben. Diese sind in den sogenannten "Ordnungsmitteln zur Berufsausbildung" festgehalten.

haltliche Standards und uneinheitliche Curricula münden in unterschiedlichen Schwerpunkten und Niveaus sowie unterschiedlichen Qualifikationen. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit der Entwicklung von Qualitätsanforderungen zur Sicherstellung der Qualität der jeweiligen beruflichen Tätigkeit.

- **Fachliche Qualifikation der Lehrenden**

Ein weiteres Defizit stellt - mit Ausnahme der Pflege - die unklare Regelung der fachlichen Qualifikation des Lehrpersonals für den Lernort Schule der Gesundheitsfachberufe dar. Aufgrund fehlender bundeseinheitlicher, verbindlicher Anforderung an die pädagogische Qualifikation der Lehrenden entstehen insbesondere bei den therapeutischen Berufen regionale Unterschiede in den Ausbildungsanforderungen zwischen den alten und den neuen Bundesländern. Während in den neuen Bundesländern ein Hochschulabschluss gefordert wird, ist dieser in den alten Bundesländern keine Voraussetzung (Klemme 2011).¹⁰ Hinzu kommt, dass die Schulen generell oft über eine große Anzahl nicht akademisch ausgebildeter Lehrkräfte verfügen¹¹ und/oder über Lehrkräfte, die häufig nebenberuflich tätig sind (Bals 2011; Wissenschaftsrat 2012). Insgesamt wird ein hoher Regelungsbedarf notwendig, der sich sowohl für den schulischen Anteil der Ausbildung als auch für die Qualifikation der Ausbilder für den praktischen Teil der Ausbildungen ergibt (Klemme 2011).

- **Mangelnde horizontale und vertikale Durchlässigkeit**

Die derzeitige Aus-, Fort- und Weiterbildungsstruktur der Gesundheitsfachberufe ist durch eine mangelnde vertikale und horizontale Durchlässigkeit gekennzeichnet und erschwert damit berufliche Wechsel- und Aufstiegschancen für Auszubildende und Berufsangehörige. Während zwar bereits nationale Instrumente zur Verbesserung der vertikalen und horizontalen Durchlässigkeit (vgl. Kap. 1.2.2.2) eingesetzt werden und z. B. eine Hochschulzulassung ohne Abitur erfolgen kann (KMK Beschluss 2009)¹², führen die üblichen Weiterqualifizierungen in den Gesundheitsfachberufen jedoch i. d. R. zu keiner Höherqualifizierung im Sinne des DQR oder höheren Entgeltstufe (vgl. Barzel et al. 2011a). Als Argument für diese Problematik gilt das Abwandern engagierter Fachschulabsolventen und damit die zunehmende Anzahl von deutschen Studierenden im Ausland z.B. in Holland (Friedrichs & Schaub 2011; Sander 2010).

- **Mobilitätseinschränkungen und EU-Anschluss**

Entgegen der Ausbildungssituation der Gesundheitsfachberufe in Deutschland werden in anderen Ländern Europas Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Physiotherapeuten/innen, Ergotherapeuten/innen, Logopäden/innen und Hebammen/Entbindungspfleger durchgängig auf Hochschulniveau ausgebildet, was mit einem höheren Bildungsabschluss und einer meist zwölfjährigen Schulausbildung als Zulassungsvoraussetzung einhergeht (siehe dazu Kap. 2.1.2.3; 2.2.2.3; 2.3.2.3; 2.4.2.3; 2.5.2.3). Die Folgen für deutsche Berufsanfänger sind - trotz Verweis auf die sog. Allgemeine Richtlinie des Bundesrates

¹⁰ In dem Katalog mit Fachrichtungen für die Lehrerbildung für den berufsbildenden Bereich der Kultusministerkonferenz (2007) gibt es die Fachrichtung „Therapie“ für die Lehrerbildung nicht. Es finden sich lediglich die Fachrichtungen „Pflege“ sowie „Gesundheit und Körperpflege“ (Bals & Weyland 2010 in Klemme 2011, S. 3).

¹¹ Auch der Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (BLGS) stimmt den Eckpunkten zur Vorbereitung eines neuen Pflegeberufegesetzes der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe (BLAWP 2012) zu, dass die Schulleitungen und Lehrer/-innen einen Hochschulabschluss vorweisen sollen. Jedoch sind dafür Quereinstiegs-, Qualifikations- und Übergangsregelungen für bisher tätige Lehrer/-innen zu schaffen sowie ein Bestandsschutz zu garantieren (BLGS 2012, S.2).

¹² „Hochschulzugang für beruflich qualifizierte Bewerber ohne schulische Hochschulzugangsberechtigung“

über die Anerkennung von Berufsqualifikationen 2005/36/EG¹³ - Mobilitätseinschränkungen aufgrund von Zulassungsproblemen durch nicht anerkannte Abschlüsse bzw. komplizierte bürokratische Anerkennungsverfahren, die z. T. zusätzliche Anpassungslehrgänge und Ausgleichsmaßnahmen erfordern¹⁴. Letzteres ist vornehmlich durch die höheren Zulassungs-voraussetzungen (u. a. höherer Bildungsabschluss) in den jeweiligen EU-Staaten bedingt. In der Pflege sorgt jedoch nicht nur die vorherrschende Mindestvoraussetzung einer „nur“ zehnjährigen Schulausbildung¹⁵ in Deutschland für eine eingeschränkte Mobilität, auch die derzeitige zweigleisige Qualifizierung¹⁶ (vgl. Kap. 2.1.2.1) und systemische Trennung der Berufsgesetze in der Altenpflege- und Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege mit ihrer jeweils eigenen Berufszulassung bzw. -bezeichnung erschweren aufgrund der getrennten Anerkennungsverfahren nach EU-Recht die Mobilität innerhalb Europas (DBR 2009). Für die Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gilt, dass diese nur in den Mitgliedstaaten mit eigener Kinderkrankenhauspflegeausbildung oder entsprechender Zusatzqualifikationen anerkannt wird. Die eigenständige Altenpflegeausbildung gibt es europaweit nur in Deutschland und Österreich. Da sie nicht Regelungsbestand der Richtlinie 2005/36/EG ist, wird sie in den anderen EU-Mitgliedstaaten nicht anerkannt (Hanika & Roßbruch 2007, S. 53).¹⁷ Der aktuelle Modernisierungsvorschlag zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG beinhaltet u. a. die Einführung eines freiwilligen europäischen Berufsausweises, mit dessen Hilfe die Mobilität in der EU erleichtert werden soll, eine Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems sowie die Modernisierung der Ausbildungsinhalte / Definitionen der zu erreichenden Outcomes und Kompetenzen (Bundesrat Drucksache 834/11, Beschluss vom 02.03.12).

- **Unzureichende Kompatibilität mit dem Hochschulrecht**

Der Sonderweg in den jeweiligen Berufsgesetzen und Verordnungen stellt insbesondere für die Akademisierung ein Hindernis dar, da teilweise diese im Widerspruch zu Hochschulgesetzen und der kultusministeriellen Zuständigkeit stehen (vgl. Kap. 1.2.3).

¹³ Ziel dieser Richtlinie ist es, einen Beitrag zur Flexibilität der Arbeitsmärkte zu leisten, eine weitgehende Liberalisierung der Erbringung von Dienstleistungen herbeizuführen, einen stärkeren Automatismus bei der Anerkennung von Berufsabschlüssen zu fördern und die Verwaltungsverfahren zu vereinfachen. Seit 2007 sind in dieser Richtlinie die fünfzehn früheren Richtlinien (u. a. die sektoralen EU- Richtlinien für die Krankenpflege 77/452/EWG und das Hebammenwesen 80/154/EWG) zur Anerkennung von Berufsqualifikationen zu einer einzigen zusammengefasst. Dabei bleibt es beim automatischen Anerkennungsverfahren nach der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie für Gesundheits- und Krankenpfleger/innen und Hebammen.

¹⁴ Für Berufsangehörige aus Ländern innerhalb Europas gilt die Gleichstellung der Berufsabschlüsse innerhalb der Europäischen Union sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und Schweiz. Ihr Examen wird aufgrund der Anerkennungsrichtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen in Deutschland anerkannt. Gemäß dieser EU-Richtlinie ist den zuständigen Behörden jedoch auch das Recht vorbehalten, den Einzelfall zu prüfen und gegebenenfalls Anpassungslehrgänge oder eine Eignungsprüfung, zum Teil einschließlich einer Sprachprüfung, zu fordern.

¹⁵ Der Vorschlag der EU-Kommission, die Zugangsvoraussetzung auf 12 Schuljahre anzuheben, wurde aktuell im Ausschuss für Binnenmarkt und Verbraucherschutz (IMCO) des EU-Parlaments (Sitzung vom 23.01.2013¹⁵) zur sogenannten Berufsqualifikationsrichtlinie 2005/36/EG abgelehnt.

¹⁶ Die reguläre pflegeberufliche Bildung im sekundären Bildungssystem angesiedelt an einer Berufsfachschule und einem mittleren Bildungsabschluss (Sekundarstufe I) als Voraussetzung sowie die pflegeberufliche Bildung im tertiären Bildungssystem an (Fach)Hochschulen und Hochschulzugangsberechtigung mit mind. 12 Schuljahren (Sekundarstufe II) als Voraussetzung (DBR 2009).

¹⁷ Der DBR fordert daher die gesetzliche Zusammenlegung der bisherigen beiden getrennten Berufsgesetze der Alten- und Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege. „Ein neues Berufegesetz sollte dann zu uneingeschränkter Berufszulassung und zu einer einheitlichen Berufsbezeichnung führen“ (DBR 2009).

Insgesamt wird die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe auf nicht akademischem Niveau (Berufsfachschulebene) kontrovers diskutiert. Der Vorwurf der Befürworter einer Akademisierung mündet in der Kritik, dass nicht akademische Ausbildungsberufe sich dem Wandel von Lernkulturen (Kompetenz- und Handlungsorientierung etc.) nicht ausreichend anpassen sowie notwendige Kompetenzen für die zukünftigen Anforderungen an die Gesundheitsfachberufe (vgl. Kap. 1.2.1.2) nicht adäquat vermitteln zu können (vgl. dazu auch Ausführungen in den Kapiteln 2.1.2.1- 2.5.2.1). Als Konsequenz werden seitens der Berufsfachschulen unterschiedliche Strategien diskutiert, z. B. Kooperation mit einer Hochschule (Scharff-Rethfeld 2010). An dieser Stelle sei auch auf die in Nordrhein-Westfalen entwickelten Empfehlenden Ausbildungsrichtlinien für die staatlichen anerkannten Schulen der Kranken- und Kinderkrankenpflege (MAGS, Oelke et al. 2003), der Physiotherapie (MAGS, Handgraaf et al. 2005), der Hebammen (MAGS, Dörpinghaus et al. 2005), der Ergotherapie (MAGS, Fischer et al. 2007), sowie der Logopädie (MAGS, Springer & Zückner 2007) verwiesen, die den zukünftigen Anforderungen der Gesundheitsfachberufe Rechnung tragen sollen und damit zugleich wichtige curriculare Vorarbeit in diesem Feld, auch über Landesgrenzen hinaus, leisten.

1.2.1.2 Anforderungswandel an die Gesundheitsfachberufe

Das Gesundheitswesen ist in Bewegung und steht vor großen Herausforderungen. Der **demographische Wandel** ist das immer wieder vorgebrachte und populärste Argument für anstehende Veränderungen im Gesundheitswesen. Die Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland zeigt neben dem allgemeinen Bevölkerungsrückgang eine deutliche Zunahme älterer Menschen. Durch den positiven Umstand der verlängerten Lebenserwartung wird insbesondere die Anzahl der Hochaltrigen (über 80-Jährige) überproportional zunehmen. Mit dem demographischen Wandel verbunden ist auch die Schrumpfung der Erwerbsbevölkerung (Ehrhard et al. 2011).

Verbunden mit dem demographischen Wandel ist neben der Zunahme der Anzahl von Pflegebedürftigen auch eine **Veränderung des Erkrankungsspektrums**. Zum typischen Krankheitsspektrum mit fortschreitendem Alter zählen vor allem Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen, muskuloskelettale Erkrankungen und Krebserkrankungen (Wissenschaftsrat 2012). Außerdem wird es zu einer Zunahme im Bereich der psychischen bzw. gerontopsychiatrischen Erkrankungen kommen. Demgemäß ist z. B. zu erwarten, dass zukünftig mehr hochaltrige Patienten/innen zu versorgen sind, die an einer demenziellen Erkrankung leiden. Darüber hinaus kommt es insgesamt zu einer Zunahme chronischer Krankheiten und Multimorbidität (Wissenschaftsrat 2012). Die sich abzeichnende Veränderung in der Epidemiologie der Bevölkerung zeigt, dass chronische Erkrankungen in allen Altersgruppen prozentual ansteigen. So ist auch bei Kindern und Jugendlichen eine Zunahme chronischer Erkrankungen wie Allergien und Übergewichtigkeit zu beobachten (ebd.).

Parallel zum demographischen Wandel stellt auch der zu beobachtende **soziale Wandel** die Berufe im Gesundheitswesen vor neue Herausforderungen. Veränderungen wie die Zunahme kinderloser Ehepaare, Singles und gleichgeschlechtlicher Formen des Zusammenlebens werden das Generationenverhältnis in einem erheblichen Maße verändern. Für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung relevant sind hier auch die Ablösung des traditionellen Familiensystems und die steigende Anzahl von Ein-Generationen- bzw. Ein-Personen-Haushalten (bpb 2012) bei einer sich vermindernenden Zahl pflegender Angehöriger oder unterstützungsfähiger Angehöriger (Meyer 2006).

Der **medizinisch-technische Fortschritt** führt laufend zu neuen Erkenntnissen in Diagnose-, Therapie- und Präventionsverfahren und hat damit nicht nur eine verbesserte Gesundheitsversorgung, sondern auch eine vermehrte Nachfrage an neuen Gesundheitsleistungen zu Folge (Ehrhard et al. 2011). Die neuen Erkenntnisse der medizin-, technik- und

gesundheitsbezogenen Forschung legen nahe, dass ein stärkerer Wissenschaftsbezug für die Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe unumgänglich ist (vgl. Wissenschaftsrat 2012). Damit verbunden ist auch die Forderung nach Evidenzbasierung innerhalb der therapeutischen und pflegerischen Praxis sowie qualitätsgesicherter Leistungserbringung. Der zunehmende Einsatz von neuen Technologien, wie bspw. Telemonitoring und Assistenzsystemen, roboter- und gerätegestützte Verfahren in der Gesundheitsversorgung erfordert durch erhöhte Komplexität größeres Anwenderwissen und trägt gleichzeitig zu einer größeren Spezialisierung der Gesundheitsfachberufe bei (Ehrhard et al. 2011).

Mit den Schlagworten Salutogenese, biospsychosoziales Krankheitsmodell oder Empowerment zeichnet sich zudem ein **wandelndes Gesundheitsverständnis** bei den Betroffenen ab. Der informierte Patient stellt neue Anforderungen an die Aufklärung, Beratung und Therapieplanung. Begriffe wie Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) bzw. Shared decision making bezeichnen die neue Patientenrolle.

Neben neuen Qualitätsansprüchen führen die finanziellen Restriktionen zur Notwendigkeit einer Steigerung der Effektivität von Gesundheits- und Pflegedienstleistungen und zur Prozessoptimierung. Die zentrale sozialgesetzgeberische Devisen „ambulant vor stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“ (SGB XI) bringt Strukturveränderung im Pflege- und Gesundheitsbereich mit sich. Erklärtes Ziel ist es dabei, die Kosten der Gesundheitsversorgung nachhaltig zu senken und ebenso eine optimale Versorgung der Leistungsempfänger/innen zu erreichen (Hasseler & Meyer 2004). In Zusammenhang mit der **Reorganisation im Gesundheitswesen** ist auch die Einführung der Fallpauschalen (DRG'S German Refined – Diagnosis Related Groups- (G-DRG-System) im Krankenhaus zu sehen. Die damit implizierte Begrenzung der Kostensteigerung für Krankenhausaufenthalte zwingt zur Reorganisation des Krankenhaussystems mit Auswirkungen auf die anderen Gesundheitsfachberufe (Ambulantisierung).

Gesundheitspolitische Entwicklungen und Entscheidungen sind maßgeblich von der Kostensteigerung im Gesundheitswesen beeinflusst, die sich nach Angaben des Wissenschaftsrats weiter erhöhen wird (Wissenschaftsrat 2012). Auch vor diesem Hintergrund wird die Frage diskutiert, „ob eine veränderte Arbeitsteilung im Gesundheitswesen mit einer stärkeren Beteiligung von Angehörigen der Gesundheitsfachberufe eine Kosten dämpfende Wirkung haben könnte“ (Wissenschaftsrat 2012; S.33).

Die beschriebenen Entwicklungen im Gesundheitswesen bedingen eine fortschreitende berufliche Differenzierung aller im Gesundheitswesen beschäftigten Berufsgruppen. So gibt es fachärztliche, pflegerische und therapeutische Weiterbildungen, die auf spezialisierte Tätigkeitsbereiche ausgerichtet sind. Aus dieser Situation und vor allem aus der beschriebenen Komplexität von gestiegenen und veränderten Leistungsansprüchen entstehen neue Anforderungen an eine **interprofessionelle Zusammenarbeit** (vgl. Robert – Bosch-Stiftung 2011). Der Sachverständigenrat (SVR 2007; 2009) sieht zwei zentrale Probleme hinsichtlich aktueller und zukünftiger Anforderungen an die Gesundheitsfachberufe: Zum einen eine unzureichende sektorenübergreifende Versorgung, zum anderen einen Mangel an interprofessionellen und flexiblen Versorgungsstrukturen. So werden in den Gutachten von 2007 und 2009 u. a. folgende Maßnahmen gefordert:

- Professionalisierungs- und Akademisierungsprozesse der nicht ärztlichen Gesundheitsberufe sollten vereinheitlicht werden und einen gemeinsamen Pool von Kompetenzen beinhalten, der die interprofessionelle Zusammenarbeit zusätzlich verbessert.
- Die medizinischen Fakultäten sollen Ausbildungsverantwortung für alle zur Heilkunde gehörenden beruflichen Zweige sowie die Aufgabe einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe übernehmen. Die Universitäten sind aufgefordert, das Spektrum ihrer Professuren diesen Anforderungen anzupassen.

Damit wird einerseits eine Erweiterung des Leistungsspektrums der Gesundheitsfachberufe zur Anpassung an gesellschaftspolitische Veränderungen und Modernisierungsprozesse, andererseits eine Neudefinition der Berufsfelder und die Reorganisation der Berufsprofile (Kompetenzprofile) notwendig. Dazu wurde im Jahr 2010 ein Fachbeirat zur „Weiterentwicklung der Heilberufe“ eingerichtet, der eine Verortung der Heilberufe im Bildungssystem und den Zuschnitt von Kompetenzprofilen für die jeweiligen Berufe durch Novellierungen der Berufsgesetze aufgreifen soll (Bals 2011). Verantwortungs- und Haftungsbereiche der einzelnen Berufsprofile müssen definiert werden, insbesondere wenn es sich im Rahmen eines Professionenmixes um die Delegation, Substitution oder Neuetablierung von heilkundlichen Tätigkeiten¹⁸ oder um den sogenannten Direktzugang („First-Contact“) der Patienten/innen zu den therapeutischen Versorgungsleistungen handelt (Walkenhorst 2011).

Aus dem beschriebenen Anforderungswandel lassen sich u. a. folgende Herausforderungen für die Gesundheitsfachberufe ableiten, die zugleich von den berufspolitischen Vertretungen als maßgebliches Argument für eine Akademisierung der entsprechenden Berufe gelten (vgl. AGMTG 2011; HVG 2012):

- Wissenschaftlich fundiertes und evidenzbasiertes Handeln
- Qualitätsbewusstes Handeln
- Inter- und transdisziplinäres Handeln
- Wissenschaftlich reflektiertes Handeln („Reflective Practitioner“)¹⁹

1.2.1.3 Aktuelle und zukünftige Einsatz- und Arbeitsfelder der Gesundheitsfachberufe

Die beschriebenen Entwicklungen im Gesundheitswesen (vgl. Kap. 1.2.2.) weisen auf Einsatz- und Arbeitsfelder für die Gesundheitsfachberufe hin, die zukünftig vermehrter Aufmerksamkeit bedürfen. Die folgende Auflistung greift dabei Kernbereiche bzw. –tätigkeiten auf, die alle Gesundheitsfachberufe betreffen. Auf berufsspezifische Entwicklungen in den Einsatz- und Arbeitsfeldern wird in den jeweiligen Kapiteln näher eingegangen (vgl. Kap. 2.1.3-2.5.3).

- **Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung in unterschiedlichen Settings**

Im Hinblick auf die beschriebenen Entwicklungen wird Gesundheitsförderung und Prävention immer stärker in alle gesellschaftlichen Lebensbereiche und Handlungsfelder der Gesundheitsfachberufe verankert. Mit einem berufsübergreifenden Paradigmenwechsel von der Krankheits- zur Gesundheitsorientierung²⁰, der an biopsychosoziale und salutogenetische Denkmodelle anknüpft, stellen Prävention und Gesundheitsförderung in unterschiedlichen Settings wie Schule, Kindergarten und auch Betrieben neue „Wachstumsanreize“

¹⁸ Eine Substitution durch eigenständige nicht ärztliche Gesundheitsfachberufe, wie sie international zum Beispiel im Fall von Nurse Practitioners (NP) oder Physicians Assistants (PA) bekannt ist, fehlt in Deutschland (vgl. Höppner & Kuhlmeier 2009), allerdings eröffnet die Modellklausel nach §63 Abs 3c SGB V neue Handlungsmöglichkeiten.

¹⁹ Das Handeln auf Basis von Clinical Reasoning, wörtlich übersetzt „klinische Argumentation, Schlussfolgerung, Beweisführung“. Gemeint sind damit Denk-, Handlungs- und Entscheidungsprozesse, die klinisch tätige Personen (Mediziner, Pflegepersonal, Therapeuten u.a.) entweder allein oder in der Auseinandersetzung mit Berufskollegen und/oder den Patienten treffen (Beushausen & Walther 2010, S. 30) ist hierbei integriert.

²⁰ Mit der Novellierung des Krankenpflegegesetzes (2004) und der Einführung des bundeseinheitlichen Altenpflegegesetzes (2003) wurden Gesundheitsförderung und Prävention bspw. explizit als Aufgabenbereiche der Pflege benannt.

für die Gesundheitsfachberufe dar. Hierbei handelt es sich um sogenannte „aufsuchende“ Angebote, deren organisatorische und finanzielle Rahmenbedingungen jedoch größtenteils erst noch entwickelt werden müssen (Höppner 2007). Insbesondere bei den therapeutischen Berufen haben ökonomische Bedingungen, wie die starke Budgetierung der ärztlichen Verordnungen im Bereich der GKV-finanzierten Heilmittel, und die notwendige Existenzsicherung zur Erschließung zu neuen Arbeits- und Einsatzfelder im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention beigetragen. Besonders der Bereich der Primärprävention nach § 20 SGB V zeichnet sich durch eine hohe Dynamik aus (vgl. Borgetto & Siegel 2009). Im Leitfaden „Prävention“ des GKV-Spitzenverbandes (in der Fassung vom 27. August 2010) werden u. a. Handlungsfelder der Gesundheitsfachberufe zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V benannt. Damit rücken, neben den bekannten Einsatzfeldern im Bereich sekundärer und tertiärer Prävention in den üblichen Versorgungssettings in Krankenhäusern, Praxen und Rehabilitationseinrichtungen etc. immer stärker der betriebliche Bereich und öffentliche Anlaufstellen in den Mittelpunkt.

- **Ausbau von Beratung, Anleitung und Schulung**

Der Beratungssektor stellt für alle Gesundheitsfachberufe ein wichtiges und wachsendes Arbeitsfeld dar. Gleichzeitig ist in allen Berufsfeldern die Komplexität von Aufgaben in der Beratung und Patientenedukation gewachsen (Wissenschaftsrat 2012). Das Angebot an Gesundheitsleistungen sowie Heil- und Hilfsmitteln ist vielfältig, gleichzeitig nehmen die Möglichkeiten, sich zu informieren, stetig zu. Das steigende Durchschnittsalter und die Verlängerung der Lebensarbeitszeit lassen die Nachfrage nach gesundheitserhaltenden Angeboten und individueller Gesundheitsberatung, die über die Regelversorgung hinausgehen, ebenfalls steigen (Schneider 2008, Klaes et al. 2011). Insbesondere im Rahmen der Behandlung der zunehmend chronischen Erkrankungen kommt dem Selbstmanagement (Empowerment) und der dafür notwendigen Schulung, Beratung und Information eine entscheidende Bedeutung zu (vgl. SVR 2007). Somit ergeben sich zukünftig eine Vielzahl von Themen für eine professionelle Beratung vom präventiven bis zum rehabilitativen Versorgungsbereich für alle Gesundheitsfachberufe.

- **Ausbau vernetzender Versorgungsformen**

Die beschriebenen komplexen Versorgungsbedarfe zukünftiger Zielgruppen machen die Integration der Gesundheitsfachberufe in neue Versorgungssysteme, wie z. B. Integrierte Versorgung, Care- und Case Management sowie Disease Management, notwendig (vgl. SVR 2007; Greß et al. 2011; Höppner 2007). Um eine bedarfsgerechte Versorgung im Rahmen des sich wandelnden Krankheitsspektrums hin zu chronischen Langzeiterkrankungen und Multimorbidität sicherzustellen, werden neue Kooperationsformen (Neuordnung der Aufgabenverteilung) und verstärkt interdisziplinäre bzw. multiprofessionelle Formen der Zusammenarbeit notwendig (vgl. Robert-Bosch-Stiftung 2011; SVR 2007, 2009). So heißt es im Sachverständigenrat, dass zukünftige Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte neben Alters- und krankheitsbezogenen Schnittstellen und Übergänge („Transitional care“) auch den Aufbau einer Versorgung mit einem starken regionalen und häuslichen Bezug („Community Based Care“) berücksichtigen müssen (SVR 2009).

- **Ausbau von Forschung und Wissenschaft**

Ebenso wie der Gesundheitsforschungsrat (vgl. Ewers et al. 2012) bestätigt auch der Wissenschaftsrat (2012) und die Agenda Pflegeforschung (2012) einen deutlichen Forschungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen (vgl. Kap. 1.2.1.4).

Die begonnene Akademisierung in den Gesundheitsfachberufen bietet die Grundlage für zunehmend eigenständige Forschung, um die Effektivität der Interventionen wissenschaftlich zu untersuchen. Forschung ist wichtig, um Leistungen entsprechender Berufsgruppen begründen und verbessern zu können. Insbesondere für die zukünftige Positionierung der Berufe spielen Wissenschaft und Forschung sowohl interdisziplinär als auch auf internati-

onaler Ebene eine bedeutende Rolle. Nicht zuletzt für die Bildung eigenständiger wissenschaftlicher Disziplinen ist der Auf- und Ausbau genuiner von anderen Disziplinen hinreichend abgrenzbarer Forschung notwendig (Wissenschaftsrat 2012), was den dringenden Bedarf an wissenschaftlichem Nachwuchs in den Gesundheitsfachberufen unterstreicht. Gleichzeitig wird aufgrund knapper finanzieller Ressourcen im Gesundheitswesen von Seiten der Kostenträger (Krankenkassen) die Forderung nach Kosten-Wirksamkeits-Nachweisen (Kosteneffektivitäts- und Kosteneffizienz-Studien) in den Gesundheitsfachberufen (v. a. in den therapeutischen Berufen) immer lauter. Bei gleichzeitigem Anspruch an evidenzbasiertes und leitliniengetreues Handeln eröffnen sich im Rahmen von Forschung und Wissenschaft somit vermehrt Tätigkeits- bzw. Forschungsfelder für die einzelnen Gesundheitsfachberufe.

1.2.1.4 Forderungen des Wissenschaftsrates und des Gesundheitsforschungsrates

Der Wissenschaftsrat ist ein wissenschaftspolitisches Gremium, das die Bundesregierung und die Regierungen der Länder in Fragen der inhaltlichen und strukturellen Entwicklung der Hochschulen, der Wissenschaft und der Forschung berät. Der 1990 eingerichtete Gesundheitsforschungsrat berät das Bundesministerium für Bildung und Forschung in übergreifenden Fragen der Gesundheitsforschung sowie bei der Gestaltung des Gesundheitsforschungsprogramms. Beide Gremien haben kürzlich Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe (hochschulischen Qualifikation und Forschung) veröffentlicht, deren Kernaussagen im Folgenden skizziert werden sollen.

In seinen aktuellen Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen (2012) spricht sich der Wissenschaftsrat eindeutig für eine Akademisierung der Gesundheitsfachberufe (Akademisierungsquote zwischen 10 und 20%) aus, indem er den Ausbau des Studienangebots für erforderlich hält, um den künftigen Anforderungen (vgl. Kap. 1.2.1.2) gerecht zu werden. Neben Bachelorstudiengängen sollen vermehrt konsekutive Master-Studiengänge eingerichtet werden, die klinische und forschungsbezogene Expertise für die unmittelbar patientenorientierte Arbeit vermitteln (vgl. Ewers et al. 2012). Eine Einrichtung fachspezifischer Lehrstühle an Universitäten wird als notwendig angesehen, um den Aufbau eines Forschungs- und Promotionsbereichs in den Gesundheitsfachberufen zu fördern. Für die Promotions- und/oder Postdoktorandenphase muss derzeit noch bevorzugt das Ausland aufgesucht werden oder es werden Umwege über benachbarte Fächer an inländischen Universitäten in Kauf genommen (Wissenschaftsrat 2012). Gefordert wird, dass die neu zu schaffenden Studienplätze stärker als bisher an staatlichen Hochschulen und auch an Universitäten eingerichtet werden. Ferner stellt die Akademisierung eine wesentliche Voraussetzung für die Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe dar. Der derzeitige „semiprofessionelle“ Status der Berufe zeigt sich anhand von Defiziten bzgl. einzelner Professionskriterien (vgl. Zalpour 2009; Schämann 2005; Jurgons 2009). Während das gesellschaftliche Mandat, spezifisches Fachwissen und „einflussreiche“ berufsständische Organisationen mit primären und sekundären Aufgaben sowie eine akademische, vom Berufsstand entwickelte Ausbildungsstruktur vorhanden sind, mangelt es den Gesundheitsfachberufen v. a. an Handlungsautonomie.²¹ Der Wissenschaftsrat empfiehlt für die Bildung eigenständiger wissenschaftlicher Disziplinen u. a. den Auf- und Ausbau genuiner von anderen Disziplinen hinreichend abgrenzbarer Forschung (Wissenschaftsrat 2012).

²¹ In neueren Professionalisierungskonzepten steht jedoch nicht mehr die Frage im Vordergrund, welchen Berufsgruppen auf Grund welcher Merkmale der Professionsstatus zuzuerkennen oder abzusprechen ist, vielmehr stehen Wandlungsprozesse der Professionalisierung und die sie ermöglichenden Kontextbedingungen im Vordergrund (vgl. Kälble 2006, S.219)

Zu weiteren Forderungen des Gesundheitsforschungsrats (Ewers et al. 2012, S. 34-35) und des Wissenschaftsrates (2012) zählen:

- Wissenschaftliche Basis und Evidenz ausbauen
- Aufbau einer nachhaltigen Forschungsstruktur und wissenschaftlichen Karrierewegen
- Bildung von Forschungsallianzen
- Unterstützung für patientennahe Forschung
- Strukturierte Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses

In primärqualifizierenden patientenorientierten Studiengängen sollten demnach künftig 10 bis 20 Prozent der Gesundheitsfachberufe eines Ausbildungsjahrgangs mit einem Bachelor-Abschluss zur unmittelbaren Tätigkeit am Patienten/in befähigt werden (Wissenschaftsrat 2012, S. 10). Hintergründe dieser scheinbar willkürlichen angesetzten Anzahl von 10-20 Prozent Akademikerquote bleiben jedoch offen. Als Argument wird herangeführt, dass die Hochschulausbildung dazu befähigt in komplexen Aufgabenbereichen als reflektierter und interprofessionell arbeitender Praktiker zu agieren (Wissenschaftsrat 2012, S. 10).

Während die berufspolitischen Vertretungen der Gesundheitsfachberufe die Aussagen des Wissenschaftsrates begrüßen und als wichtigen Schritt in die richtige Richtung verstehen, kritisiert die Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin AG Med²² die vorgeschlagene Akademisierungsquote und Überführung des derzeitigen dualen Systems der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe in grundständige Bachelor-Studiengänge heftig. Hauptkritikpunkte sind unklare tarifrechtliche Auswirkungen und die Sorge vor der Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten sowie Substitution fachärztlicher Leistungen (vgl. Gerst & Hibeler 2012).

1.2.1.5 Berufspolitische Forderungen

Aufgrund der zukünftigen Anforderungen an die Gesundheitsfachberufe steht die Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe bereits seit langer Zeit hinter einer Akademisierung (AGMTG 2003, 2004, 2007, 2011) und fordert eine Novellierung der bestehenden Berufsgesetze sowie eine flächendeckende Anhebung der Ausbildung aller vertretenen Berufe auf Hochschulniveau. Zur Konzipierung und Akkreditierung von Bachelor-Studiengängen für die Gesundheitsfachberufe (Ergotherapie, Hebammenwesen, Logopädie, Orthoptik, Physiotherapie) wurde ein Eckpunktepapier vorgelegt, das u. a. den Leitfaden für Gutachter/-innen in Akkreditierungsverfahren durch ausgewählte berufs- und fachspezifische Aspekte ergänzen soll (AGMTG 2004 bzw. 2007²³). Die in Kap. 1.2.1.2 erläuterten Herausforderungen sollen mit der Konzipierung von primärqualifizierenden Bachelor-Studiengängen²⁴, Master-Studiengängen für Forschung, Lehre und Management sowie zur Vertiefung fachspezifischer Kompetenzen und Promotionsmöglichkeiten als dritte Stufe der akademischen Qualifizierung aufgegriffen werden (AGMTG 2011).

²² In der AG Med sind die maßgeblichen Institutionen der deutschen Hochschulmedizin zusammengefasst: Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, die Bundesärztekammer, die Bundesvereinigung der Landeskonferenzen ärztlicher und zahnärztlicher Leiter von Kliniken, Instituten und Abteilungen der Universitäten und Hochschulen Deutschlands, die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V., die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht, der Deutsche Hochschulverband, der Marburger Bund sowie der Medizinische Fakultätentag.

²³ Überarbeitete Version

²⁴ mit Erlaubnis zur Führung der jeweiligen Berufsbezeichnung

Auch der Deutsche Pfliegerat (DPR) begrüßt eine Akademisierung der Pflege und sieht keine Gefahr einer Spaltung der Berufsgruppe in Pflegekräfte erster und zweiter Klasse – wie sie Vertreter der Gewerkschaft Verdi befürchten (vgl. Dielmann 2012). Mit der Akademisierung wird die Hoffnung verbunden, das Image der Pflege aufzuwerten und bessere Verdienstmöglichkeiten zu schaffen (Gerst & Hibbeler 2012). Um unterschiedliche Qualifikationsergebnisse aufgrund zweier Ausbildungswege auf unterschiedlichen Bildungsebenen zu vermeiden, wird für die berufliche und hochschulische Ausbildung eine gemeinsame Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (Approbationsordnung) gefordert (Stellungnahme des DPR & DBR zum Eckpunktepapier „Entwurf eines Pflegegesetzes - Stand 01.03.2012“).

Die aktuelle Zuordnung zum Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) (vgl. Kap. 1.2.1.1) wird sowohl von der AG MTG (2012) als auch vom DBfK (2012) scharf kritisiert. Eine Zuordnung der betreffenden Gesundheitsfachberufe mit dreijähriger Ausbildung sollte demzufolge mindestens auf Niveaustufe 5 erfolgen, da vermittelte Kompetenzen der fachschulischen Ausbildung (Grundlage der Berufszulassung), die Komplexität des Tätigkeitsfeldes und die Spezialisierung innerhalb der Bereiche sowie die Handlungskompetenzen weit über Merkmale der Niveaustufe 4 hinausgingen. Besonders gefährdet sehen die AGMTG, der VDS, VLL sowie der BDSL die Gleichwertigkeit von beruflicher und akademischer Ausbildung (Anrechnung der Fachschulausbildung auf hochschulische Bildung) und die internationale Vergleichbarkeit von Abschlüssen im gleichen Berufsfeld (Stellungnahme zur Zuordnung im DQR, AG MTG 2012).

Von Seiten der Pflegewissenschaft bestand zuvor bereits Kritik gegenüber dem vorgelegten Entwurf des DQR aufgrund der mangelnden Abbildung spezifischer Kompetenzen der professionellen Pflegearbeit und Vernachlässigung pflegerelevanter Wissensformen, weshalb eine Ausdifferenzierung weiterer Instrumente, etwa in Richtung eines Fachqualifikationsrahmens Pflege (FQR-Pflege) befürwortet wird (Hülken-Giesler 2011).

1.2.2 Modernisierungsstrategien und -maßnahmen im Bildungswesen

Einige der in Kap. 1.2 genannten Modernisierungsanlässe wurden bereits durch bildungspolitische Maßnahmen und Reformen aufgegriffen, die im Folgenden kurz skizziert werden sollen.

1.2.2.1 Bologna Prozess und Studienreform

Der Bologna Prozess bzw. die Bolognareform vom 19. Juni 1999 bezeichnet einen europäischen Reformprozess im Bildungssystem, der von 29 europäischen Hochschulministerinnen und Hochschulministern beschlossen wurde und als gemeinsame Zielsetzung die Schaffung eines einheitlichen europäischen Hochschulraumes bis zum Jahr 2010 beinhaltet. Der Einigungsprozess hat einen Änderungsprozess in der europäischen und nationalen Hochschullandschaft in Gang gesetzt, der sich auch auf das Studienfeld „Gesundheitswesen“ ausgewirkt hat.

Zusammenfassend wurden im Rahmen des Bologna-Prozesses folgende Ziele festgelegt:

- Modularisierung der Studiengänge²⁵
- Einführung eines Leistungspunktesystems European Credit Transfer System (ECTS)²⁶

²⁵ Ein Modul umfasst mehrere Lehrveranstaltungen, die inhaltlich sinnvoll zugeordnet werden und schließt mit einer gemeinsamen, übergreifenden Modulprüfung ab.

²⁶ Die Kreditpunkte spiegeln im Prinzip den Zeitaufwand wider, den die Studierenden durchschnittlich aufwenden müssen, um einen Inhalt umfassend zu erarbeiten, wobei 1 ECTS einer geschätz-

- System mit transparenten und vergleichbaren Abschlüssen
- Förderung der Mobilität
- Zentrale Bedeutung der Berufsbefähigung
- Förderung der europäischen Zusammenarbeit durch Qualitätssicherung
- Förderung der Europäischen Dimension in der Hochschulausbildung

In der darauf folgenden Studienreform in Deutschland auf der Grundlage des § 19 Abs. 2-5 Hochschulrahmengesetzes (HRG) von 1999 sind die Hochschulen aufgefordert, ihr Studienangebot auf das zweistufige Bachelor-/Mastersystem umzustellen, es zu modularisieren und mit einem Leistungspunktsystem zu versehen.²⁷ Die Ziele der Studienreform und des Bologna-Prozesses wurden durch verschiedene Beschlüsse der Kultusminister- und Hochschulrektorenkonferenz sowie durch Verordnungen der zuständigen Landesministerien weiter konkretisiert²⁸ (Kälble 2006; Hochschulrektorenkonferenz 2004). Einerseits sollte die Wettbewerbsfähigkeit und Attraktivität des deutschen Hochschulsystems damit erhöht werden, andererseits auch eine Verkürzung der in Deutschland bisher relativ langen Studienzeiten und eine Senkung der Quoten der Studienabbrecher erreicht werden (Stöcker & Wagner 2006; Witte 2006).

Das zweistufige (undergraduate/ postgraduate) bzw. dreistufige Studiensystem (Bachelor, Master, Promotion) stellt die Fakultäten und Fachbereiche mit gesundheitsbezogenen Studiengängen vor neue Herausforderungen. Studiengänge müssen neu konzipiert oder umstrukturiert und modularisiert werden. Die Hochschulen haben für die Entwicklung der Studiengänge Gestaltungsspielraum, in dem für einen Bachelorstudiengang (BA) mindestens drei (180 ECTS mit einer Gesamtarbeitsbelastung von 5400 Stunden) und höchstens vier Jahre (240 ECTS) eingeplant werden können. Masterstudiengänge hingegen umfassen ein Jahr (60 ECTS) bis maximal zwei Jahre (120 ECTS) (Kälble 2006; Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse vom 21.04.2005).

1.2.2.2 Europäische und nationale Instrumente zur Verbesserung der vertikalen und horizontalen Mobilität (im Bildungswesen)

Im Jahr 2000 wurde das Projekt „**Tuning Educational Structure in Europa**“ als ein entscheidender Beitrag der Hochschulen zur Bolognareform eingeführt. Der universitätsgesteuerte Tuning - Ansatz beinhaltet eine Methodik, um Studienprogramme für jede Bologna-Studienstufe²⁹ (neu) zu entwickeln und zu evaluieren und strebt damit die Implementierung des Bologna-Prozesses auf hochschul- und fachspezifischer Ebene an. Desweiteren dient das Tuning Projekt als Plattform zur Entwicklung von Referenzpunkten, die auf Lernergebnissen beruhen, welche anhand von Kompetenzen ausgedrückt werden.³⁰

In der Berliner Nachfolgekonzferenz im Jahr 2003 wurde die Adaption des Tuning-Ansatzes vorgenommen, indem die Minister dafür plädieren, dass Abschlüsse anhand von Arbeitsbelastung (Workload), Niveaustufen, Lernergebnissen, Kompetenzen und Pro-

ten Arbeitsbelastung („Workload“) von 25 bis 30 Zeitstunden entspricht und Präsenz-, Prüfungs- und Selbstlernzeiten gleichermaßen erfassen soll (Muths 2006).

²⁷ Hochschulrahmengesetz (HRG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Januar 1999 (BGBl. I S. 18), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 8. August 2002 (BGBl. I S. 3138)

²⁸ z.B. Beschlüsse der Kultusministerkonferenz (KMK 1997, 1998,1999).

²⁹ Alle europäischen Hochschulgrade sind einer von drei Zyklen / Studienstrukturstufen zuzuordnen. Das Promotionsstudium ist inzwischen ebenfalls in der Bologna-Struktur enthalten und wird als dritte Stufe bezeichnet.

³⁰ Tuning unterscheidet drei Formen überfachlicher Kompetenzen: Instrumentelle Kompetenzen (z.B. kognitive oder methodologische Fähigkeiten), Interpersonelle Kompetenzen (individuelle Fähigkeiten, wie Kommunikationstechniken) und Systemische Kompetenzen (Fähigkeiten und Fertigkeiten hinsichtlich ganzer Systeme).

filen beschrieben werden. Der **Europäische Qualifikationsrahmen (EQF)** für mehr Transparenz in der Hochschulbildung wird initiiert und im Mai 2005 auf der Bergener Bologna- Nachfolgekonferenz übernommen.³¹ Der EQF dient einerseits als Übersetzungsinstrument und als Metarahmen, mit dessen Hilfe Mitgliedstaaten sowohl die Qualifikationsniveaus verschiedener Qualifikationssysteme als auch nationale Qualifikationen durch Zuordnung zu einem entsprechenden Niveau vergleichen können (BMBF 2011)³². Im Oktober 2006 haben sich das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und die Kultusministerkonferenz (KMK) darauf verständigt, gemeinsam einen **Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR)** zu entwickeln.³³ Der DQR beschreibt analog zum EQR auf acht Niveaus fachliche und personale Kompetenzen, an denen sich die Einordnung der Qualifikationen orientiert, die in der allgemeinen, der Hochschulbildung und der beruflichen Bildung erworben werden.

Der Übergang beruflich Qualifizierter in die Hochschule ist ein wichtiges bildungspolitisches Ziel. Die Anrechnung beruflicher Kompetenzen auf Hochschulstudiengänge ist hierfür ein notwendiges Instrument, das zugleich die Grundlage dualer Studiengangsangebote bildet. So wurde im Herbst 2005 im Rahmen der gleichnamigen BMBF - Initiative das **ANKOM-Projekt** („Anrechnung beruflicher Kompetenzen auf Hochschulstudiengänge“) initiiert. Die Ergebnisse aus den zwei Förderphasen (2005-2008; 2008-2011) zur Entwicklung und Implementierung qualitätsgesicherter Anrechnungsverfahren liefern wichtige Informationen, die in zahlreichen Publikationen der Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht wurden (Freitag et al 2011).³⁴

1.2.2.3 Gesetze zur Einführung einer Modellklausel

Das Gesetz zur Einführung einer Modellklausel (ModellKIG) – zunächst 2003 in die Berufsgesetze der Kranken- und Altenpflege und später im September 2009 (ModellKIGes. 2009) in die Berufsgesetze von Ergotherapeuten/innen, Hebammen, Logopäden/innen und Physiotherapeuten/innen stellt ebenfalls einen weiteren Meilenstein der Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe dar. Auf der Gesundheitsministerkonferenz der Länder im Juli 2007 wurde einstimmig beschlossen, dass analog zum § 4 Abs. 6 des Krankenpflegegesetzes in die Berufsgesetze der Gesundheitsfachberufe eine Öffnungsklausel zur Erprobung neuer Ausbildungsformen aufgenommen werden soll. Damit können primärqualifizierende Studiengänge an Hochschulen modellhaft erprobt werden, die sowohl

³¹ Der Qualifikationsrahmen orientiert sich dabei sowohl am Tuning-Ansatz als auch am Joint Quality Initiativ, (JQI). Während sich der JQI mit der generellen Vergleichbarkeit der Zyklen beschäftigt, versucht der Tuning-Ansatz Studiengänge der Zyklen auf Fachbereichsebene zu beschreiben.

³² Dazu sollen die im Rahmen eines jeweiligen nationalen Bildungssystems erzielten Lernergebnisse kompetenz- und outcome-orientiert beschrieben und nationenübergreifend verglichen werden. Berücksichtigt werden sollen formale, nicht-formale und informelle Lernprozesse, die zukünftig mit Leistungspunkten (ECTS, ECVET) auszuzeichnen sind. Eine entsprechende Beschreibung erfolgt entlang der Hauptdimensionen „Kenntnisse“, „Fertigkeiten“ und „Kompetenzen“, die den EQR-Referenzniveaus 1-8 zuzuordnen sind. Die EU-Mitgliedstaaten haben sich verpflichtet, nationale Qualifikationsrahmen bis zum Jahr 2012 zu entwickeln, die eine entsprechende Zuordnung von Qualifikationen und Bildungsleistungen nicht nur im Zusammenhang mit schulischen, beruflichen und hochschulischen, sondern auch mit non-formalen und informellen Lernprozessen zum EQR erlauben (Hülken-Giesler 2011).

³³ www.deutscherqualifikationsrahmen.de

³⁴ „Anrechnungsmodelle. Generalisierte Ergebnisse der ANKOM-Initiative“ (Freitag et al. 2011); „Neue Bildungswege in die Hochschule. Anrechnung beruflicher Kompetenzen für Erziehungs-, Gesundheits- und Sozialberufe“ (Freitag 2009); „Leitlinie für die Qualitätssicherung von Verfahren zur Anrechnung beruflicher und außerhochschulischer Kompetenzen auf Hochschulstudiengänge“ (Wissenschaftliche Begleitung ANKOM 2009a); Memorandum „Zur Stärkung der Durchlässigkeit zwischen beruflicher und hochschulischer Bildung – Perspektiven für die Fachkräfteentwicklung“ ein (Wissenschaftliche Begleitung ANKOM 2009b).

mit einem Hochschulgrad als auch der Berufszulassung abschließen.³⁵ Neue Erwartungen an den Berufsstand, wie erhöhte Qualifikationsanforderungen, Wettbewerbsfähigkeit im internationalen Vergleich, erhöhte Mobilität, Heranbilden einer Profession, Wirksamkeits- und Versorgungsforschung sollen mit der Modellklausel ermöglicht werden (Voelker 2011). Die Ausbildungsangebote sollen zur Weiterentwicklung des jeweiligen Berufes „unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen sowie moderner berufspädagogischer Erkenntnisse dienen“ (vgl. ErgThG § 4 Abs. 5; HebG § 6 Abs. 3; LogopG § 4 Abs. 5; MPhG § 9 Abs. 2). Die neuen Modellklauseln in den Berufsgesetzen der Gesundheitsfachberufe haben im Hinblick auf die erlaubten Abweichungen von den bestehenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen vergleichbare Vorgaben - mit Ausnahme der Abweichung von der Anzahl der Praxisstunden -, beinhalten allerdings, anders als in der Gesundheits- und Krankenpflege, auch für den Fall einer Qualifizierung an Hochschulen keine Erweiterung der Aufgaben.³⁶

1.2.3 Aktuelle Studienlandschaft der Gesundheitsfachberufe

Die seit Beginn der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe entstandene Studienlandschaft ist außerordentlich heterogen und durch eine Vielfalt von Studienstrukturen gekennzeichnet, die sich durch die Bildungshoheit und Interessen der Bundesländer sowie durch die Interessen der einzelnen Hochschularten erklären lassen (Kälble 2006). Die bisherigen Entwicklungen und der z. T. rasante Ausbau von Studiengängen zeigen, dass das akademische Feld hierzulande einer großen Dynamik und organisatorischen Vielfalt unterliegt.

Für die akademischen Ausbildungsgänge der Gesundheitsfachberufe lassen sich seit der Einführung der Modellklauseln in die Berufsgesetze in Deutschland gegenwärtig drei unterschiedliche Modelle unterscheiden (siehe Abb. 2).

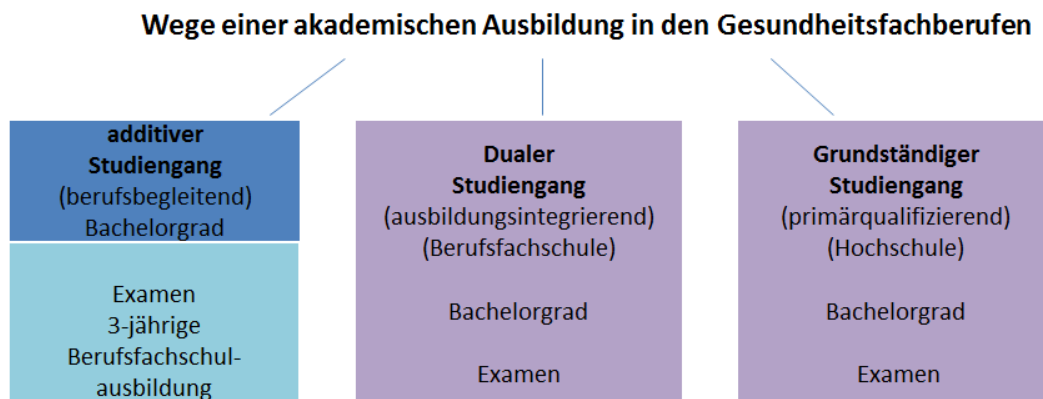


Abb. 2 Akademische Ausbildungsgänge der Gesundheitsfachberufe

Additive Studiengänge

oder auch Weiterbildungsstudiengänge können erst nach erfolgreichem Abschluss (Staatsexamen) einer vorherigen primärqualifizierenden dreijährigen Fachschulausbildung im jeweiligen Berufsfeld aufgenommen werden und finden i. d. R. berufsbegleitend als

³⁵ Auflage: Alle Modellvorhaben müssen im Hinblick auf die Erreichung der Ziele wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden (Artikel 1, Abs. 6). Die Auswertung erfolgt auf Grundlage der Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben des BMG (2009). Bis Mitte 2015 müssen die Länder einen Ergebnisbericht der Modellvorhaben dem BMG übermittelt haben

³⁶ Eine Gesetzesänderung 2008 § 3 Abs. 3 in Verbindung mit § 4 Abs. 7 KrPflG ermöglicht es, dass im Rahmen von Modellvorhaben „erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten erprobt werden“ können.

Teilzeit-Studiengänge statt. Darüber hinaus wird von einzelnen Fachhochschulen eine berufliche Praxiserfahrung vorausgesetzt, so dass es zu einer Ausbildungszeit von sechs bis sieben Jahren kommen kann (Räbiger & Athen 2008).

Ausbildungsintegrierende (duale) Studiengänge

finden in der Regel in Kooperation mit Berufsfachschulen statt, wobei die fachschulischen und die hochschulischen Ausbildungsanteile i. d. R. für einen bestimmten Zeitraum parallel erfolgen. Kennzeichen der ausbildungsintegrierenden Studiengänge sind demnach drei Lernorte (triale Struktur): Hochschule, berufsbildenden Schule und kooperierenden Praxiseinrichtungen (Krankenhäusern, Praxen, etc.) (Wissenschaftsrat 2012). Die innerhalb der dreijährigen Ausbildung erworbenen Kompetenzen werden auf das Studium angerechnet. Als Voraussetzung dieses Studienmodells gilt die Hochschulzugangsberechtigung (HZB) (allgemeine Hochschulreife, fachgebundene Hochschulreife oder die Fachhochschulreife) oder eine Hochschulzugangsberechtigung entsprechend den landesrechtlichen Regelungen sowie ein bestehender Vertrag mit einer staatlich anerkannten Berufsfachschule für den jeweiligen Gesundheitsfachberuf.

Primär- bzw. berufsqualifizierende Studiengänge

bei denen die Gesamtverantwortung für die Ausbildungsinhalte bei der Hochschule liegt³⁷. Eine vorausgehende oder begleitende Fachschulausbildung ist bei diesem Modell nicht notwendig, da auch das Staatsexamen im Rahmen des Hochschulstudiums abgelegt wird und die Absolventen zum Führen der Berufsbezeichnung des entsprechenden Gesundheitsfachberufs berechtigt sind. Damit inkludiert das Studium die berufliche Ausbildung (Slotala 2006). Voraussetzung ist i.d.R. eine Hochschulzugangsberechtigung (HZB) (die allgemeine Hochschulreife, fachgebundene Hochschulreife oder die Fachhochschulreife) sowie z. T. auch eine als gleichwertig anerkannte Vorbildung oder die fachgebundene Studiengangsberechtigung³⁸. Weitere (fach)hochschulgebundene Voraussetzungen sind bspw. eine praxisbezogene Vorbildung (Vorpraktikum), Gesundheitszeugnis über die berufliche Eignung für die gewählte Fachrichtung, Nachweis englischer Sprachkenntnisse, spezielle Einstufungsprüfung etc..

Die Heterogenität der bisher angebotenen Studiengänge wird durch das Nebeneinander primärqualifizierender, ausbildungsintegrierender und additiver Modelle, die sich hinsichtlich des Studienabschlusses, der Studiendauer und in den Studieninhalten bzw. -schwerpunkten in den einzelnen Berufen unterscheiden, deutlich. Die Folge ist ein breiter Qualifikationsmix und eine hohe Varianz der akademischen Abschlüsse. Während diese Entwicklung aus Sicht der Pflege mit dem Argument der Perspektiverweiterung und damit auch Aufbesserung des Images begrüßt wird (DBR 2009)³⁹, fordern die anderen Gesundheitsfachberufe vermehrt eine Vereinheitlichung der Akademisierung (vgl. AG MTG 2011) und sehen die derzeitige Akademisierungsphase der Gesundheitsfachberufe als Umbruchs- und Übergangssituation an (vgl. Jehn 2011).

Während die Studiengangsart, -form und -dauer von verschiedenen Faktoren (wie z. B. landesspezifischen Vorgaben) und auch Interessen abhängen, unterliegen die Inhalte der jeweiligen Studiengänge **Akkreditierungsagenturen**⁴⁰ (Höppner 2007). Bei der Konstruk-

³⁷ Im Rahmen des Hochschulstudiums werden somit alle notwendigen berufspraktischen Inhalte vermittelt.

³⁸ z. B. Mittlerer Bildungsabschluss, fachliche Berufsausbildung und drei Jahre Berufstätigkeit oder auch andere Zulassungsvoraussetzungen.

³⁹ Im Rahmen der Agenda Pflegeforschung (2012) werden jedoch verbindliche Standards für die Pflegestudiengänge gefordert. Aus- und Weiterbildungen unterhalb der akademischen Ebene sollen an die begonnene Akademisierung angepasst werden, um ein insgesamt vertikal und horizontal durchlässiges Ausbildungssystem zu gewährleisten (Behrens et al. 2012, S. 5).

⁴⁰ Zur Sicherung der Qualität der Hochschulausbildung wurden speziell unabhängige und untereinander im Wettbewerb stehende Akkreditierungsagenturen eingerichtet, die wiederum vom Akkre-

tion der Studiengänge stellen sich insbesondere curriculare Herausforderungen, die durch die berufsgesetzlichen Vorgaben verursacht sind (Kälble 2006; Walkenhorst 2011). Die sehr starke Bindung des Studiums an die teils 20 bis 30 Jahre alten Berufsgesetze (vgl. Tab 1) führt dazu, dass Vorgaben aus dem Bereich der beruflichen Bildung in erheblichem Umfang in die akademischen Curricula zu integrieren sind, was zwangsläufig zu Unverträglichkeiten führt, weil Ziele und Methoden einer beruflichen Ausbildung nicht zwangsläufig deckungsgleich mit denen eines akademischen Studiums sind (Friedrich & Schaub 2011).⁴¹ Die grundgesetzlich verbrieftete Autonomie der Lehre und Forschung wird durch die Berufsgesetze eingeschränkt oder bedroht (Reuschenbach 2012). Berufsfachschulen und Hochschulen gehören unterschiedlichen Lernwelten an, die organisatorisch, inhaltlich und didaktisch nicht einfach miteinander zu verbinden sind (HVG 2012). Laut dem Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe HVG e.V. stellen v. a. Ausbildungsintegrierende/duale Studiengänge international einen Sonderweg und eine Herausforderung dar, in dem ein „konsequentes Lernen in zwei unterschiedlich strukturierten Bildungssystemen (einschließlich Lernort Praxis)“ gewährleistet werden muss (HVG 2012, S.3). Darüber hinaus werden gerade im Zuge des Bologna-Prozesses wünschenswerte Auslandsaufenthalte der Studierenden erschwert bzw. unmöglich gemacht, weil die Vorgaben der Berufsgesetze eine sehr kleinteilige Kontrolle der Praxisstellen durch die deutschen Behörden vorsehen, was in der Praxis nur sehr schwer umzusetzen ist (Friedrich & Schaub 2011). Während in der Pflege auf Grundlage der Modellklausel (2003) von den in § 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vorgegebenen praktischen Stundenzahl abgewichen werden kann⁴², muss diese bei den therapeutischen Berufen und im Hebammenwesen nach den „neuen“ Modellklauseln (2009) unangetastet bleiben und setzt damit enge Grenzen bei der Konzeption der Studiengänge (vgl. Billig 2011).

Insgesamt hat die Anzahl einschlägiger Studiengänge an Hochschulen in den Gesundheitsfachberufen deutlich zugenommen, wobei die entstandenen Studienkapazitäten im Vergleich mit den schulischen Kapazitäten noch sehr überschaubar sind (Wissenschaftsrat 2012). Tab. 2 zeigt einen aktuellen Stand der Verteilung der Bachelor- und Masterstudiengänge in den Gesundheitsfachberufen.⁴³ Weitere Informationen zu den einzelnen Studiengängen der Berufe werden in den folgenden Kapiteln geliefert (vgl. Kap. 2.1.2.2-2.5.2.2.).

ditierungsrat die Berechtigung erhalten haben, das Qualitätssiegel des Akkreditierungsrates an von ihnen akkreditierte Studiengänge zu vergeben. Gegenstand der Akkreditierung sind BA- und MA-Studiengänge staatlicher und staatlich anerkannter sowie privater Hochschulen sowie Ausbildungsgänge an Berufsakademien, die zur Berufsbezeichnung „Bachelor“ führen (Kälble 2006).

⁴¹ So gehen die berufsbildenden Konzepte z.B. davon aus, dass der theoretische und praktische Unterricht in fast ständiger Präsenz der Schülerinnen und Schüler stattzufinden hat. Ein akademisches Studium sieht hingegen vor, dass zwei Drittel des Studiums zur Förderung der intellektuellen Selbständigkeit der angehenden Akademikerinnen und Akademiker in sog. Selbstlernphasen absolviert wird (Friedrichs & Schaub 2011, S.3).

⁴² sofern dies der Vermittlung erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten dient und das grundsätzliche Ausbildungsziel nicht gefährdet wird.

⁴³ In der Übersicht wurden Studiengänge berücksichtigt, die vornehmlich auf fachspezifische Inhalte ausgerichtet sind, d.h. keine allgemein gesundheitswissenschaftlich ausgerichteten Studienangebote. Gleiche Studiengänge, die von mehreren Anbietern an unterschiedlichen Standorten angeboten werden, wurden nur einmal gezählt.

Tab. 2 Bachelor und Masterstudiengänge in den Gesundheitsfachberufen

Fachbereich	Fachhochschule / Universität	
	Bachelor	Master
Pflege	32 / 5	2 / 5
Physiotherapie	23 / 2	4 / 2
Ergotherapie	10	-
Logopädie	12 / 5	4 / 1
Hebammenwesen	5	1

Quelle: Berufsverbände, Hochschulkompass

Die Übersicht (Tab. 2) verdeutlicht, dass insbesondere die therapeutischen Berufe und das Hebammenwesen von einer Akademisierung lange Zeit unberührt blieben. Doch selbst in der Pflege, die hinsichtlich der Akademisierung einen etwa zehnjährigen Vorsprung vorzuweisen hat, ist die Anzahl der Masterprogramme deutlich ausbaufähig. Die Diskrepanz zwischen den angebotenen Bachelorstudiengängen und verhältnismäßig wenigen Masterstudiengängen in allen Gesundheitsfachberufen verdeutlicht einen Engpass für die wissenschaftliche Nachwuchsförderung (vgl. Ewers et al. 2012). Die hinsichtlich der Akademisierung angestrebte Entwicklung einer eigenständigen Wissensbasis bzw. Wissenschaftsdisziplin in den Gesundheitsfachberufen wird durch die derzeitig überwiegende Ansiedlung der Studiengänge an Fachhochschulen anstelle von Universitäten erschwert (Kälble 2006; Ewers et al. 2012).

Die seit Anfang der 80er Jahre begonnene Akademisierung in der Pflege bezieht sich jedoch zunächst nicht auf die primärqualifizierende Berufsausbildung von Pflegeberufen, sondern vorwiegend auf nicht versorgungsrelevante Schwerpunkte wie Pflegepädagogik und Pflegemanagement (Bischoff-Wanner & Reiber 2006). In diesem Sinne hat sich ein System von Fachhochschul- und Universitätsstudiengängen entwickelt, das auf Berufsausbildungen aufbaut und eine akademische Weiterbildung darstellt (vgl. Kap. 2.1.2). Die geringe Anzahl an Studienmöglichkeiten für alle Gesundheitsfachberufe macht deutlich, dass ein grundlegender Paradigmenwechsel von der Fachschulausbildung zum Studium bislang in keinem der Gesundheitsfachberufe erreicht wurde (Friedrich & Schaub 2012).

2 Entwicklung in den Gesundheitsfachberufen

2.1 Gesundheits- und Pflegeberufe

Die Pflegeberufe (Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, Altenpflege) zählen mit etwa 1,07 Mio. Beschäftigten⁴⁴ derzeit bereits zu der größten Berufsgruppe im Gesundheitswesen (Simon 2012). Allerdings wird in den nächsten Jahren ein weiterer Beschäftigtenzuwachs – insbesondere in der Altenpflege – erwartet. Bedingt durch gesellschaftliche und gesundheitspolitische Entwicklungen sowie epidemiologische, versorgungsstrukturelle und ökonomische Veränderungen (vgl. Kap. 1.2.1.2) befinden sich die Pflegeberufe seit Mitte der 1990er Jahre in einem intensiven Reformprozess. Mit Inkrafttreten der neuen Berufsgesetze für die Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege und die Altenpflege wurden 2004 bzw. 2003 Experimentierklauseln eingeführt, die es Pflegeschulen ermöglichen, ihre Ausbildungsinhalte und -strukturen zu reformieren. Auf diese Weise sind in den letzten Jahren bundesweit zahlreiche Modellprojekte zur Weiterentwicklung der Pflegeausbildung mit unterschiedlichen Reformelementen entstanden, die als ein gemeinsames Ziel eine Integration der noch getrennten Berufe der Gesundheits- und Kranken-, Gesundheits- und Kinderkranken- sowie Altenpflege erproben. Aktuell ist eine Vielzahl dieser integrierten, integrativen und generalistischen Modelle abgeschlossen und fundierte Evaluationsergebnisse liegen vor, die neue Erkenntnisse zur zukünftigen Entwicklung der Pflegeausbildung(en) liefern (Stöver et al. 2010; Stöver et al. 2008; Görres et al. 2006; BMFSFJ 2008).

Eine von der Bundesregierung eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ hat zudem im März 2012 Eckpunkte zu wesentlichen Aspekten eines neuen Pflegeberufegesetzes entwickelt. Wann es zu einer Gesetznovellierung kommen wird, bleibt jedoch vorerst abzuwarten. Denn aus struktureller und rechtlicher Sicht besteht bei einer Weichenstellung Richtung generalistischer Pflegeausbildung Regelbedarf bezüglich der Schaffung einer einheitlichen Berufsbezeichnung und Ausbildungsfinanzierung, d. h. es bedarf auf gesetzgeberischer Ebene einer Zusammenführung beider Berufsgesetze (Stöver 2010). Hoffnung macht der Koalitionsvertrag⁴⁵ der jetzigen Bundesregierung, in dem die Pflegeberufe in der Ausbildung durch ein neues Berufsgesetz grundlegend modernisiert und zusammengeführt werden sollen. Neben einer generalistischen Grundausbildung in der Pflege, wird eine breite Professionalisierung durch Akademisierung gefordert (SVR 2007; DBR 2007). Aktuell werden bereits über 50 pflegewissenschaftliche Studiengänge angeboten. Dabei sind Studiengänge mit der Ausrichtung auf Pflegepädagogik und Pflegemanagement besonders häufig vertreten, seltener die Richtung Pflegewissenschaft (Wissenschaftsrat 2012; Ewers et al. 2012). Ebenso wenige Angebote gibt es für klinische Pflegeexperten, die weiterhin im patientennahen Umfeld arbeiten.

Derzeit erfolgt die Qualifizierung von Pflegefachkräften über zwei Wege: Zum einen über eine bundeseinheitliche dreijährige Ausbildung zum/zur staatlich anerkannten Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger/in bzw. Altenpfleger/in (KrPflG 2004⁴⁶; AltPflG 2003). Zum anderen über dual verzahnte oder dual integrierte Studiengänge, die zur Ausübung eines Pflegeberufes qualifizieren (vgl. Kap. 2.1.2.2, Abb. 10). Mit der Schaffung von Hilfs- und Assistenzberufen (z. B. Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in bzw. Pflege- und Sozialassistent/in) soll darüber hinaus derzeit ein niedrigschwelliger Einstieg in den Pflegeberuf ermöglicht werden. Hier zeigt sich allerdings selbst für Experten - insbesondere

⁴⁴ Mit und ohne Qualifikation.

⁴⁵ Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP „Wachstum. Bildung. Zusammenhalt.“, Unterzeichnet am 26.10.2009.

⁴⁶ KrPflG vom 16.07.2003. In Kraft getreten am 01.01.2004.

im Bereich der Altenpflege - ein wenig transparenter Markt von Angeboten, der den Zugang zum pflegerischen Bereich erschwert (Stiftung Warentest 2011).

Zum Aufgabenprofil von Pflegefachkräften gehört die eigenverantwortliche Betreuung und Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen in ihren unterschiedlichen Pflegesituationen. „Sie gestalten den Pflegeprozess und führen ärztlich veranlasste Maßnahmen (z. B. Medikamentenverabreichung, Verbandswechsel) durch, assistieren bei Untersuchungen und Behandlungen und übernehmen Dokumentationsaufgaben“ (Wissenschaftsrat 2012, S. 41). Das pflegerische Handeln hat dabei zum Ziel, die Selbstständigkeit in der Lebensführung von Kranken und Pflegebedürftigen wiederherzustellen, zu erhalten und zu fördern. Traditionell verfolgt die Pflege damit einen kurativen Ansatz, welcher auf Unterstützung bei der Bewältigung individueller Folgen von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit ausgerichtet ist (ebd.). Die Einsatzgebiete von Pflegenden erstrecken sich inzwischen aber weit darüber hinaus (vgl. Kap. 1.2.1.3; 2.1.3). „[...] beruflich qualifizierte Pflegekräfte bringen pflegerische Interventionen zur Anwendung, die sich auf einem Kontinuum von fördern, präventiv, kurativ, rehabilitativ, begleitend bis palliativ bewegen“ (Kerngruppe Curriculum 2006, S. 34). Dabei orientiert sich die pflegerische Versorgung an den individuellen Bedürfnissen und der jeweiligen Lebenssituation des Einzelnen (KrPflG bzw. AltPflG). In den folgenden Unterkapiteln werden die hier bereits kurz angerissenen Entwicklungen in der Pflege ausführlich dargestellt.

2.1.1 Aktuelle und zukünftige Versorgungsbedarfe

Die demografischen und epidemiologischen Entwicklungen bedingen eine absolute und relative Zunahme älterer Menschen in der Bevölkerung (Rothgang et al. 2011). Zudem steigt mit dem Alter das Risiko für die Pflegebedürftigkeit^{47,48} und führt zu einer höheren Pflegebedürftigkeitsprävalenz in der deutschen Bevölkerung. Im Jahr 2009 waren Hirschberg et al. (2009) zu Folge etwa 82 Prozent aller Pflegebedürftigen 65 Jahre alt oder älter. Da der Anteil der älteren Bevölkerung (65 Jahre und älter) im Zeitraum 1999 bis 2010 bereits von 15 Prozent auf 21 Prozent gestiegen ist (Nowossadeck 2012) und auf Grundlage verschiedener Prognosen ein weiterer Zuwachs erwartet wird (bis zum Jahr 2030 auf 29%; vgl. Abb. 3), kann auch von einem weiteren Anstieg der Pflegebedürftigkeit ausgegangen werden (Nowossadeck 2012; Statistisches Bundesamt 2009a).

⁴⁷ Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen. (§ 14 SGB XI). Aktuell wird jedoch eine neue Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes gefordert, „[...] der die Belange von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz systematisch berücksichtigt und damit weitere Sonderregelungen überflüssig macht“ (Rothgang et al. 2011, S. 7).

⁴⁸ Das Risiko für Pflegebedürftigkeit im Alter unter 60 Jahren liegt lediglich bei etwa 0,8%. Bei 60 - 80jährigen bereits bei 4,6% und bei über 80-jährigen steigt das Risiko auf ca. 29,9% an (BMG 2012a).

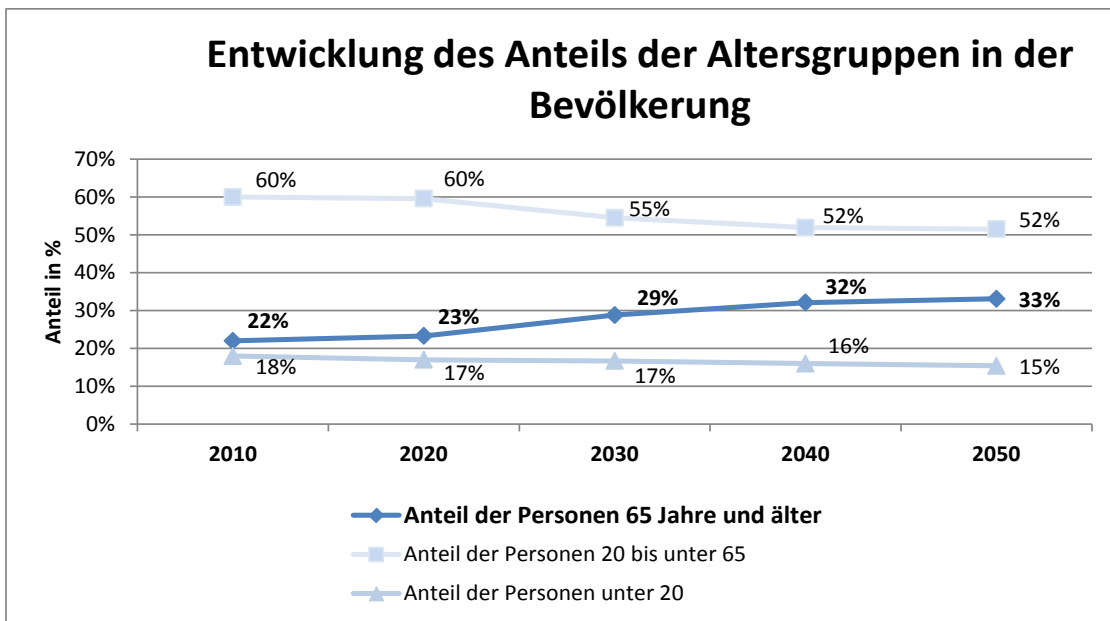


Abb. 3 Entwicklung des Anteils der Altersgruppen in der Bevölkerung (mit Fokus Anteil der über 65-Jährigen)

Quelle: Eigene Darstellung (Datengrundlage: Statistisches Bundesamt 2009a, S. 39).

Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen war die Mehrzahl der Pflegebedürftigen bisher weiblich (BMG 2011b, S. 49). Die Zahl der männlichen Pflegebedürftigen ist in den letzten Jahren jedoch in der sozialen Pflegeversicherung von 33,3 Prozent (2006) auf 34,7 Prozent (2010) leicht angestiegen (BMG 2011b). Die Zunahme wird auch bis zum Jahr 2030 bei den Männern höher ausfallen als bei den Frauen, da laut Bevölkerungsvorausberechnung eine stärkere Zunahme in der Lebenserwartung der Männer erwartet wird (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010).

Derzeit weist der Großteil der Pflegebedürftigen in der sozialen als auch privaten Pflegeversicherung die Pflegestufe I auf (vgl. Abb. 4). Etwa 32 Prozent in der sozialen und etwa 37 Prozent in der privaten Pflegeversicherung finden sich in der Pflegestufe II. Am geringsten ist mit 12 Prozent bzw. 15 Prozent der Anteil derjenigen, die die Pflegestufe III zugewiesen bekommen haben. Aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung und des mit der Alterung einhergehenden höheren Pflegerisikos ist jedoch davon auszugehen, dass sich der Anteil derjenigen mit einer Pflegestufe II bzw. III in Zukunft erhöhen wird. Denn der medizinisch-technische Fortschritt führt dazu, dass die Lebenserwartung trotz Krankheit immer weiter ansteigt.

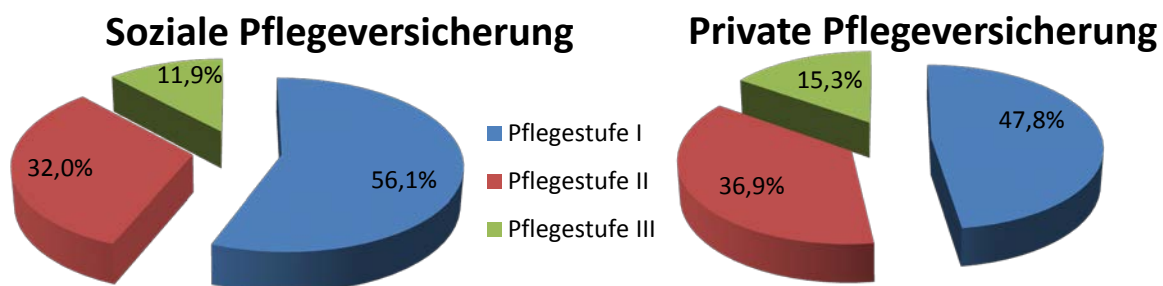


Abb. 4 Pflegebedürftige der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach Pflegestufen 2011/2012⁴⁹

Quelle: Eigene Darstellung (Datenquelle: BMG 2012a)

⁴⁹ Stand am 31.12.2011 (s. BMG 2012a).

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG)⁵⁰ erhalten zudem laut §36 SGB XI auch erstmals Menschen Pflegegeld und –sachleistungen, die noch keiner Pflegestufe zugeordnet sind, dennoch aber Unterstützung benötigen oder aber in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind (BMG 2012b). Bisher konnten lediglich Menschen mit einer Pflegestufe I, II oder III Pflegegeld oder entsprechende Sachleistungen in Anspruch nehmen. Die sogenannte Pflegestufe 0 ermöglicht neben den bisher beziehbaren 100 bzw. 200 Euro für zusätzliche Betreuungsleistungen bei Demenzerkrankungen erstmals Pflegegeld oder Pflegesachleistungen⁵¹, wenn eine Beeinträchtigung der Alltagskompetenz besteht. Dieser durchaus positive Schritt innerhalb der Pflegereform geht gleichermaßen mit einem zusätzlichen Bedarf an Leistungserbringern einher. Im folgenden Kapitel (2.1.1.1) soll in diesem Zusammenhang auf Grundlage der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zunächst die Zunahme der Pflegebedürftigkeit nach Art der Betreuung über alle Pflegestufen hinweg für die Jahre 1999 bis 2009 differenziert betrachtet werden. Anschließend werden die aktuelle Fachkräfteentwicklung, Prognosen zum zukünftigen Bedarf an Pflegefachkräften und die Entwicklung der Ausbildungsplätze auf die gegenwärtige und zukünftige Versorgungssituation von Pflegebedürftigen vorgestellt.

2.1.1.1 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung wurde ermittelt, dass sich zwischen 1999 und 2010 die Zahl der pflegebedürftigen Personen in Deutschland von etwa 2 Mio. auf 2,7 Mio. erhöht hat. Somit ist die Pflegebedürftigkeit innerhalb von zehn Jahren um etwa 14 Prozent gestiegen. Prognosen zum Anstieg der Pflegebedürftigkeit zufolge wird die Zahl der Pflegebedürftigen weiter ansteigen und bis 2050 die Grenze von etwa 4,2 Mio. erreichen (vgl. Abb. 5), was bedeuten würde, dass der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung von gegenwärtig rd. 2,7 Prozent auf rd. 5,7 Prozent steigt.

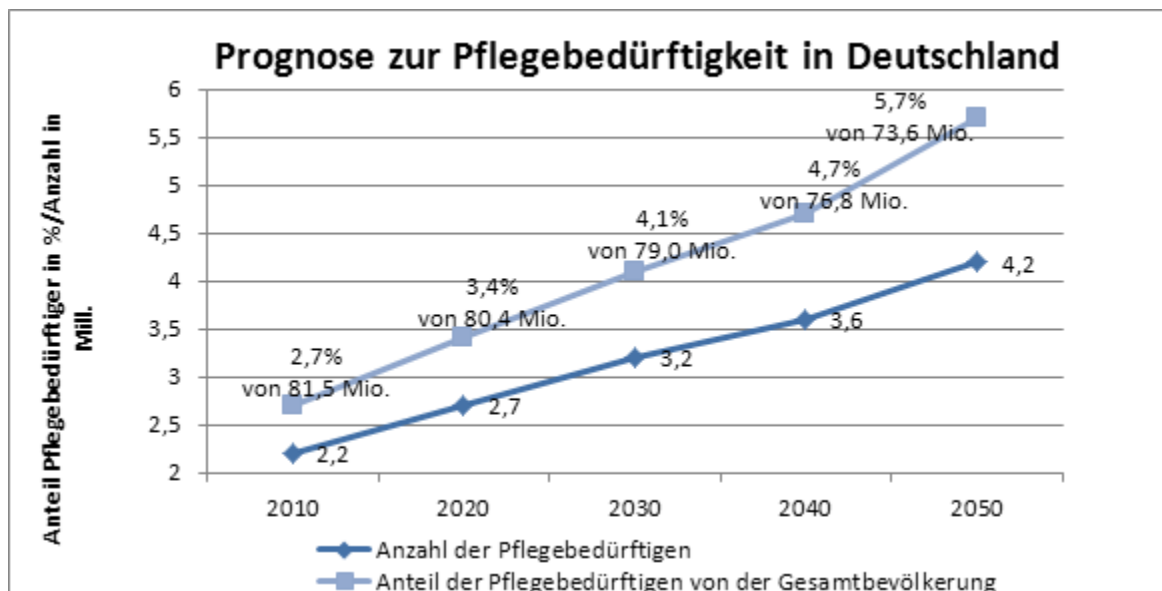


Abb. 5 Prognose zur Pflegebedürftigkeit in Deutschland

Quelle: Eigene Darstellung (Datengrundlage: BMG 2012a, S. 14; Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010).

⁵⁰ Am 01.01.2013 in Kraft getreten.

⁵¹ Weitere Informationen über das PNG finden sich auf der Seite des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG 2012b).

Die steigende Pflegebedürftigkeit lässt zunehmend die Frage aufkommen, wie die Pflegebedürftigen in Zukunft versorgt werden sollen. Gegenwärtig findet die Versorgung größtenteils (zu 70 %) zu Hause statt (vgl. Abb. 6): Etwas mehr als die Hälfte der zu Hause wohnenden Pflegebedürftigen wird (rd. 66 %) allein durch Angehörige bzw. ohne die professionelle Unterstützung von Pflegeeinrichtungen gepflegt (informelle bzw. familiäre Pflege). Weitere rd. 34 Prozent werden durch die Zusammenarbeit von informell und professionell Pflegenden oder ausschließlich durch ambulante Pflegedienste versorgt. Die informelle bzw. familiäre Pflege bildet somit gegenwärtig eine zentrale Säule in der pflegerischen Versorgung. In Folge gesellschaftlicher Veränderungen, wie:

- der Zunahme der Frauenerwerbquote,
- der steigenden Kinderlosigkeit,
- dem Anstieg des Renteneintrittsalters,
- der Zunahme von Single-Haushalten und großer räumlicher Trennungen von Familien, sowie
- der allgemeinen Alterung potentiell informell Pflegenden etc. (Rothgang et al. 2012; Lamura et al. 2006),

bricht dieser Bereich jedoch zunehmend weg. Der Verlust dieses familialen Leistungsberreichs innerhalb der Pflege führt zu einer steigenden Bedeutung von professioneller Pflege.

Der stationären (Langzeit-)Pflege wird dabei eine wesentliche Rolle zugesprochen: Denn unter der Annahme einer konstanten Pflegequote wird die Zahl der stationär Pflegebedürftigen von rd. 749.000 im Jahr 2009 auf 966.000 bis zum Jahr 2020 und auf rd. 1.16 Mio. bis 2030 ansteigen. Selbst in einem Szenario mit sinkender Pflegequote wird Augurzky et al. (2011) zufolge die Zahl der stationär zu versorgenden Pflegebedürftigen noch auf 913.000 (bis 2020) bzw. rd. 1.07 Mio. (bis 2030) zulegen.

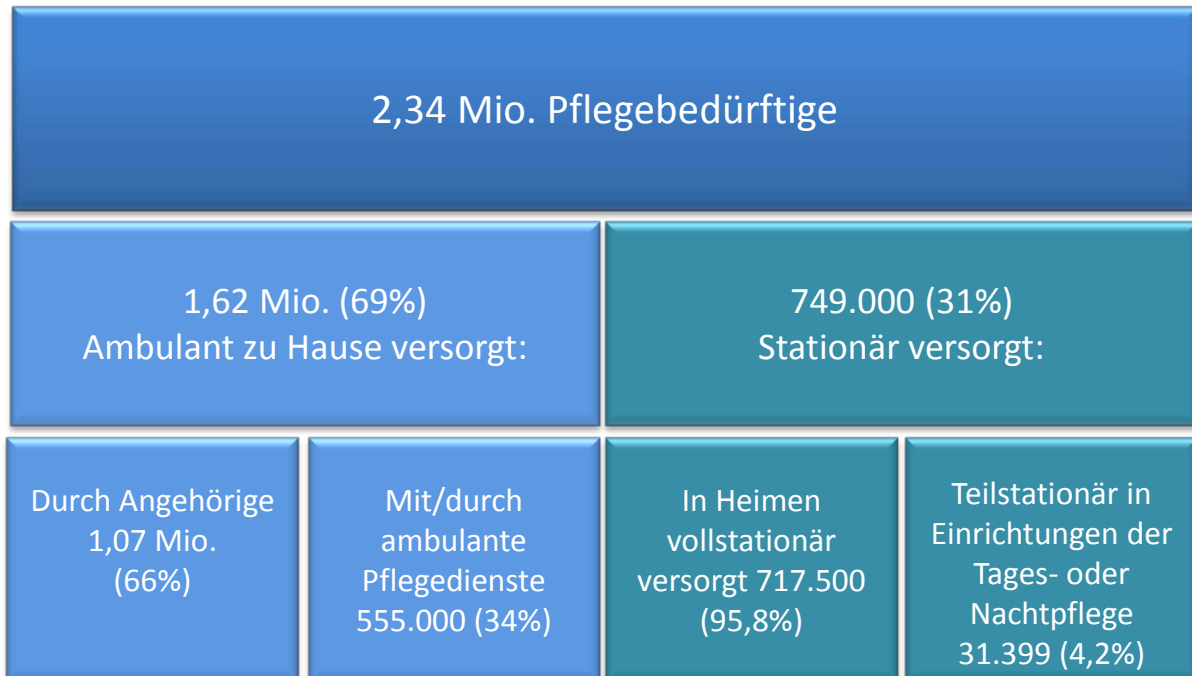


Abb. 6 Pflegebedürftige nach Versorgungsart im Jahr 2009

Quelle: Eigene Darstellung (nach Pfaff 2011, S. 4).

Pflegebedürftigkeit in NRW

Nordrhein-Westfalen weist als bevölkerungsreichstes Bundesland die meisten Pflegebedürftigen im Vergleich der Bundesländer auf (Pohl 2011). Dies sind etwa 21,8 Prozent

aller Pflegebedürftigen in Deutschland⁵². Die Zahl der Pflegebedürftigen in NRW hat sich zudem zwischen 1999 und 2009 um etwa 10 Prozent erhöht (GBE 2011a). Von Pflegebedürftigkeit betroffen sind nach Angaben des Statistischen Landesamtes IT.NRW⁵³ etwa 510.000⁵⁴ Personen der gesetzlichen und privaten Versicherung (vgl. Zitzmann 2012). Die Versorgung von Pflegebedürftigen erfolgt zum größten Teil (etwa 46%) durch Angehörige, etwa 23 Prozent werden in (voll- oder teil-)stationären Einrichtungen und etwa 23 Prozent durch ambulante Pflegedienste versorgt (GBE 2011a; vgl. Abb. 4). Auch die Verteilung auf die drei Pflegestufen weist keine Besonderheiten zum Bundesdurchschnitt auf: 55 Prozent der Pflegebedürftigen NRW's haben die Pflegestufe I, 33 Prozent die Pflegestufe II und etwa 12 Prozent die Pflegestufe III zugewiesen (vgl. Abb. 4). In Anlehnung an Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit wird die Zahl der Pflegebedürftigen in NRW (ausgehend von der Pflegebedürftigen-Zahl im Jahr 2007 - rd. 485.000) bis zum Jahr 2030 um etwa 46 Prozent auf rd. 710.000 Pflegebedürftige ansteigen (Pohl 2011).

Entwicklung der Versorgungsbereiche in der Pflege

Zahlen des Statistischen Bundesamtes (GBE 2011a) über die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit zwischen 1999 und 2009 verdeutlichen die zunehmende Bedeutung von professioneller Pflege anhand der Entwicklung der Versorgungsbereiche (vgl. Abb. 7): Obwohl sowohl im Jahr 1999 als auch im Jahr 2009 die Versorgungsbereiche (ambulante, vollstationäre, teilstationäre) gleich verteilt sind, ist bereits eine Veränderung sichtbar: Der Anteil derjenigen, die Pflegegeld beziehen und somit informell bzw. teilweise informell gepflegt werden, ist zwar auch im Jahr 2009 noch am größten, jedoch rückläufig. Im Jahr 2009 bezogen bereits rd. 6 Prozent weniger Pflegebedürftige Pflegegeld als im Jahr 1999. In Bezug auf die Entwicklung der Pflegebedürftigenzahl im Zeitraum 1999 bis 2009 bedeutet dies einen Zuwachs um lediglich 4 Prozent (vgl. Tab. 3).

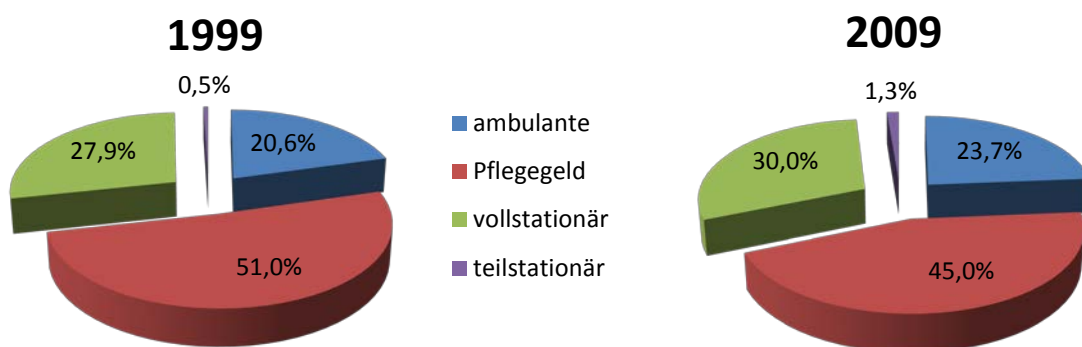


Abb. 7 Pflegebedürftigkeit nach Art der Betreuung 1999 und 2009 in %

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung auf Grundlage von GBE 2011a.

Weitergehend ist innerhalb des betrachteten zehnjährigen Zeitraums zu erkennen, dass der Anteil ambulanter sowie teilstationärer Pflegeleistungen zugenommen hat: Im Jahr 1999 wurden etwa 21 Prozent der Pflegebedürftigen ambulant und 0,5 Prozent teilstationär versorgt, 2009 waren es bereits 24 Prozent ambulant und 1,3 Prozent teilstationär (vgl. Abb. 7). Die Zahl der Pflegebedürftigen, die ambulante Pflegeleistungen erhalten, ist zwischen 1999 und 2009 von 415.300 auf 555.200 um rd. 34 Prozent gestiegen (vgl. Tab. 3). Die Zahl teilstationär Pflegebedürftiger hat sich sogar von 10.500 auf 31.400 um rd. 200 Prozent erhöht.

⁵² Berechnung auf Grundlage der Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2009 (2,3 Mio. Pflegebedürftige).

⁵³ Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW).

⁵⁴ Aktuellste Zahlen über Pflegebedürftige in NRW Ende 2009.

Auch im Bereich der vollstationären Pflege ist ein Anstieg zu verzeichnen, der jedoch etwas geringer als in den anderen beiden Bereichen ausfällt. Im Jahr 1999 waren es etwa 28 Prozent, die vollstationäre Pflegeleistungen bezogen, 2009 etwa 2 Prozent mehr (vgl. Abb. 7). Die Zahl der Pflegebedürftigen ist von 562.800 auf 717.500 um etwa 28 Prozent gestiegen (vgl. Tab. 3).

Tab. 3 Pflegebedürftige (absolut, je 100.000 Einwohner) von 1999 bis 2009 nach Art der Betreuung (alle Pflegestufen)

Pflegebedürftige nach Art der Betreuung/ Jahr	1999	2001	2003	2005	2007	2009	Entw. 1999 – 2009 (%)
Insgesamt pflegebedürftig	2.016.091	2.039.780	2.076.935	2.128.550	2.246.829	2.338.252	16
Ambulant	1.442.880	1.435.415	1.436.646	1.452.968	1.537.518	1.620.762	12,3
Ambulant	415.289	434.679	450.126	471.543	504.232	555.198	33,7
Pflegegeld	1.027.591	1.000.736	986.520	980.425	1.033.286	1.065.564	3,7
Stationär	573.211	604.365	640.289	676.582	709.311	748.889	30,6
Vollstationär	562.762	591.901	623.182	657.516	686.082	717.490	27,5
Teilstationär	10.449	12.464	17.107	19.066	23.229	31.399	200,5

Quelle: Eigene Darstellung (und teilweise eigene Berechnung; Datengrundlage: GBE-Bund 2011a⁵⁵)

Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Art der Betreuung weist auf eine Verschiebung der Versorgungsbereiche in der Pflege hin, die angesichts des rückläufigen familialen oder informellen Pflegepotenzials die professionelle Pflege immer weiter in den Vordergrund rücken lässt. In diesem Zusammenhang sind die aktuelle Fachkräfteentwicklung und die Entwicklung der Ausbildungsplätze von hoher Relevanz.

2.1.1.2 Aktuelle Fachkräfteentwicklung

Auf Grundlage einer aktuellen Studie über die Beschäftigten und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen für die Jahre 1999 bis 2009 (Simon 2012) sind gegenwärtig eine Vielzahl unterschiedlicher Zahlen vorzufinden, die keine eindeutigen und differenzierten Angaben über die Anzahl von Fachkräften im Pflegebereich zulassen. Simon (2012) spricht davon, dass vorhandene Statistiken (z. B. Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes, GPR) die tatsächliche Zahl der Beschäftigten über- oder unterschätzen und führt in seiner Studie für den Deutschen Pflegerat die Angaben verschiedener Teilstatistiken des Gesundheitswesens⁵⁶ zu einer Gesamtstatistik⁵⁷ zusammen. Diese bildet im Folgenden die Hauptgrundlage für differenzierte Zahlen zur Gesamtbeschäftigung in den einzelnen Pflegeberufen. Demnach waren im Jahr 2009 etwa 1,07 Mio. Menschen in Pflegeberufen⁵⁸ tätig. Ausgehend von der Zahl der insgesamt im Gesundheitswesen Beschäftigten (4,74 Mio.), stellt die Pflege somit etwa ein Viertel der Beschäftigten im Gesundheitsbereich.

Die Zeitreihe in Tabelle 4 macht weitergehend deutlich, dass die Zahl der Beschäftigten in den Pflegeberufen zwischen 1999 und 2009 kontinuierlich angestiegen ist (um ca. 23%).

⁵⁵ Statistik über Pflegebedürftige in Deutschland, die ambulante oder stationäre Betreuungsleistungen oder Pflegegeld aus der sozialen oder privaten Pflegeversicherung beziehen.

⁵⁶ Krankenhausstatistik, Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und die Pflegestatistik..

⁵⁷ Daten bilden die Beschäftigung in Pflegeberufen daher zu ca. 95% ab (Simon 2012).

⁵⁸ Ohne Berücksichtigung von Pflegepersonal in Funktionsdiensten.

Den größten Zuwachs weist mit rd. 85.000 mehr Pflegefachkräften (mit 3-jähriger Ausbildung) sowie rd. 20.000 Pflegehilfskräften⁵⁹ (mind. 1-jährige Ausbildung) die Altenpflege auf (ca. 77,9% bzw. 119%). Bei den Gesundheits- und Krankenpfleger/innen hingegen konnte im gleichen Zeitraum lediglich ein Beschäftigungszuwachs von rd. 37.000 bzw. etwa 8 Prozent verzeichnet werden, bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräften ein Zuwachs von nur rd. 1.500 (bzw. etwa 3% mehr) Beschäftigten (Simon 2012). Für die Pflegehilfskräfte der Krankenpflege (mit mind. 1-jähriger Ausbildung) zeigt sich ein deutlicher Rückgang (um etwa 14%).

Die Zahl der Beschäftigten in der ambulanten Pflege weist den größten Zuwachs auf. Zwischen 1999 und 2009 stieg die Beschäftigtenzahl in diesem Versorgungsbereich um etwa 56 Prozent (Simon 2012; vgl. Tab. 4). Ein ähnlich starker Beschäftigtenzuwachs zeigt sich auch in Pflegeheimen (um etwa 45%). In Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen hingegen weist die Zahl der Beschäftigten lediglich einen Anstieg um etwa 14 Prozent auf.

Zwischen 1999 und 2009 ist die Zahl unqualifizierter Pflegekräfte (ohne Ausbildung) um 33 Prozent gestiegen. Bei Pflegefachkräften hingegen konnte lediglich ein Personalzuwachs um 20 Prozent und bei Pflegehilfskräften sogar nur um 16 Prozent verzeichnet werden (vgl. Tab. 4).

Bemerkenswert ist, dass Simon (2012) den Beschäftigungszuwachs nicht auf einen Anstieg in der Zahl vollzeitbeschäftigter Pflegefachkräfte zurückführt, sondern vor allem auf die starke Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung (um 60%) und den vermehrten Einsatz von unqualifiziertem Pflegepersonal⁶⁰. Durch die Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung lässt sich für das Jahr 2009 im Vergleich zu den übrigen Beschäftigten im Gesundheitswesen⁶¹ eine etwa doppelt so hohe Teilzeitquote in Pflegeberufen feststellen (52% zu 27%; Simon 2012), vorwiegend sind dies Pflegefachkräfte. Unter den ca. 557.000 Teilzeitbeschäftigten in Pflegeberufen befinden sich etwa 376.000 teilzeitbeschäftigte Pflegefachkräfte (ebd.).

⁵⁹ In einigen Bundesländern ist an die Stelle der Kranken und Altenpflegehilfeausbildung die Ausbildung zur Pflege- oder Sozialassistentin bzw. zum Pflege oder Sozialassistenten getreten, so bspw. in Hamburg und Niedersachsen. In den beiden genannten Ländern dauert die Ausbildung zwei Jahre und wird mit einer staatlichen Prüfung abgeschlossen (Simon 2012, S. 10). In diesem Bericht gilt die Verwendung des Begriffs „Pflegehilfskräfte“ auch für Pflege- oder Sozialassistent/innen.

⁶⁰ Personen ohne pflegerische (Hilfs-, Assistenz-)Ausbildung bzw. fachfremdes Personal.

⁶¹ Zu den ‚Beschäftigten im Gesundheitswesen‘ zählen alle im Sektor des Gesundheitswesens tätigen Personen (z.B. Ärzte, Apotheker, Psychotherapeuten, Zahnärzte, Zahnmedizinische Fachangestellte, Zahntechniker, Medizinisch-technische Assistenten, Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten, etc.)(vgl. Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes).

Tab. 4 Beschäftigte in Pflegeberufen nach Qualifikation (1999 bis 2009); ohne Pflegepersonal in Funktionsdiensten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Beschäftigte:	1999	2001	2003	2005	2007	2009	Entw.1999 – 2009 (%)
In Pflegeberufen insgesamt	870.949	907.266	944.936	973.495	1.070.842	1.070.842	23
Ambulante Pflegeeinrichtungen	137.906	144.081	156.755	171.293	189.142	215.427	56,2
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	23.611	26.046	25.530	25.630	26.484	26.830	13,6
Pflegeheime	293.567	320.820	354.468	383.386	404.319	426.960	45,4
Krankenhaus	415.865	416.319	408.183	393.186	392.896	401.625	-3,4
Mit abgeschlossenem pflegewissenschaftlichen Studium	1.228	1.631	1.954	2.291	5.204	3.706	201,8
Mit 3-jähriger Pflegeausbildung:	606.019	629.638	655.211	676.533	705.872	729.655	20,4
Gesundheits- und Krankenpfleger/innen	448.312	455.693	463.625	468.455	477.111	485.387	8,3
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen	48.546	49.066	49.621	49.621	49.859	50.073	3,1
Altenpfleger/innen	109.161	124.879	141.965	158.817	178.902	194.195	77,9
Pflegekräfte mit mind. 1-jähriger Pflegehilfsausbildung:	75.370	75.005	72.205	70.170	76.924	87.228	15,7
Krankenpflegehelfer/innen	58.746	55.944	52.727	48.633	49.193	50.747	-13,6
Altenpflegehelfer/innen	16.624	19.061	19.478	21.537	27.731	36.481	119,4
Pflegekräfte ohne Ausbildung	188.332	200.992	215.566	224.501	224.841	250.253	32,9

Quelle: Eigene Darstellung (und teilweise eigene Berechnung; Datengrundlage: Simon 2012, S. 31).

Da die Pflege ein zu etwa 86 Prozent von Frauen dominierter Beruf ist, wurden diese Entwicklungen bisher vielfach auf Familien- und Erziehungszeiten der Frauen zurückgeführt. Simon (2012) zufolge müssen jedoch weniger persönliche Lebensumstände der Beschäftigten (z. B. Kindererziehung), sondern vielmehr die zunehmende Flexibilisierung des Personaleinsatzes und damit einhergehende Einsparungen von Personalkosten als Ursache für die starke Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung und den Einsatz von unqualifizierten Kräften in Pflegeberufen angenommen werden. Die Einsparungen haben zu „chronischen“ Unterbesetzungen und damit verbunden zu steigenden Arbeitsbelastungen sowie zu einer Zunahme arbeitsbedingter Krankheits- und Ausfälle geführt (ebd.). Zudem üben tiefgreifende strukturelle Veränderungen einen starken Einfluss auf die Arbeitssituation von Pflegekräften aus (Metz et al. 2009):

- die Einführung der Pflegeversicherung 1995 und die damit einhergehende steigende Nachfrage nach professioneller Pflege,
- die Reform „ambulant vor stationär“ (vgl. Kap. 1.2.1.2), als auch
- die Umstellung der Finanzierungssysteme für Krankenhäuser und die damit verbundenen höheren Anforderungen an die Optimierung der innerbetrieblichen Arbeitsprozesse, sowie
- die poststationäre Versorgung, welche kürzere Verweildauern der Patienten zur Folge hat (vgl. Kap. 1.2.1.2) und
- die zusätzliche Belastung durch Dokumentations-, Abrechnungs-, Qualitätssicherungs-, Fehlermanagementsysteme, etc.,

„Hinzu kommt der i. d. R. frühzeitige Berufsausstieg nach durchschnittlich achteinhalb Jahren in der Altenpflege und nach etwa 14 Jahren in der Krankenhauspflege. Die Ursachen sind u. a. hohe berufsspezifische Belastungen wie der Zeitdruck oder das Gefühl, den Kontakt zu den Pflegebedürftigen nur noch „verwalten“ zu können“ (Knüppel 2012, S. 2). Pflegende sind einer hohen physischen, aber auch psychischen Belastung ausgesetzt. Vor dem Hintergrund, dass der demographische Wandel auch die Belegschaft altern lässt⁶², sind Handlungsansätze gefordert, die belastende Arbeitssituationen von professionell Pflegenden identifizieren und mit entsprechenden präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen reagieren (ebd.).

Pflegebeschäftigte in NRW

Im Jahr 2007 waren in NRW im Bereich der professionellen Pflege rd. 187.000 Personen beschäftigt (Pohl 2011, S. 17). Davon ist die Mehrzahl der Pflegenden in Pflegeheimen tätig (rd. 74%), das restliche Viertel (rd. 26%) in der ambulanten Pflege. Insgesamt ist etwa ein Drittel der Pflegekräfte in NRW in Vollzeit tätig (31,3%), womit im Gegensatz zu allen anderen Bundesländern rd. 3 Prozent mehr Vollzeitäquivalente je Bewohner zum Einsatz kommen (Rothgang et al. 2011). Weitere rd. 62,4 Prozent sind in Teilzeit tätig und etwa 6,3 Prozent der ambulanten und stationären Pflegeleistungen werden durch sonstige Beschäftigte (Praktikant/innen, Schüler/innen, Helfer/innen im freiwilligen sozialen Jahr, etc.) ausgeübt (Pohl 2011, Tab. 1, S. 17).

Im Vergleich der ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen zeigt sich ein höherer Anteil von Teilzeit-Pflegekräften in ambulanten Pflegediensten (um etwa 10% höher als in Pflegeheimen) sowie ein um etwa 5 Prozent geringerer Anteil von sonstigen Beschäftigten (ebd.).

Zukünftiger Bedarf an Pflegekräften

Aufgrund der zunehmenden Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung wird bereits heute und sich in der Zukunft noch weiter verschärfender Fachkräftemangel in der Pflege prognostiziert. Hinzu kommt, dass die gegenwärtigen Ausbildungsstrukturen, die schlechten Arbeitsbedingungen und die unzureichende Bezahlung zu einem schlechten Image des Berufsfelds Pflege geführt haben und sich gemessen am prognostizierten Bedarf von ca. 500.000 Pflegekräften im Jahre 2030 (vgl. Rothgang 2012) deutlich zu wenige potenzielle Bewerber/innen für eine Ausbildung in der professionellen Pflege entscheiden (Bomball et al. 2010). So wird auf Grundlage von Modellrechnungen des Statistischen Bundesamtes und des Bundesinstituts für Berufsbildung (Afentakis & Maier 2010) spätestens nach 2025 der deutsche Arbeitsmarkt mit einem massiven Arbeitskräftemangel konfrontiert sein. Es werden rd. 152.000 Beschäftigte in Pflegeberufen fehlen, um die bis dahin vermutete Zahl an Krankenhauspatient/innen und Pflegebedürftigen versorgen zu können. Die Bundesagentur für Arbeit (2011) spricht davon, dass etwa 325.000 Vollkräfte allein in der Altenpflege fehlen werden, darunter etwa 140.000 Pflegefachkräfte. Für die Pflege in Krankenhäusern

⁶² Im Jahr 2009 war ein Viertel (26%) der Beschäftigten bereits älter als 50 Jahre alt. Der Großteil der Beschäftigten befindet sich im Alter von 35 bis 49 (43%). Aufgrund des zurückgehenden Nachwuchses geht der Anteil der unter 35-jährigen immer weiter zurück (GBE 2011b).

wird in Anlehnung an die Studie des Price Waterhouse Coopers (zitiert in Knüppel 2012) im Jahr 2020 ein Mangel von über 174.000 Gesundheits- und Krankenpfleger/innen und Hilfskräften vorhanden sein, im Jahr 2030 werden es annähernd 480.000 zu wenig sein. Auch Rothgang et al. (2011) machen im BARMER GEK Pflegereport darauf aufmerksam, dass bei gegenwärtiger Entwicklung der Beschäftigtenzahlen im Jahr 2030 - ausgehend von den Werten im Jahr 2009 - eine Personallücke in Vollzeitäquivalenten von rd. 490.000 droht (Rothgang et al. 2011).

Um Pflegebedarfe auf Basis des Personalangebots auch zukünftig befriedigen zu können, ist es unabdingbar, mehr nachkommende Generationen für den Beruf der Pflege zu gewinnen. Die Rate der Schulabgänger, die sich für einen Pflegeberuf entscheiden, verweilt allerdings gegenwärtig bei etwa 4 bis 4,5 Prozent und führt angesichts rückläufiger Schulabgängerzahlen zu sinkenden Schüler/innenzahlen in der Pflege (Schmidt 2009). Darüber hinaus beabsichtigen einer Untersuchung der Universität Greifswald aus dem Jahr 2011 zufolge 20 bis 30 Prozent der Gesundheits- und Krankenpflegeschüler/innen nach Abschluss ihrer Ausbildung ‚gar nicht‘ bis ‚maximal fünf Jahre‘ im Beruf zu arbeiten (Golombek & Fleßa 2011).

Verschiedene Bestrebungen, wie die Novellierung des Pflegeberufgesetzes und die Neuausrichtung der Pflegeausbildung sollen derzeit dazu beitragen, den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten und die Zahl der Auszubildenden zu erhöhen. Eine Initiative der Bundesregierung, der Länder und Kommunen, der Wohlfahrtsverbände, der Fach- und Berufsverbände der Altenpflege, der Bundesagentur für Arbeit, der Kostenträger sowie der Gewerkschaften soll auf der Grundlage einer erstmals gemeinsamen „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive für die Altenpflege“ die Sicherung der Fachkräftebasis in der Altenpflege vorantreiben und u. a. bis zum Jahr 2015 die Ausbildungszahlen jährlich um zehn Prozent steigern⁶³.

2.1.1.3 Entwicklung der Ausbildungsplätze

Bundesweit besteht an 1.134 Schulen des Gesundheitswesens⁶⁴ die Möglichkeit, eine pflegerische Ausbildung aufzunehmen (Stand 2011; Statistisches Bundesamt 2012a). An 534 der 1.134 Schulen ist gegenwärtig eine Gesundheits- und Krankenpfleger/innen-Ausbildung möglich. An 140 Schulen werden Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen und an 228 Schulen Altenpfleger/innen ausgebildet. Darüber hinaus besteht an 83 Schulen die Möglichkeit eine Ausbildung in der Krankenpflegehilfe und an 149 Schulen eine Ausbildung in der Altenpflegehilfe aufzunehmen (ebd.).

Ein Blick auf die Entwicklung der Anzahl der Schulen zwischen 2006 und 2011 zeigt insgesamt einen leichten Rückgang (Abb. 8). Dies ist vor allem auf die Abnahme von Schulen, an denen Gesundheits- und Krankenpfleger/innen ausgebildet werden können, zurückzuführen. Alle anderen Entwicklungen weisen eine relative konstante Zahl an Schulen auf.

⁶³ Weitere Bestandteile der Initiative sind bis zu 4.000 Pflegehelfer/innen nachzuqualifizieren, die erneute Einführung der dreijährigen Umschulungsförderung zur Pflegefachkraft durch die Bundesagentur für Arbeit und eine lediglich zweijährige Qualifizierung für Pflegehelfer/innen mit Vorerfahrung (BMFSFJ 2012).

⁶⁴ Die Ausbildung in der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege sowie Altenpflege erfolgt hierzulande im systemischen Sonderweg pflegeberuflicher Bildung (vgl. Kap. 1.2.1.1), vor allem an ‚Schulen des Gesundheitswesens‘ oder an Berufsfachschulen ‚der besonderen Art‘ (Bayern). In dieser Darstellung werden nur Schulen des Gesundheitswesens berücksichtigt.

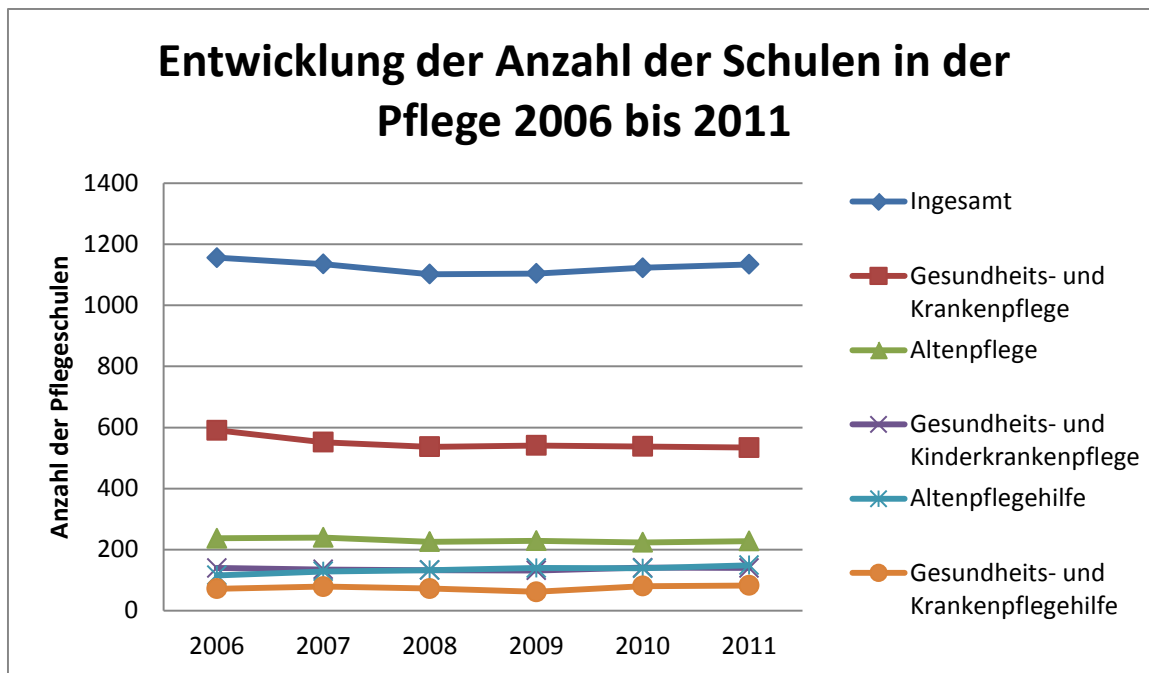


Abb. 8 Entwicklung der Anzahl der Pflegeschulen 2006 bis 2011

Quelle: Eigene Darstellung (auf Grundlage der Daten des Statistisches Bundesamtes: Statistik der Beruflichen Schulen 2007 - 2012)

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch für **Nordrhein-Westfalen**, wobei hier neben den Schulen für die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung auch im Bereich der Altenpflegeausbildung ein leichter Rückgang der Schuleinrichtungen zu verzeichnen ist (Statistisches Bundesamt 2012a). Dennoch stellt allein Nordrhein-Westfalen etwa ein Drittel aller Pflegeschulen in Deutschland (rd. 32%).

Derzeit existieren insgesamt etwa 365 Schulen, wovon an 135 Schulen eine Ausbildung zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger/in, an 42 Schulen zum/zur Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in und an 105 Schulen eine Ausbildung zum/zur Altenpfleger/in aufgenommen werden kann. Darüber hinaus besteht an 29 Schulen die Möglichkeit eine Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe und an 54 Schulen eine Ausbildung im Bereich der Altenpflegehilfe aufzunehmen (ebd.).

Entwicklung der Zahl der Schüler/innen in der Pflege

Ausgehend vom Schuljahr 2009/2010 ist die Zahl der Schüler/innen der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege sowie Altenpflege innerhalb der Sozial- und Gesundheitsdienstberufe⁶⁵ bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt um etwa 17 Prozent angestiegen und beträgt derzeit rd. 131.200 (Schuljahr 2011/2012; vgl. Tab. 5). Innerhalb der Pflegefachberufe zeigt sich, dass der Anstieg der Schüler/innenzahlen erwartungsgemäß am stärksten in der Altenpflege ausfiel (rd. 32%). Der Anstieg bei den Gesundheits- und Krankenpfleger/innen war etwa um ein Viertel niedriger (rd. 9%). Bei Schüler/innen der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zeigt sich sogar ein leichter Rückgang (um 0,4%). Auch bei den Schüler/innenzahlen Altenpflegehilfe ist ein Rückgang um rd. 0,5 Prozent zu verzeichnen; unter den Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen hingegen ein Zuwachs um rd. 22 Prozent.

⁶⁵ Die Angaben beruhen auf der Statistik über die Schüler/innenzahlen an Schulen des Gesundheitswesens sowie Berufsfachschulen und Fachschulen der Länder. „Die nicht akademische Ausbildung in Berufen des Gesundheitswesens erfolgt zum überwiegenden Teil in Schulen des Gesundheitswesens. [...] Neben den Schulen des Gesundheitswesens werden Ausbildungen zu den Sozial- und Gesundheitsdienstberufen unterhalb der akademischen Ebene aufgrund des unterschiedlich strukturierten föderalen Schulsystems auch an Berufsfachschulen und Fachschulen der Länder durchgeführt (Bundesinstitut für Berufsbildung 2012).“

Der Großteil der Auszubildenden ist weiblich (rd. 80% im Schuljahr 2011). Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes⁶⁶ ist der Anteil der männlichen Auszubildenden allerdings in den letzten zehn Jahren um insgesamt 69 Prozent gestiegen.

Tab. 5 Entwicklung der Schüler/innenzahlen in der Pflege für die Schuljahre 2006/2007 bis 2011/2012

Schuljahr/ Schüler/innen...	2006/ 2007	2007/ 2008	2008/ 2009	2009/ 2010	2010/ 2011	2011/ 2012	Entw. S.J. 2006/ 2007 – 2011/ 2012 (in %)
Der Pflege gesamt	112.337	111.828	111.590	117.751	126.192	131.167	16,8%
Der Gesundheits- und Krankenpflege	55.014	55.609	55.588	57.134	59.172	59.857	8,8%
Der Gesundheits- und Kinder- krankenpflege	6.467	6.150	6.041	6.003	6.454	6.442	-0,4%
Der Altenpflege	42.407	41.104	41.553	46.174	51.965	55.966	32%
Der Pflege- fachberufe gesamt	103.888	102.863	103.182	109.311	117.591	122.265	17,7%
Der Gesundheits- und Kranken- pflegehilfe	2.198	2.337	2.239	2.004	2.267	2.681	22%
Der Alten- pflegehilfe	6.251	6.628	6.169	6.436	6.334	6.221	-0,5%
Der Pflege- hilfsberufe gesamt	8.449	8.965	8.408	8.440	8.601	8.902	5,5%

Quelle: Eigene Darstellung (und teilweise Berechnung; Datengrundlage: Statistisches Bundesamt - 2007, S. 16/ 2008, S. 16/ 2009b, S. 16/ 2010, S. 14/ 2011, S. 14/ 2012a, S. 14)

Angesicht der hohen Einwohnerzahl und damit einhergehenden höheren Zahl von Pflegebedürftigen, hat **Nordrhein-Westfalen** die Ausbildungsplatzkapazitäten bereits stark ausgebaut. Von den insgesamt etwa 82.000 Schüler/innen in Pflegefachberufen im Schuljahr 2011/2012 (an Schulen des Gesundheitswesens⁶⁷), werden etwa 30 Prozent allein in Nordrhein-Westfalen ausgebildet (vgl. Abb. 9).

⁶⁶ Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes vom 23.11.2012 (Statistisches Bundesamt 2012c).

⁶⁷ Keine Zahlen über Schüler/innen in Sozial- und Gesundheitsdienstberufen insgesamt für NRW verfügbar (Schüler/innenzahlen der Fach- und Berufsfachschulen somit nicht in der Darstellung enthalten).

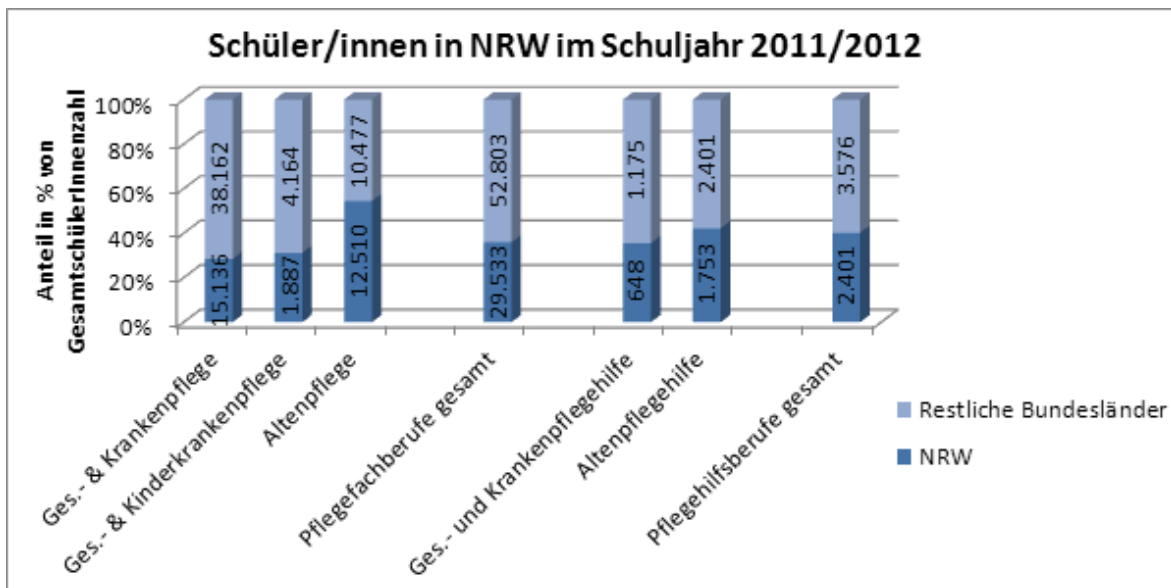


Abb. 9 Schüler/innen in Pflegeberufen von Schulen des Gesundheitswesens in NRW (Schuljahr 2011/2012)

Quelle: Eigene Darstellung (und teilweise Berechnung; Datengrundlage Statistisches Bundesamt 2012a, S. 15; S. 315).

In der Gesundheits- und Krankenpflege stellt NRW etwa 20 Prozent der Gesamtschüler/innenzahl, in der Altenpflege sogar über die Hälfte aller Schüler/innen. Die Anzahl der Schüler/innen in Pflegehilfsberufen bildet etwa 35 Prozent der Schüler/innenzahlen in diesem Ausbildungsbereich ab.

Die Entwicklung der Ausbildungszahlen leistet einen wesentlichen Beitrag, um dem zukünftigen Fachkräftemangel begegnen zu können (vgl. Kap. 2.1.1.2). Der zunehmende Pflegebedarf erfordert allerdings – wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln aufgezeigt – in den nächsten Jahren weitaus mehr Nachwuchs, da selbst der bislang hohe Fachkräfte-Zugewinn durch fachfremdes Pflegepersonal den steigenden Bedarf nicht mehr decken wird (Knüppel 2012). Um einen zukünftigen Personalnotstand abwenden zu können, gilt daher die strukturelle und inhaltliche Reformierung des Pflegeberufs, welche bereits an der Ausbildungssituation ansetzt als zentral. Große Hoffnung liegt vor allem darin mit diesem Reformansatz den Männeranteil zu erhöhen (Hammer & Bartjes 2005). Denn bisher war der Pflegeberuf aufgrund der schlechten Arbeitsbedingungen mit einem eher schlechten Image besetzt und galt zudem aufgrund seines Klischees des „(Haus)Frauenberufs“ als wenig attraktiv für Männer (Bomball et al. 2010; Golombek & Fleßa 2011; Knüppel 2012). Als zentrale Schritte werden hier u. a. die Aufwertung des Images und die Professionalisierung, etwa durch die Akademisierung der Pflege, gesehen.

2.1.2 Aus- und Weiterbildung

Verschiedene Reformbestrebungen in den letzten Jahren haben sich den Forderungen nach einer strukturellen und inhaltlichen Aufbesserung von Pflegeberuf und -ausbildung bereits angenommen. So trat mit der Überarbeitung des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) von 1985 im Jahr 2003, am 01.01.2004⁶⁸ das neue KrPflG in Kraft, welches gemeinsam mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (KrPflAPrv) vom 10.11.2003⁶⁹ gegenwärtig die Grundlage für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege bildet. Die Ausbil-

⁶⁸ Zuletzt geändert am 06.12.2011.

⁶⁹ Zuletzt geändert am 06.12.2011.

dung zum/zur Altenpfleger/in hingegen ist auf Grundlage des am 01.08.2003⁷⁰ in Kraft getretenen erstmals bundeseinheitlichen⁷¹ Altenpflegegesetzes (AIPfIG) sowie der entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsordnung (AltPflAPrv) vom 26.11.2002⁷² geregelt.

Die von der Bundesregierung (dem BMFSFJ und BMG) und den Ländern erstellte Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ (BLAWP) als auch der deutsche Pflegerat (DPR) sowie der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) sehen jedoch weitere Reformen in der Aus- und Weiterbildung als dringende Notwendigkeit⁷³. Denn neben der Aufwertung des Pflegeberufs erhöht auch der zunehmende medizinisch und technologisch-diagnostische Fortschritt den Professionalisierungsdruck. Die Pflege unterliegt einer zunehmenden Komplexität, welche auch die Anforderungen an Pflegekräfte erhöht (vgl. Kap. 1.2.1.2). Im Vordergrund steht daher der Entwurf eines neuen Pflegeberufegesetzes, welches eine grundlegende Modernisierung der Pflegeausbildung anstrebt (BLAWP 2012).

Die folgenden Abschnitte sollen an dieser Stelle einen Überblick über die gegenwärtige Aus- und Weiterbildungssituation, sowie die von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe (2012) geforderten Eckpunkte zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe geben.

2.1.2.1 Aktuelle Ausbildungsstrukturen

Die Ausbildung in der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege sowie Altenpflege erfolgt hierzulande im systemischen Sonderweg pflegeberuflicher Bildung (vgl. Kap. 1.2.1.1), vor allem an ‚Schulen des Gesundheitswesens‘ oder an Berufsfachschulen ‚der besonderen Art‘ (Bayern). Diese Schulen tragen - dem Ausbildungsziel entsprechend - die gesamte Verantwortung für die Organisation und Koordination des Unterrichts als auch der praktischen Ausbildung. Darüber hinaus müssen Schulen, in denen die Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflegeausbildung erfolgt, gemäß den im KrPflIG festgeschriebenen Anforderungen staatlich anerkannt werden. Vorgabe des Krankenhausgesetzes (KHG) zur Absolvierung der praktischen Einheiten ist, dass sie an Krankenhäuser angebunden oder in enger Kooperation mit Krankenhäusern stehen müssen. Für die Altenpflege hingegen steht die enge Verzahnung mit Altenheimen sowie stationären Pflegeeinrichtung und ambulanten Pflegeeinrichtungen, im Vordergrund (AIPfIG 2003).

Ausbildungsstruktur und -inhalte

Die Ausbildung in der Pflege ist auf drei Jahre in Vollzeit (bzw. fünf in Teilzeit) angelegt und schließt mit einer staatlichen Prüfung ab. Sie umfasst eine Stundenzahl von 2.100 Stunden für den theoretischen und 2.500 Stunden für den praktischen Unterricht, wobei für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege im Krankenpflegegesetz bereits eine gemeinsame zweijährige Grundausbildung mit anschließender einjähriger Differenzierungsphase im Umfang von 500 Stunden in der allgemeinen Pflege oder Kinderkrankenpflege vorgesehen ist. Als Zugangsvoraussetzung gilt sowohl in der Gesundheits- und (Kinderkrankenpflege) als auch in der Altenpflege eine zehnjährige Schulausbildung⁷⁴.

⁷⁰ Zuletzt geändert am 20.11.2012.

⁷¹ Vor 2003 war die Altenpflegeausbildung Ländersache.

⁷² Zuletzt geändert am 06.12.2011.

⁷³ Zu diesem Thema hat die Robert Bosch Stiftung ein Memorandum „Kooperation der Gesundheitsberufe“ (2011) gefördert.

⁷⁴ Mittlerer Bildungsabschluss oder Hauptschul- oder gleichwertiger Abschluss mit mindestens zweijähriger, abgeschlossener Berufsausbildung bzw. Ausbildung als Krankenpflegehelfer oder mindestens einjährige landesrechtlich geregelte Ausbildung als Kranken- oder Altenpflegehelfer. Ein Mindestalter ist rechtlich nicht vorgeschrieben (KrPflIG & AltPflIG). Der Vorschlag der EU-Kommission, die Zugangsvoraussetzung auf 12 Schuljahre anzuheben, wurde aktuell im Ausschuss für Binnenmarkt und Verbraucherschutz (IMCO) des EU-Parlaments (Sitzung vom 23.01.2013⁷⁴) zur sogenannten Berufsqualifikationsrichtlinie 2005/36/EG abgelehnt.

Im Vordergrund des theoretischen und praktischen Unterrichtes steht laut Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (KrPflAPrv bzw. AltPflAPrv) ein handlungsorientierter und fächerübergreifender Ansatz, welcher den Auszubildenden „entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln [soll]“ (KrPflG 2009, § 3 Abs. 1, Satz 1). Damit unterliegt das Berufsbild der Pflege nicht allein dem kurativen Aspekt, sondern setzt vielmehr auf präventive, rehabilitative sowie palliative Maßnahmen, wobei „die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen“ sind (ebd.). Im Vordergrund der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege-Ausbildung steht hierbei die Versorgung von Menschen aller Altersgruppen, sowohl im stationären Bereich⁷⁵ als auch im ambulanten Bereich, womit die praktische Ausbildung nicht „[...] nur in Krankenhäusern, sondern auch in geeigneten ambulanten und stationären Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen (Steffen & Löffert 2010, S. 34)“ stattfindet. Von zentraler Bedeutung in der Altenpflegeausbildung ist die Vermittlung von Kenntnissen, „Fähigkeiten und Fertigkeiten [...], die zur selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen“ befähigen (AltPflG 2003, § 3 Abs. 1, Satz 1).

Kritik an den gegenwärtigen Ausbildungsstrukturen

Da die Altenpflege- und Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege-Ausbildungen außerhalb des staatlichen Berufsbildungsgesetzes getrennt voneinander in ihren jeweils eigenen bundesrechtlichen Berufsgesetzen organisiert sind, wird ihre Sonderstellung vielfach kritisiert (Steffen & Löffert 2010). Denn eine auf qualitätssichernden Normen beruhende Vergleichbarkeit der berufsfachlichen Abschlüsse, wie sie im staatlich organisierten beruflichen und im (privat-)wirtschaftlich getragenen Berufsbildungssystem (duales System) realisiert ist, kann aufgrund dieser systemischen Trennung und der mit der Berufsausbildung verbundenen Berufszulassung nicht für die Pflegeausbildung gewährleistet werden (Steffen & Löffert 2010; DBR 2007). Zudem wird aufgrund der getrennten Anerkennungsverfahren nach EU-Recht die Mobilität deutscher Pflegekräfte innerhalb Europas stark eingeschränkt (vgl. Kap. 1.2.1.1). Daher wird die gesetzliche Zusammenlegung der bisherigen getrennten Berufsgesetze gefordert (DPR & DBR 2012; DBR 2009). „Ein neues Berufsgesetz sollte dann zu uneingeschränkter Berufszulassung und zu einer einheitlichen Berufsbezeichnung führen“ (DBR 2009).

Neben der systemischen Trennung der Berufsgesetze sorgt auch die in Deutschland gegenwärtig vorherrschende Zulassungsvoraussetzung für die Ausbildung in der Pflege für Kritik. Denn im Großteil der EU-Länder hingegen gelten die zwölfjährige Schulbildung und die zusätzliche Absolvierung akademischer Ausbildungsgänge als Mindestanforderung für die professionelle Pflege (Spielberg 2012; vgl. Tab. 5). Die Bund-Länder-Arbeitsgemeinschaft (2012) sieht daher neben der Einführung einer generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung den Auf- und Ausbau der akademischen Pflegeausbildung als notwendige Voraussetzung, um die internationale Konkurrenzfähigkeit als auch die Mobilität für Pflegekräfte gewährleisten zu können. Die dreijährige Ausbildung an Pflegeschulen wird jedoch weiterhin die stärkste Säule im Berufsfeld der Pflege bilden. „Beide Ausbildungsgänge sollen nicht in Konkurrenz zueinander stehen. Sie sollen zentrale Bestandteile einer gestuften und durchlässigen Pflegebildung sein“ (BLAWP 2012, S. 4).

Die Bund-Länder-Arbeitsgemeinschaft fordert zudem die Durchlässigkeit in der Pflegebildung auf allen Ebenen zu verbessern. „Sie erwartet, dass die im Kompetenzprofil breit aufgestellten generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildungen den Pflegefachkräften vielfältige berufliche Entwicklungsmöglichkeiten eröffnen. In diesem Sinne geht sie davon aus, dass lebenslanges Lernen das Berufsfeld zukünftig noch stärker prägen wird“ (BLAW

⁷⁵ In den Fachgebieten Chirurgie, Innere Medizin, Geriatrie, Gynäkologie, Neurologie, Pädiatrie, Wochen- und Neugeborenenpflege sowie in mindestens zwei dieser Gebiete im rehabilitativen und palliativen Bereich (Steffen & Löffert 2010).

2012, S. 4). Durch eine sogenannte „vertikale und horizontale“ Durchlässigkeit, die zudem das „lebenslange Lernen“ in den Vordergrund stellt, entstehen unterschiedliche Qualifikationsprofile, welche in den Arbeitsfeldern der Pflege auch benötigt und darüber hinaus durch die vielfältigen Qualifikationsmöglichkeiten neue Perspektiven schaffen und somit zur Aufbesserung des Images beitragen werden (DBR 2009).

In **Nordrhein-Westfalen** existieren bereits seit 1994 Bestrebungen zur Neuausrichtung der Pflegeausbildung. Mit der Initiierung einer „Gemeinsamen (Grund-)Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege“ durch den Caritasverband für das Bistum Essen entstand ein Modellprojekt, dessen Curriculum anschließend von einer Arbeitsgruppe unter der Leitung von Oelke konzipiert wurde⁷⁶. Das Oelke-Menke-Curriculum ist mittlerweile Bestandteil an sechs Hochschulen in Nordrhein-Westfalen und gilt als bundesweiter Vorreiter in der Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe (MEGEPA 2012).

Fort- und Weiterbildung

Die ständige Fort- und Weiterbildung gilt als eine verpflichtende Zielsetzung in einem professionellen Berufsverständnis, um die erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse zu erhalten bzw. zu erweitern (DBR 2009). Insbesondere in der Pflege stellen Fortbildungen, aufgrund ständig wachsender pflegerelevanter wissenschaftlicher Erkenntnisse, einen zentralen Bestandteil dar. Sie dienen als ergänzende Bildungsmaßnahmen, die den Erhalt der Qualifikation durch Anpassung an berufliche Neuerungen sichern sollen (Leisering 2009).

Im Bereich der Pflege existieren daher vielfältige Möglichkeiten sich weiter zu qualifizieren und fortzubilden: Neben den berufsbezogenen Weiterbildungen wie z.B. Fachkrankenschwester für Intensivpflege, Diabetesassistent/in oder Diabetesberater/in sowie funktionsbezogene Weiterbildungen zur Heimleitung etc., werden zeitlich und qualitativ sehr unterschiedliche (bundesweit nicht einheitliche) Kurse und Seminare zur Weiterqualifizierung in der Pflege angeboten. Eine gesetzlich festgelegte Verpflichtung für Pflegende, sich fort- oder weiterzubilden, gilt allerdings im Gegensatz zur ärztlichen Fortbildungspflicht in Deutschland gegenwärtig nicht, sondern liegt im Selbstverständnis des Einzelnen bzw. besteht lediglich indirekt über gesetzliche Vorschriften im Pflegeversicherungs- oder Heimgesetz (Leisering 2009). Allerdings schreibt die EU-Richtlinie 2005/36/EG (Art. 22b) eine Fortbildungspflicht für Krankenschwestern und Hebammen vor, die im „Verfahren der einzelnen Mitgliedsstaaten“ in ein nationales Recht Umsetzung finden sollte, welche bisher nicht gegeben ist (ebd)⁷⁷.

2.1.2.2 Akademisierung

Die Akademisierung der Erstausbildung in Deutschland soll dazu beitragen – weg vom ‚Sackgassencharakter‘ der Pflegeberufe (Stöver 2010) – ein modernes Verständnis des Berufsfeldes ‚Gesundheit‘ in Deutschland zu schaffen (Friedrichs & Schaub 2011). Auch der Wissenschaftsrat (2012) sieht in einer (zunächst partiellen) Akademisierung der Pflege eine zukünftige Notwendigkeit, wofür die Einrichtung von Modellstudiengängen bereits einen wesentlichen Meilenstein darstellt (Spielberg 2012).

Mit der Akademisierung von etwa 10 bis 20 Prozent der Pflegeschüler/innen eines Ausbildungsjahrganges sollen Auszubildende auf Grundlage eines Bachelor-Abschlusses zur unmittelbaren Tätigkeit am Patienten und zur eigenständigen Mitarbeit in professionellen Teams befähigt werden (Görres et al. 2012). Damit einher geht die Forderung „Pflege braucht Eliten“, welche bereits 1992 von der Robert-Bosch-Stiftung in einer gleichnamigen

⁷⁶ Nähere Informationen zum Oelke & Menke Curriculum s. Oelke & Menke 2005.

⁷⁷ Die gemeinsame Berufsordnung für Kranken- und Altenpflege in Bremen (2005) und die Berufsordnung in Hamburg legen Aufgaben, Pflichten und Verhalten von Pflegenden fest. Besonders herauszustellen ist hierbei, dass insb. in der Bremer Berufsordnung auf die Pflicht zur Kompetenzerhaltung verwiesen wird. Jährlich müssen Pflegenden 20 Stunden Fortbildung nachweisen.

Denkschrift formuliert wurde und einen entscheidenden Impuls für den Aufbau von Pflegewissenschaft und -forschung leistete.

Wegweisend für den Aus und Aufbau einer akademischen Forschungslandschaft in Deutschland und der damit einhergehenden Angleichung an europäische Pflegeausbildungsstrukturen, sind internationale Vorbilder (Muths 2010). Notwendige Voraussetzung ist jedoch zunächst die Legitimierung der Akademisierung auf nationaler Ebene. Denn diese ist bisher noch nicht im vollen Umfang erreicht und gesichert (Görres et al. 2012). Neben der lediglich vereinzelt realisierten Verankerung von Pflegewissenschaft und -forschung sowie der vielfach unzureichenden Ausstattung von Lehrstühlen, wurden Reaktionen von Medizinern und Ärztekammern laut, welche sich gegen die vom Wissenschaftsrat empfohlenen Neuerungen richteten (ebd.). „Im Ergebnis wird damit eine Entwicklung erheblich eingeschränkt, die sich im europäischen Ausland seit vielen Jahrzehnten vollzogen hat und angesichts der gestiegenen Anforderungen an die Pflegeberufe nicht nur für die Versorgungsqualität der Patienten und Pflegebedürftigen selbst, sondern auch der notwendigen weiteren Professionalisierung der Pflegeberufe kontraproduktiv auswirken kann“ (Görres et al. 2012). Im Folgenden sollen drei wesentliche Argumentationsstränge einer Akademisierung vertiefend umrissen werden (Behrens, Görres, Schaeffer, Bartholomeyczik & Stemmer 2012).

1. Nutzen für die Patienten

Internationale Studien belegen, dass die wissenschaftliche Qualifikation von Pflegenden und deren Handeln auf evidenzbasierter Grundlage einen signifikanten Einfluss auf die Versorgungsqualität in Krankenhäusern und weiteren Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens und damit einen konkreten Nutzen für die Patienten hat: Sie untermauern bspw. den signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl von Pflege-Experten mit Bachelor-Abschluss und der Häufigkeit der Harnwegsinfektionen, Pneumonien und Thrombosen und hinsichtlich niedrigerer Mortalitätsraten. Eine Studie aus den USA zeigt, dass 10 Prozent mehr Pflegeexpertinnen mit Bachelor-Abschluss, das Risiko innerhalb von 30 Tagen im Hospital zu versterben um rund 5 Prozent senken. Durch die Übernahme des Schnittstellen- und Casemanagements sowie der Entlassungsplanung sinkt zudem die Verweildauer, Wiederaufnahmen werden verhindert und der „Drehtüreffekt“ reduziert (Darmann-Finck 2012).

Zahlreiche Untersuchungen aus dem Ausland (USA, UK, Niederlande, Skandinavien) kommen darüber hinaus zu dem Ergebnis mit hoher Evidence (Cochrane u. a. Meta-Analysen, Systematische Reviews sowie RCTs), dass Pflege-Experten die erweiterten Aufgaben in bestimmten Versorgungsbereichen (z. B. Grundversorgung, Geriatrie, Rehabilitation und Diagnostik) mit mindestens gleicher Qualität wie ihre ärztlichen Kollegen durchführen können. Überlegenheit zeichnete sich insgesamt bei Compliance, Patientenzufriedenheit und einzelnen Qualitätsindikatoren (Wiedereinweisungsraten und Verweildauern) ab (Sachs 2006). Erweiterte Pflegeinterventionen haben allerdings nicht immer das Potenzial, Kosten zu senken. Diese stiegen im Vergleich zu Ärzten in einigen Fällen deshalb, weil im Rahmen pflegerischer Interventionen diese mehr Folgeleistungen initiierten. Eine Neuordnung der Aufgabenverteilung in der Regelversorgung muss also gut abgewogen werden (SVR 2007).

Im angloamerikanischen und skandinavischen Ausland übernehmen schon heute Pflege-Experten weite Teile der medizinischen Versorgung im Rahmen einer *Advanced Nursing Practice*. So sind z. B. in den USA bereits über 100 000 sogenannte „Nurse Practitioners“ im Einsatz (Pflegekräfte, die einen Masterabschluss in Advanced Nursing Practice erworben haben).

2. Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe

Für den Sachverständigenrat (2007) ist die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe ein wesentlicher Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung (vgl. Kap. 1.2). Erkenntnisleitend sind für ihn die Fragen: Welche Gesundheitsversorgung bzw. welche Dienstleistungen sind aus der Perspektive einer gleichermaßen patientenorientierten sowie zeit- und kostensparenden und fachlich hochwertigen Gesundheitsversorgung not-

wendig? Wer kann welche Dienstleitung/Maßnahme möglichst hochwertig, angemessen, effektiv und effizient durchführen? Wie können die Ressourcen der Gesundheitsberufe zusammengeführt sowie die Potenziale angemessen und sinnvoll genutzt werden?

Im Mittelpunkt der damit verbundenen Professionalisierungsprozesse steht das *Substitution - of - care* – Phänomen, das als eine interprofessionelle Verschiebung von Versorgungsverantwortung auf die am besten geeignete Berufsgruppe verstanden wird. Jedoch stellt sich nicht die Frage, ob Ärzte in bestimmten Settings durch speziell geschulte Pflegeexperten ersetzt werden sollen, sondern wie eine Gesundheitsversorgung mit sich ergänzenden beruflichen Funktionsbereichen (Professionenmix und Poolkompetenzen) zum Nutzen der Bevölkerung optimal organisiert werden kann. Studien gehen davon aus, dass immerhin 25 bis 75 Prozent an ärztlichen Arbeitsinhalten (Primärprävention und Management chronischer Krankheiten) potenziell auf die Pflege übertragbar sind (z.B. Mischke et al. 2009; Offermanns 2008). In vielen Nachbarländern sind die Pflegeberufe integrierter Partner in der Gesundheitsversorgung und nehmen wesentliche Aufgaben und Verantwortlichkeiten wahr. Dort hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass eine arzt dominierte Gesundheitsversorgung für eine ressourcenorientierte wie auch effektive, effiziente und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung alleine nicht Ziel führend ist. Auch über das praktizierte Delegationsverfahren lässt sich eine größere Eigenständigkeit von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen nicht erzielen (Görres 2008).

3. Professionalisierung der Pflege

Die Erweiterung des Kompetenz- und Aufgabenspektrums der Pflege wird als innovatives Potential für den expandierenden Dienstleistungs- und Beratungssektor im Gesundheitswesen gesehen (vgl. Görres et al. 2007) und als hochrelevant für die weitere Professionalisierung und Attraktivität der Pflegeberufe eingeschätzt.

Die neuen Bedarfsentwicklungen führen in der Konsequenz dazu, neue wissenschaftliche Ausbildungsgänge zu fordern, um der geforderten Differenzierung der Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Qualifikationen gerecht zu werden. Zur Umsetzung dieser Entwicklung ist es erforderlich, dass die Pflegeausbildung für einen Teil der Berufsgruppe durch ein einschlägiges (Fach-)Hochschulstudium erfolgt (vgl. dazu Reinhart 2007), weil

- in der direkten Pflege wissenschaftlich auf (Fach-)Hochschulniveau ausgebildete Pflegenden eingesetzt werden und dort Experten/innen-, Planungs-, Koordinations- und Steuerungsaufgaben übernehmen;
- eine wissenschaftliche Pflegeberufsausbildung auf (Fach-)Hochschulniveau notwendige Handlungskompetenzen vermitteln wird, die im herkömmlichen Ausbildungssystem alleine nicht erworben werden können;
- eine wissenschaftliche Pflegeberufsausbildung auf (Fach-)Hochschulniveau Interessenten anziehen wird, die sich für die herkömmliche Pflegeausbildung nicht interessiert hätten;
- für wissenschaftlich auf (Fach-)Hochschulniveau berufsausbildete Pflegepersonen es einen Bedarf auf dem Arbeitsmarkt geben wird.

Entwicklung der Hochschulausbildung in der Pflege

Die Entwicklung der pflegewissenschaftlichen Studiengänge an Hochschulen stellt einen kleinen, aber dynamisch wachsenden Bereich dar (Wissenschaftsrat 2012). Zwischen 2010 und 2012 hat sich die Zahl der grundständigen Studiengänge um etwa 68 Prozent erhöht (von 22 auf 37; Stöcker & Reinhart 2012).

Der erste Studiengang, der im Rahmen einer Qualifizierung in der Pflege eingeführt wurde, konnte 1963 unter dem Namen „Medizinpädagogik“ an der Charité studiert werden. Wenig später starteten weitere Studiengänge, welche zunächst jedoch ausschließlich Weiterbildungsangebote für Lehrpersonal der beruflichen Bildung und für Pflegepersonal in leitenden Positionen darstellten.

Mit der Novellierung des Krankenpflegegesetzes im Jahr 2003 entstanden erste primärqualifizierende Pflegestudiengänge. Da eine Vielzahl der Studiengänge auf die Bereiche ‚Pflegepädagogik‘ und ‚Pflegemanagement‘ ausgerichtet ist, entstanden im Zuge der Än-

derung des Krankenpflegegesetzes im Jahr 2007 erste, auf eine patientenorientierte Tätigkeit ausgerichtete Studiengänge. Eine differenziertere Betrachtung der Entwicklung der Hochschulausbildung in der Pflege ist in Tabelle 6 dargestellt:

Tab. 6 Entwicklung der Hochschulausbildung in der Pflege

1963	Erster Studiengang Medizinpädagogik an der Charité der Humboldt-Universität zu Berlin
1980er- und 1990er-Jahre	Erste Studiengänge, die jedoch ausschließlich Weiterbildungsangebote darstellten → Schwerpunkt: Qualifizierung von Lehrpersonal für die berufliche Bildung bzw. von Pflegepersonal in Leitungspositionen z.B. der Studiengang „Diplomkrankenpflege“
1976 - 1982	Erster Modellversuch für einen pflegewissenschaftlichen Studiengang an der Freien Universität Berlin , welcher später nicht fortgeführt wurde
1980	Aufbau von Pflegestudiengängen an der Universität und der Fachhochschule in Osnabrück , welche in modifizierter Form immer noch bestehen
seit 1991	Neben dem Studium Medizinpädagogik, kann an der Humboldt Universität zu Berlin auch Pflegepädagogik studiert werden
WiSe 1991/92	Erstmals Studiengang „Krankenpflegemanagement“ an der Fachhochschule Osnabrück
1992	Veröffentlichung der Denkschrift „Pflege braucht Eliten“ der Robert-Bosch-Stiftung ist Wegweisend für die Akademisierung → Löste zunehmende Qualifizierung leitender und lehrender Pflegekräfte an Hochschulen und Verstärkung des Aufbaus eigenständiger Pflegewissenschaft in Deutschland aus
2003	Novellierung des Krankenpflegegesetzes schreibt erstmals ein Hochschulstudium für Lehrkräfte an Schulen im Gesundheitsbereich vor (vorher war eine Weiterbildung für Pflegefachkräfte ausreichend) → seither deutlich gestiegene Nachfrage für Studiengänge Pflegepädagogik Das Pflegestudium kann nun bis zu maximal zwei Drittel auf die dreijährige Ausbildung angerechnet werden (§6 KrPflG). „Die Novelle führte zudem eine sogenannte ‚Modellklausel‘ ein, die es den Ländern erlaubt, zeitlich begrenzt auch für Ausbildungen, die nicht an einer staatlich anerkannten Schule erfolgen (sondern z.B. an einer Hochschule), die Berufszulassung zu erteilen (§4 Abs.6 KrPflG). In der Folge sind erste ‚primärqualifizierende‘ Pflegestudiengänge entstanden, zumeist in dualer Form, d.h. im Zusammenwirken von Berufsfachschule und Hochschule.“ (Räbiger & Athen 2008, S. 8)
Nach 2007	Entstehung neuer Studiengänge im Zuge der Änderung des Krankenpflegegesetzes → Schwerpunkt Patientenorientierung Hochschulstudium kann nun auch unmittelbar und ohne vorherigen beruflichen Abschluss zur Ausübung einer pflegerischen Tätigkeit qualifizieren

Quelle: Eigene Darstellung (Datenquelle: Wissenschaftsrat 2012, S. 59/ Räbiger & Athen 2008/ Zeller-Dumke 1999).

Grundständige Studiengänge in Deutschland

Die Bestrebungen zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe über ein wissenschaftliches Hochschulstudium werden gegenwärtig schneller umgesetzt als die Modernisierung des Pflegeberufsrechts voranschreitet (Stöcker & Reinhart 2012). Gegenwärtig existieren in Deutschland 37 Studiengänge, die über eine grundständige Ausbildung zur Ausübung eines Pflegeberufes qualifizieren (ebd.).

Bei 29 dieser Studienangebote ist die Ausbildung mit dem Hochschulstudium **dual verzahnt**, sodass nach Abschluss der Ausbildung das Studium bis hin zum Bachelorab-

schluss fortgesetzt werden kann⁷⁸ (vgl. Abb. 10). In fünf weiteren Studienangeboten wird die Ausbildung vollständig in das Hochschulstudium integriert (**dual integriert**)⁷⁹. Bei zwei Angeboten ist das Studium ebenfalls **dual** konzipiert, „beinhaltet aber zusätzliche Spezifika [daher **dual spezifisch**], (...) welche sich gegenwärtig zum einen auf den inkludierten Erwerb zusätzlicher Kompetenzen oder zum anderen auf die Studienkultur, die interprofessionelle qualifiziert und aus mehreren Berufen in das das duale Studium zulässt“ (Stöcker & Reinhart 2012, S. 2). Bei drei weiteren Angeboten wird nach Abschluss des Studiums **keine Berufszulassung** erteilt. Die Studierenden können durch nachträgliche anteilige Absolvierung der Pflegeausbildung eine Berufszulassung erwerben (ebd.). 27 Studiengänge eröffnen die Möglichkeit einen **Bachelor of Science** zu erwerben. Die restlichen vergeben den akademischen Grad des **Bachelor of Arts**. 21 Studiengänge werden an Hochschulen in staatlicher Trägerschaft angeboten, 14 an Hochschulen in anderer Trägerschaft und zwei an Berufsakademien. Darunter befinden sich fünf Angebote von Universitäten (3 medizinische Fakultäten, 1 Fakultät für Soziale Arbeit, 1 Fakultät für Human- und Gesundheitswissenschaften).

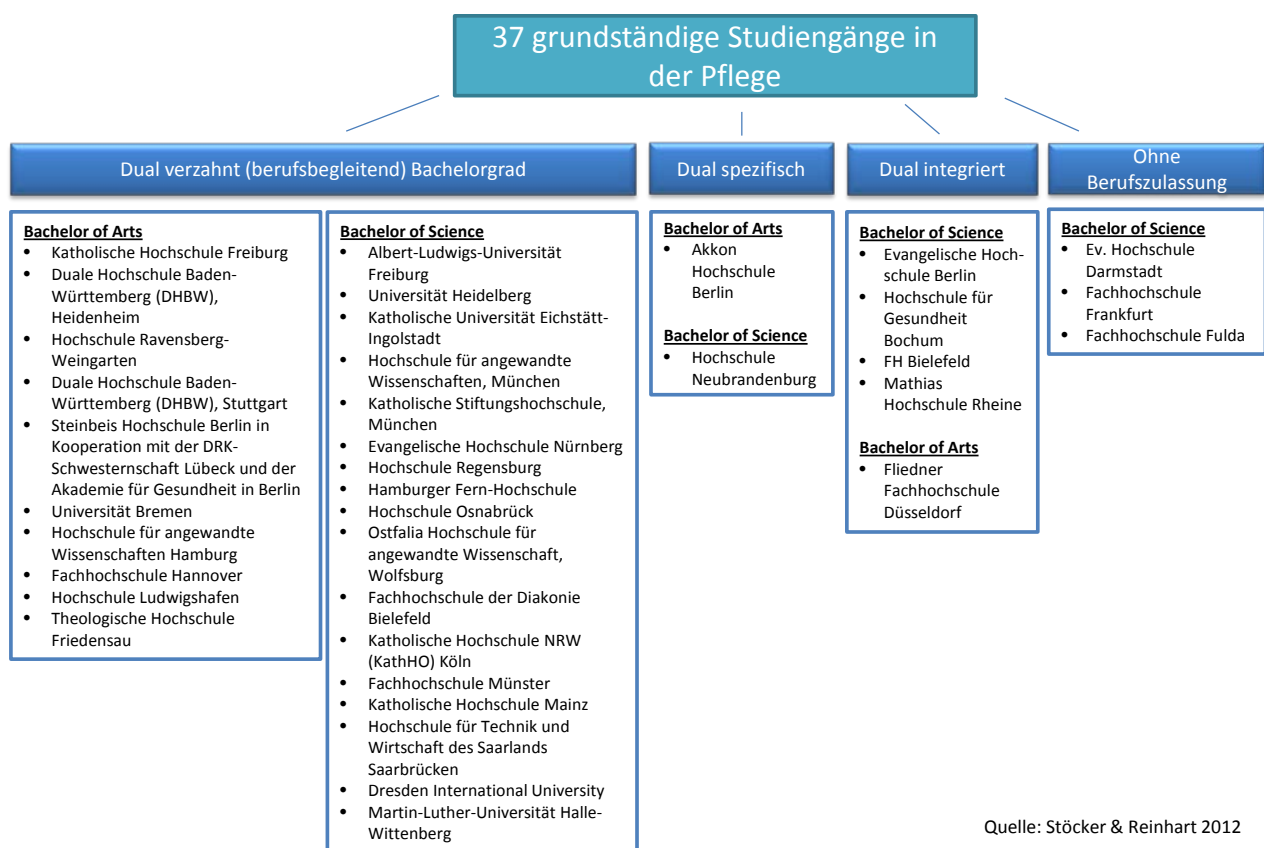


Abb. 10 Grundständige Studiengänge in der Pflege
Quelle: Eigene Darstellung, Datenquelle: Stöcker & Reinhart 2012

Masterstudiengänge

Die Zahl der Masterprogramme in der Pflege kann gegenwärtig als relativ überschaubar beschrieben werden. Gegenwärtig existieren etwa 16 Masterstudiengänge (7 an Universitäten und 9 an Fachhochschulen; Stand: Oktober 2012⁸⁰) an deutschen Fachhochschulen

⁷⁸ „Für die Berufsausbildung gilt das Berufsbildungsrecht. Für das Studium gilt das Hochschulrecht. Eine Vermischung beider Systeme erfolgt nicht“ (Stöcker & Reinhart 2012, S. 2).

⁷⁹ „Die Hochschule wendet neben den hochschulrechtlichen Vorgaben auch die berufsausbildungsrechtlichen Vorgaben an. In der Regel wird hierbei die in den Berufsgesetzen vorfindliche „Modellklausel“ zur Erprobung neuer Ausbildungsmodelle genutzt“ (Stöcker & Reinhart 2012, S. 2).

⁸⁰ vgl. <http://www.pflegestudium.de/f-ubersi.htm#Pflegestudieng%C3%A4nge>

und Universitäten. Der Großteil der Angebote beschränkt sich dabei auch heute noch auf die Bereiche Pflegemanagement und –pädagogik und ist je nach Bundesland und Träger der Hochschule konsekutiv oder weiterbildend angelegt (Ewers et al. 2012). Nur wenige bieten einschlägig pflegewissenschaftliche Masterprogramme an (z. B. die private Universität Witten-Herdecke und die Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar). An der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und an der Universität Bremen existieren zudem pflege- und gesundheitswissenschaftliche Master.

Geplant sind weitere Masterprogramme, die auf im vorherigen Abschnitt aufgezeigten ausbildungsintegrierenden oder primärqualifizierenden Bachelorstudiengängen aufbauen. „Ob diese implementiert werden können und ob sie die notwendige klinische und forschungsorientierte Ausrichtung haben werden, lässt sich derzeit jedoch noch nicht erkennen“ (Ewers et al. 2012, S. 35).

Studiengänge, die in Anlehnung an internationale Vorbilder auch für klinische Spezialaufgaben (Advanced Nursing Practice, z. B. Oncology Nursing, Geriatric Nursing, Palliative Care Nursing), für andere Kernbereiche der Pflege (Public Health Nursing/ Community Health Nursing) oder explizit für Forschungsfunktionen qualifizieren, sind nur sehr selten anzufinden (Ewers et al. 2012).

2.1.2.3 Pflegeausbildung im Ausland

Die Planung einer Weiterentwicklung der Pflegeausbildung in Deutschland sowie die aufgrund inhaltlicher und struktureller Uneinigkeit bisher ausstehenden Modernisierung des Pflege-Berufsausbildungsgesetzes führt zu einer näheren Betrachtung der internationalen pflegerischen Ausbildung und Qualifikationsstrukturen. Denn langfristig gesehen, ist zumindest ein EU-kompatibles Ausbildungssystem für Pflegeberufe anzustreben, welches es für Deutschland unerlässlich macht, eine eindeutige und bundeseinheitliche Ausbildung zu entwickeln und somit formal klare Zugangskriterien, Anforderungs- und Abschlussprofile für die Ausbildung zu schaffen sowie die Zugangsberechtigungen zu weiterführenden Bildungsgängen festzulegen (Robert-Bosch-Stiftung 2000, S. 48)

Die akademische Ausbildung ist in anderen Ländern (z. B. Niederlande, Großbritannien, Skandinavien, Italien und Polen) bereits seit längerem Bestandteil des pflegerischen Ausbildungssystems (Räbiger & Athen 2008). In dem von Muths (2010) im Rahmen einer Machbarkeitsstudie erstellen ‚Exkurs zur Pflegeausbildung im internationalen Vergleich‘⁸¹ wird aufgezeigt, dass bereits im Jahr 1998 in elf von fünfzehn Ländern der EU die Pflegeausbildung im Hochschulbereich ansiedelt war, worunter in zwei Ländern (Belgien und Niederlande) sogar die Möglichkeit bestand, die Ausbildung sowohl in der Hochschule als auch außerhalb zu absolvieren (Rennen-Allhoff & Bergmann-Tyacke (2000) zitiert in: Muths 2010, S. 51). Ein ähnliches Bild zeigt sich auch noch im Jahr 2003. Dies wird durch die Überblicksarbeit von Rappold (2003) deutlich, die die europäische Pflegeausbildung anhand der notwendigen Schuljahre bei Ausbildungsbeginn, des Eintrittsalters sowie der Bezeichnung der Abschlüsse, darstellte (vgl. Tab. 7).

⁸¹ Machbarkeitsstudie – Konzeption und Überprüfung einer akademischen Erstausbildung von Pflegeberufen auf der Basis des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes im Land Bremen. In: Schriftenreihe des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen.

Tab. 7 Ländervergleich Pflegeausbildung

Länder	D	NL	S	GB	DK	A
Berufsbezeichnung/ Akademischer Grad	Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger/in, Altenpfleger/in/ Diplom/ Bachelor	5 Ausbildungsstufen: 1: Zorghulp 2: Helpende 3: Verzorgende 4: Verpleegkundige 5: Verpleegkundige HBO-V, Bachelor	Legitimerad sjuksköterska/ Bachelor of Science in Nursing	First level Nurses & Second level Nurses/ Diploma in Higher Education/ Bachelor of Nursing	Sygeplejerske/ Bachelor of Science in Nursing	Diplomierete/r Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger/ Diplom (im Anschluss Bachelorstudium möglich)
Ausbildungsniveau	Sekundär- und Tertiärstufe	Sekundär- & Tertiärstufe	Tertiärstufe	Tertiärstufe	Tertiärstufe	Sekundärstufe
Institutionalisierung	Krankenpflegeschulen/ Berufsfachschule, Fachhochschule / Universität	Fachhochschule (Berufsbezogene Hochschule), Universität	Universität, University College	Universität	Universität, Hochschule, University Colleges	Schule für allgemein Gesundheits- und Krankenpflege/
Dauer (Jahre)	3	1 - 4	3	3	3,5	3
Postgraduales Studium	Master, PhD	Master, PhD	Master, PhD	Master, PhD	Master, PhD	Master, PhD
Zulassungsvoraussetzung/ Schuljahre	Sekundarstufe I/ 10	Sekundarstufe II/ 12	Sekundarstufe II/ 12	Sekundarstufe II/ 13	Sekundarstufe II/ 12	Sekundarstufe I/ 10
Aufsichtsführende Institution	Länderministerium für Gesundheit und Soziales oder Kultusministerium	Ministerium für Unterricht, Kultur und Wissenschaft/Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport	Ministerium für Gesundheit und Soziale Angelegenheiten (Sozialdepartment) Nationale Behörde für Gesundheits- und Sozialwesen (Socialstyrelsen)	The Health professions Council	Sundhedsministeriet (Bundesministerium für Gesundheit) Undervisningsministeriet (Ministerium für Bildung und Wissenschaft)	Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, Bundesministerium für Gesundheit
Gesundheitssystemtyp	Sozialversicherungssystem	Sozialversicherungssystem	Nationaler Gesundheitsdienst	Nationaler Gesundheitsdienst	Nationaler Gesundheitsdienst	Sozialversicherungssystem

Quelle: Eigene Darstellung

Im Jahr 2003 war die Pflegeausbildung lediglich in Deutschland, Frankreich, Luxemburg und Österreich allein über den sekundären Bildungsweg möglich. In Belgien und den Niederlanden konnte – wie schon im Jahr 1998 – eine Pflegequalifikation zusätzlich auch über den hochschulischen Weg erlangt werden. In den restlichen neun EU-Ländern hingegen fand die Pflegeausbildung bereits ausschließlich im tertiären Bildungssektor statt. 2007 berichtete der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe, dass bereits in 21 von 25 EU-Staaten die Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpfleger/innen an Hochschulen angesiedelt hatten. Etwas differenzierter beschrieben Hülsken-Giesler et al. (2010) unter Verweis auf Behrendt (2008) u. Stöcker (2008), dass „[...] in 19 europäischen Staaten [...] die Pflegeausbildung ausschließlich an Universitäten, Fachhochschulen oder Colleges angesiedelt [ist]. In 13 dieser Länder ist die Ausbildung ausschließlich als Universitätsstudium organisiert, in einem Land als (Fach-)Hochschulstudium. Fünf Staaten [...] ermöglichen eine pflegeberufliche Erstqualifikation sowohl als Studium an (Fach-)Hochschulen als auch als Berufsausbildung im Bereich der Sekundarstufe-II“ (Hülsken-Giesler et al. 2010 zitiert in Muths 2010, S. 51).

Betont wird, dass auch im europäischen Raum sehr heterogene Ausbildungsstrukturen in der Pflegebildung vorzufinden sind. Nur Island, Großbritannien und die Niederlande besitzen bereits ein gestuftes Bildungssystem, „in dem die Bildungsgänge und -abschlüsse systematisch aufeinander aufbauen und sich inhaltlich logisch aufeinander beziehen, womit Durchlässigkeit und Konsistenz des Pflegebildungssystems garantiert wären“ (Muths 2010, S. 52).

Am Beispiel der Niederlande soll im Folgenden ein mehrstufiges Ausbildungssystem erläutert werden.

Das Pflegeausbildungssystem in den Niederlanden

In den Niederlanden wurde das System der Pflegeausbildung bereits 1996 in ein vollständig modularisiertes und auf Credit-Points basierendes System umgestellt (Muths 2010). Die Qualifizierung erfolgt über acht Komplexitätsstufen - von der Assistenzhilfe bis zum Promotionsstudium - in denen das erforderliche Fachwissen für die jeweilige Patientensi-

tuation auf Grundlage von theoretischen und praktischen Wissen vermittelt wird. Alle Auszubildenden müssen sich zunächst mit Aufgaben einer geringen Komplexitätsstufe auseinandersetzen und können dann erst eine höhere Ausbildungsstufe aufnehmen. Jede Ausbildungsstufe schließt dabei mit einer eigenen Abschlussqualifikation, welche wiederum als Aufnahmebedingung für die nächst höhere Stufe gilt. Teilweise kann bei Vorlage der definierten Credit-Points der vorherigen Stufe ein verkürztes Programm angeboten werden (de Jong 2005, S. 117ff.).

Die Ausbildungsinhalte für die ersten fünf Stufen sind in einem Katalog festgelegt, wobei sich einige Inhalte oder Kompetenzbereiche auch über die Ausbildungsstufen hinweg wiederholen, jedoch an das jeweilige Niveau angepasst werden. Im Folgenden soll die Tabelle 8 über die fünf Niveaustufen (bis zum Bachelorabschluss) hierzu einen Überblick geben:

Tab. 8 System der Qualifikationsstufen 1-5 in den Niederlanden

	Niveau 1: Assistierende (Zorghulp)	Niveau 2: Pflegehelfer (Helpende)	Niveau 3: Sozialpfleger (Verzorgende)	Niveau 4: Pflegekundige (Verpleegkundige)	Niveau 5: Pflegekundige (Verpleegkundige; Bachelor)
Ausbildungs- einrichtung	Berufsschule	Berufsschule	Berufsfachschule	Berufsfachschule	Hochschule
Dauer/ Studien- belastung (in Std.)	1 Jahr	2 Jahre/ 3200 SBU	3 Jahre/ 4800 SBU	4 Jahre/ 6400 SBU	4 Jahre/ 6720 SBU
Aufgaben	vorwiegend häusliche und hauswirtschaftliche Aufgaben	vorwiegend häusliche Pflegeförderung und Unterstützung der Selbstständigkeit	medizinisch wenig komplexe Pflege- situationen	medizinisch komplexe Pflege-situationen	Casemanagement
	keine selbstständige Pflege, nur Assistenz in der Pflege der Umgebung	Schwerpunkt: Haushaltsführung	Tätigkeiten auf Niveau 2 → stärker pflegerisch orientierte Aufgaben	Planung und Umsetzung des Pflegeprozesses	medizinisch hochkomplexe Pflegesituationen
		Körperpflege		Arbeit im direkten Patientenkontakt	Einzelfallentschei- dungen an den Grenzen der Standardisierung

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Muths 2010, S. 54 (auf Grundlage von de Jong & Landenberger 2005).

Zusätzlich zu diesen fünf Niveaustufen existiert ein System für die Fort- und Weiterbildung, welches vergleichbar mit dem deutschen ist, jedoch nicht automatisch auf eine höhere Niveaustufe führt (Muths 2010). Eine Weiterqualifizierung zur Erlangung eines höheren Niveaus zu einem sogenannten „Advanced Nurse Practitioner“ erfolgt über einen Masterstudiengang. Die Masterabsolvent/innen können dann auch selbstständig Aufgaben der medizinischen Behandlung und Betreuung für definierte Klientengruppen übernehmen.

Dem niederländischen Pflegeausbildungssystem zu Grunde liegt das von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe auch für Deutschland geforderte „Lebenslange Lernen“, welches auf Basis einer stringenten Durchlässigkeit für die ständige Möglichkeit sorgt sich beruflich weiter zu qualifizieren.

2.1.3 Berufsspezifische Entwicklungen der Einsatz- und Arbeitsfelder

Die Pflege gehört gegenwärtig zu den wachsenden Dienstleistungsbranchen in Deutschland, welche von einer Reihe gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Entwicklungen sowie epidemiologischer, versorgungsstruktureller und ökonomischer Veränderungen geprägt ist: Ambulante und stationäre Versorgungsbereiche unterliegen einer steigenden Nachfrage, während die familiäre Versorgung immer weiter zurückgeht. Neue und vielfäl-

tige Aufgabenfelder im Gesundheits- und Pflegebereich als auch Bereiche außerhalb der Pflege - insbesondere im Bereich der Beratung (z. B. Pflegestützpunkte, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) – führen zu einer Erweiterung der pflegerischen Einsatz- und Arbeitsfelder. Um diese verschiedenen Bereiche abdecken zu können, existiert neben dem traditionellen Berufsbild - orientiert an anglo-amerikanischen Vorbildern - eine Vielzahl weiterer Berufe, welche für eine hierarchische Struktur und eine starke Differenzierung innerhalb der Pflege sorgt. Das Spektrum reicht von Pflegeassistent/innen bis zu Leiter/innen des Pflegedienstes. Und auch funktional unterscheiden sich - vom Case Management über Study Nurses bis hin zu vertieften Tätigkeiten in der Pflegepraxis (z. B. Pflegefachpersonal in der Onkologie oder Intensivpflege, der Neonatologie und der Palliativpflege) - eine Reihe von beruflichen Einsatzmöglichkeiten (Wissenschaftsrat 2012). Zu den gegenwärtigen und sich zukünftig noch weiter differenzierenden Aufgabenfeldern gehören:

Die Primäre Gesundheitsversorgung:

Sie erweitert die Aufgaben für Gesundheits- und Pflegeberufe auf den Bereich ‚Prävention von Pflegebedürftigkeit‘, welcher u. a. die Erstellung präventiver Konzepte für Familien und gesellschaftliche Randgruppen impliziert. Zukünftig Pflegende werden zudem an der Entwicklung von Health Promotion Programmen beteiligt sein, welche begründet durch die verschiedenen Bedarfe hauptsächlich auf kommunaler und betrieblicher Ebene gesehen werden. So stellt z. B. das WHO Pilotprojekt der Family Health Nurse (Familiengesundheitspflege) ein neues Aufgabenfeld für Pflegende dar. Mit dem Fokus auf Familien- und Gesundheitsförderung werden im Sinne eines Gesundheits- und Case-Managements die gemeindenahе und familienorientierte Begleitung, Unterstützung und Beratung angeboten (Büscher 2005). Neue Aufgabenfelder bieten zudem die Rehabilitation oder die Gesundheitserziehung in Kindergärten und Schulen (Wicklander 2005, Görres & Böckler 2004).

Die Beratung:

Als wesentlicher Bestandteil beruflicher Handlungskompetenz Pflegender ist sie direkt an Patienten/innen, Klienten/innen, Bewohner/innen und Angehörige (Mikroebene) gerichtet und wird zukünftig quantitativ und qualitativ (vor allem aufgrund der Zunahme an chronischen Erkrankungen) noch deutlich mehr an Bedeutung gewinnen. Ein Tätigkeitsfeld für Pflegende stellt beispielsweise die Wohnraum- oder Ernährungsberatung dar, sowie die Präventions- und Rehabilitationsberatung. Pflegerisches Potenzial wird zudem auch bei Fragen der Hilfsmittelversorgung und -organisation im häuslichen Umfeld gesehen. Die Möglichkeiten einer institutionsunabhängigen Beratungstätigkeit, oder auch der Gutachtertätigkeit bieten Pflegenden darüber hinaus die Chance, nachhaltig Rechte und Autonomie des Einzelnen im Gesundheitswesen zu stärken. Inhalte der organisations- und institutionsbezogenen vollprofessionellen Beratung werden außerdem etwa Fragen der Pflegeüberleitung an der Schnittstelle „stationär/ambulant“ betreffen.

Neue Trendentwicklungen werden darauf abzielen, Pflegende stärker als bisher in multiprofessionelle Teams des Gesundheitsdienstleistungssektors zu integrieren. Dabei werden angesichts einer angestrebten integrierten Gesundheitsversorgung Pflegende wesentlich häufiger die Rolle einer steuernden und koordinierenden Profession einnehmen (Görres & Reif 2010, Görres & Böckler 2004).

Das Management:

Diesbezüglich übernehmen Pflegende vermehrt Aufgaben der in der Sozialgesetzgebung verankerten Qualitätsentwicklung und -sicherung sowie in der Organisation des Qualitätsmanagements. Ferner stellen veränderte Arbeitsorganisationen und -felder im Rahmen von Case- und Care-Management (Prozesssteuerung) ein Handlungspotenzial von Pflegenden dar.

Einen Aufgabenbereich bildet u.a. die Anleitung von Pflegehilfskräften. Mit der Einführung des § 87b SGB XI wird es vollstationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht, zusätzliche sozialversicherungspflichtige Beschäftigte für die Betreuung von Bewohnern mit erhebli-

chem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung einzustellen und die Aufwendungen hierfür durch Vergütungszuschläge refinanziert zu bekommen (BMG 2011b). Eben diese Personen bedürfen einer professionellen Anleitung von Pflegenden. Außerdem werden neue Aufgaben im Bereich des betrieblichen Controllings sowie im innerbetrieblichen Projekt- und Schnittstellenmanagement prognostiziert. In diesem Kontext werden Potenziale gesehen, Pflegende in Prozesse der Unternehmens-, Personal- und Organisationsentwicklung in Gesundheitsunternehmen zu integrieren und in diesen Bereichen zu qualifizieren (Görres & Böckler 2004, SVR 2007).

Die Interprofessionelle Kooperation:

Pflegende übernehmen durch die zunehmende Vernetzung von Strukturen des Gesundheits- und Sozialsystems, die Entwicklung von Versorgungsketten und sozialen Netzwerken vermehrt koordinierende und kooperierende Aufgaben und arbeiten im Rahmen von multiprofessionellen Teams beispielsweise in Gesundheits- und Behandlungszentren zusammen (Görres & Böckler 2004).

Für den Sachverständigenrat (SVR 2007) ist die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe ein wesentlicher Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung. Erkenntnisleitend sind für ihn die Fragen: Welche Gesundheitsversorgung bzw. welche Dienstleistungen sind aus der Perspektive einer gleichermaßen patientenorientierten sowie zeit- und kostensparenden und fachlich hochwertigen Gesundheitsversorgung notwendig? Wer kann welche Dienstleistung/Maßnahme möglichst hochwertig, angemessen, effektiv und effizient durchführen? Wie können die Ressourcen der Gesundheitsberufe zusammengeführt sowie die Potenziale angemessen und sinnvoll genutzt werden?

In vielen Nachbarländern sind die Pflegeberufe bereits seit langem integrierter Partner in der Gesundheitsversorgung und nehmen wesentliche Aufgaben und Verantwortlichkeiten wahr. Dort hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass eine arzt dominierte Gesundheitsversorgung für eine ressourcenorientierte wie auch effektive, effiziente und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung alleine nicht zielführend ist (SVR 2007). Welche Rolle die Gesundheits- und Pflegeberufe im Rahmen von multiprofessionellen Teams spielen, wird in Abhängigkeit zum sich entwickelnden Professionalisierungsgrad gesehen, da formalrechtlich das Ausmaß der Verantwortungsübernahme abhängig von der jeweiligen Qualifikation einer Berufsgruppe ist (Stemmer 2008).

Der gesamte Aufgabenbereich der Übernahme übergreifender Tätigkeiten steht in engem Zusammenhang mit der Diskussion über die Zusammenarbeit von Pflegenden und Ärzt/innen sowie der Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten. Bereits im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes wird beschrieben, dass Pflegende - zunächst in Modellvorhaben - in höherem Maße heilkundliche Tätigkeiten ausführen sollen. Die 2012 in Kraft getretene Heilkundeübernahmerrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) regelt diesbezüglich, wie die konkrete Umsetzung verlaufen soll (§63 Abs. 3c SGB V). Dies betrifft Aufgaben wie Blutentnahme und Durchführen von Infusionen/Injektion etc., bislang ausschließlich für die Diagnosen Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Chronische Wunden, Demenz (ausgenommen die Palliativversorgung), Verdacht auf Hypertonus (außerhalb von Schwangerschaften) (§63 Abs. 3c SGB V). Festzustellen ist allerdings, dass bisher in einem kaum nennenswerten Umfang Modellversuche durchgeführt wurden.

2.2 Physiotherapie

Die Physiotherapie stellt mit derzeit 128.000 Physiotherapeuten/innen (Statistisches Bundesamt 2011b) einen wesentlichen Bestandteil des Leistungssystems im deutschen Gesundheitswesen dar. Nach der Definition des World Confederation of Physical Therapy (WCPT 2003) erbringt die Physiotherapie Leistungen mit dem Ziel, ein Maximum an Bewegungsfähigkeit und funktionalen Fähigkeiten in allen Lebensabschnitten zu erhalten bzw. wiederherzustellen.

In Deutschland handelt es sich bei dem Beruf des Physiotherapeuten derzeit (noch) um einen sogenannten weisungsgebundenen nichtärztlichen Heilberuf, d.h. heilkundliche Tätigkeiten werden auf Anweisung eines Arztes erbracht bzw. bedürfen einer ärztlichen Verordnung⁸² (Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPhG 1994; § 3 Abs. 1 HeilM-RL 2011⁸³). Dabei entwickelt sich die Physiotherapie auch in Deutschland kontinuierlich vom Heilberuf zu einer eigenständigen Profession. Im Rahmen dieser Entwicklung wird dem „Direktzugang“⁸⁴ zu physiotherapeutischen Leistungen eine immer größere Bedeutung beigemessen (Zalpour 2008) (siehe Kap. 2.2.3).

Zur Physiotherapie werden physiotherapeutische Verfahren der Bewegungstherapie sowie der physikalischen Therapie gezählt (ZVK 2012b). Physiotherapeutische Maßnahmen werden bei Störungen des Bewegungsapparates, des zentralen und peripheren Nervensystems sowie bei Erkrankungen der inneren Organe und der Psyche angewendet (vgl. HeilM-RL⁸⁵). Das Rehabilitationsmodell mit der International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF) (WHO 2001)⁸⁶ ist ein wichtiges Grundlagenmodell physiotherapeutischer Arbeit. Physiotherapie ist Prozessarbeit, in der Physiotherapeuten Patienten begleiten, führen, unterrichten und beraten (Hengeveld 2011). Clinical Reasoning ist ein entscheidender Bestandteil dieses sogenannten „Physiotherapeutischen Prozesses“, der derzeit in Deutschland an Aufmerksamkeit gewinnt (Hengeveld 2011; ZVK 2010; Hüter-Becker & Dölken 2005).

Neben den Tätigkeitsfeldern von Physiotherapeuten/innen in Prävention, Kuration und Rehabilitation, sowohl in der ambulanten Versorgung als auch in teilstationären und stationären Einrichtungen, sind im Laufe der Zeit neue Tätigkeitsfelder im Bereich Palliativmedizin, Gesundheitsförderung, Beratung, Lehre und Forschung sowie Management hinzugekommen (siehe Kap. 1.4).

Als wichtigste Handlungsfelder im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung werden im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes sowohl bei den individuellen wie auch bei den Settleleistungen der Gesetzlichen Krankenkassen unter anderem Bewegung und Stressreduzierung⁸⁷ hervorgehoben (GKV-Spitzenverband 2010). Damit weist die Physiotherapie ein großes Handlungsspektrum auf und ist für Zielgruppen aller Altersstufen von Relevanz. Der Beruf wird zu einem Großteil von Frauen ausgeübt und ist durch einen vergleichsweise geringen Anteil an Teilzeitkräften gekennzeichnet (siehe Kap. 2.2.1.2).

⁸² Die Abgabe von Heilmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen setzt eine Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt voraus.

⁸³ Zu finden im Bundesgesetzblatt (BGBl.1994)

⁸⁴ Mit *direct access* ist ein direkter bzw. offener Zugang zur physiotherapeutischen Leistung gemeint, die keiner ärztlichen Überweisung/Verordnung bedürfen (Zalpour 2008).

⁸⁵ Zu finden im Gemeinsamen Bundesausschuss (2011)

⁸⁶ Die ICF wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2001 ausgearbeitet und listet einzelne Gesundheitskomponenten auf: Körperstrukturen, Körperfunktionen, Aktivitäten und Partizipation sowie umwelt- und personenbezogene Faktoren.

⁸⁷ Präventionsprinzip: Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität (GKV - Spitzenverband 2010); Präventionsprinzip: Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme (GKV - Spitzenverband 2010).

2.2.1 Aktuelle und zukünftige Versorgungsbedarfe

Um aktuelle und zukünftige Versorgungsbedarfe im Versorgungsbereich Physiotherapie zu beschreiben, werden im Folgenden neben dem inanspruchnahmeorientierten Bedarf (Umsatz, Verordnungen und Kosten) die Indikationen physiotherapeutischer Leistungen und der angebotsorientierte Bedarf (Fachkräftebedarf und Entwicklung der Ausbildungsplätze) berücksichtigt.

2.2.1.1 Inanspruchnahme

Die Datenlage zum inanspruchnahmeorientierten Bedarf weist auf eine bedeutende Rolle der Physiotherapie im zukünftigen Versorgungsgeschehen hin. Die folgende Abbildung zeigt, dass die Physiotherapie mit 3,4 Milliarden Euro Bruttoumsatz⁸⁸ (von insgesamt 4,88 Milliarden Euro für Heilmittel in der GKV) im Jahr 2011 die höchsten Ausgaben im Bereich der Heilmittel verursacht (vgl. Abb.11).

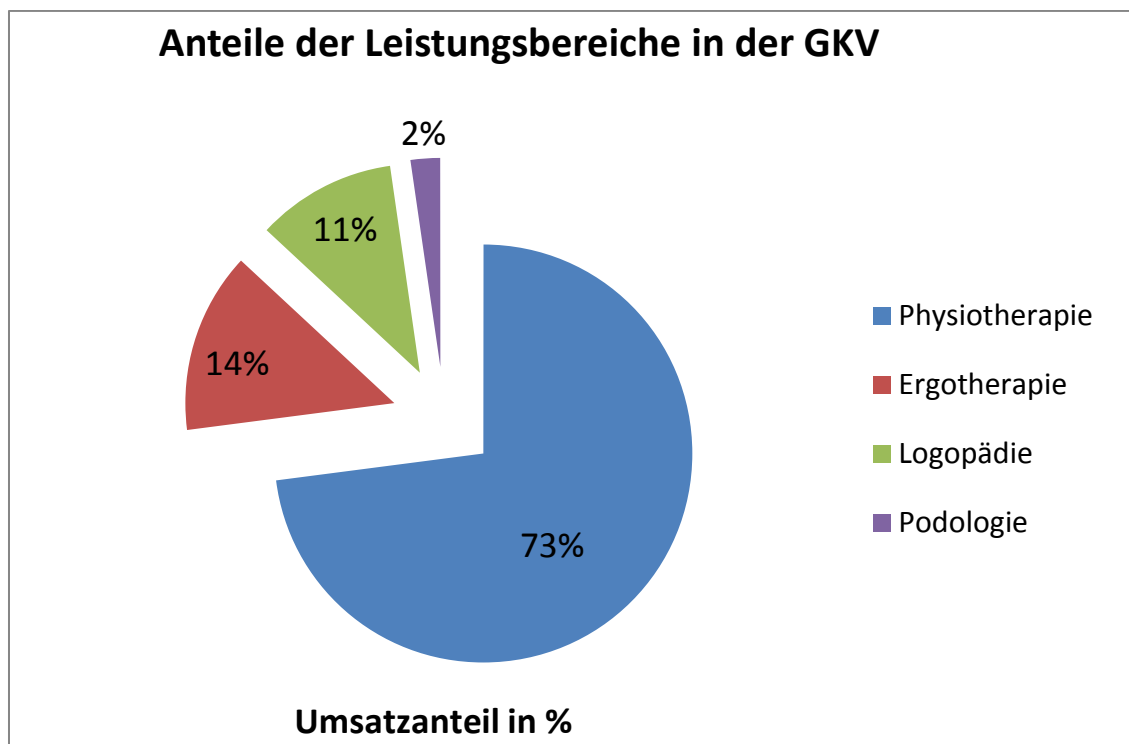


Abb. 11 Anteil der Leistungsbereiche in der GKV

Datenquelle: Eigene Darstellung; Datengrundlage GKV-HIS (2012)

Im bundesweiten Durchschnitt belief sich der Bruttoumsatz für Physiotherapie auf 49.645 Euro je 1.000 GKV-Versicherte (GKV-HIS 2012). Seit dem Jahr 2009 ist eine deutliche Umsatzsteigerung von 13,9 Prozent sichtbar (von 43.596 Euro auf 49.645 Euro). Für das Land **Nordrhein-Westfalen** wurden unterdurchschnittliche hohe Bruttoumsätze registriert: Von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein ein Bruttoumsatz von 42.734 Euro je 1.000 GKV-Versicherte, von der KV Westfalen-Lippe ein Bruttoumsatz von 33.702 Euro je 1.000 GKV-Versicherte registriert (GKV-HIS 2012).

Die Behandlungsfrequenz je Leistung ist in der Physiotherapie im Vergleich zu den anderen Therapiebereichen (Ergotherapie, Logopädie) niedriger (siehe Kap. 2.3 und 2.4). Daher wird der hohe Umsatzanteil der Physiotherapie maßgeblich auf das starke Verordnungsvolumen von 85,95 Prozent (Verordnungsanteil) zurückgeführt (Walters-

⁸⁸Der Bruttoumsatz bezeichnet den Umsatz zu Vertragspreisen.

bacher 2012). Im Jahr 2011 wurden für die 51.602.733⁸⁹ registrierten Mitglieder in der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) (GBE 2012b) insgesamt 28,6 Millionen Verordnungsblätter für Physiotherapie ausgestellt, das entspricht einem bundesweiten Durchschnitt von 412 Rezepten je 1.000 GKV-Versicherten. Nach Facharztgruppen betrachtet, verordnen vor allem Hausärzte mit rund 11,2 Millionen und Orthopäden mit rund 8,1 Millionen Verordnungen physiotherapeutische Leistungen (GKV-HIS 2012).

Physiotherapeutische Leistungen nach Regionen

Die für den Bundesdurchschnitt im Jahr 2011 ermittelten 502 physiotherapeutischen Leistungen bzw. 3.290 Behandlungen je 1.000 GKV-Versicherte lassen bei der Analyse nach Regionen (Kassenärztliche Vereinigungen) deutliche Unterschiede erkennen: Die GKV-Versicherten in Sachsen haben im Jahr 2011 mit einer durchschnittlichen Heilmittellanzahl von 791 und 5.158 Behandlungen je 1.000 GKV-Versicherte die höchsten Versorgungswerte vorzuweisen, gefolgt von Versicherten der Kassenärztlichen Vereinigungen Berlin (681 Heilmitteln und 4.483 Behandlungen) und Sachsen-Anhalt (659 Heilmitteln und 4.075 Behandlungen). Unterdurchschnittliche Versorgungswerte hingegen wurden für die KV Westfalen-Lippe (291 Heilmitteln und 1.965 Behandlungen), KV Nordrhein (356 Heilmitteln und 2.453 Behandlungen) und KV Hessen (394 Heilmitteln und 2.720 Behandlungen), Saarland (402 Heilmitteln und 2.664 Behandlungen) und Bremen (438 Heilmitteln und 2.901 Behandlungen) registriert (vgl. Abb. 12).

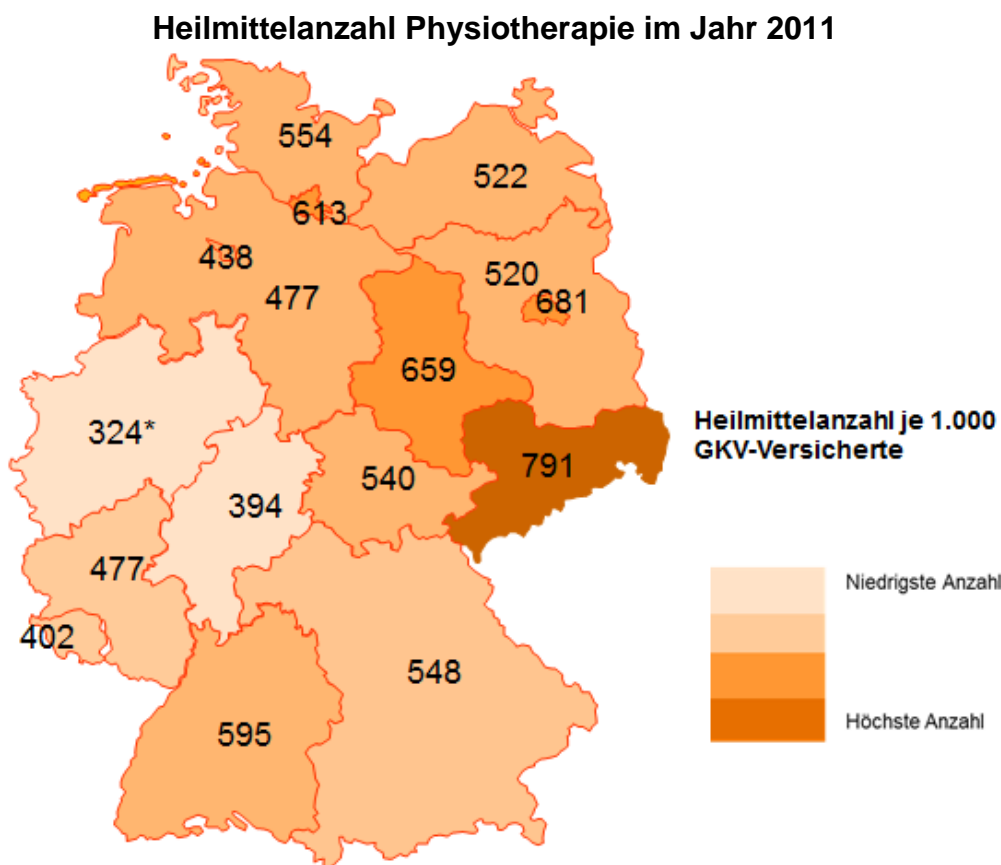


Abb. 12 Heilmittellanzahl Physiotherapie

* Durchschnittswert der KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage des GKV-HIS (2012)

⁸⁹Jahresdurchschnittswert 2011 (GBE 2012b)

Regionale Unterschiede in der Versorgung mit Physiotherapeuten/innen lassen sich auch anhand von Analysen einzelner Krankenkassen erkennen. Im Rahmen von Analysen der AOK (AOK-Heilmittel-Informations-System) zur Anzahl an Leistungserbringern für Physikalische Therapie und Physiotherapie (inklusive Podologie) je 100.000 Einwohner zeigt sich eine unterschiedliche Behandlungsintensität bzw. Versorgungsdichte zugunsten der Länder Sachsen mit 70,4 Leistungserbringern je 100.000 Einwohner und Saarland mit 67,5 Leistungserbringern je 100.000 Einwohner, während Nordrhein-Westfalen mit 40,7 Leistungserbringern je 100.000 Einwohner das Schlusslicht bildet (Waltersbacher 2012). Die Anzahl der Leistungserbringer, die im Jahr 2010 mit der AOK im Bereich Physiotherapie und Physikalische Therapie abgerechnet haben, belief sich dabei auf insgesamt 33.288 Krankengymnasten, Physiotherapeuten und 3.644 Podologen, Der Bundesdurchschnitt lag bei 52,7 Leistungserbringern je 100.000 Einwohner (Waltersbacher 2012). Es muss davon ausgegangen werden, dass die regionalen Unterschiede in den Heilmittelmengen und –ausgaben von einer Reihe von Faktoren beeinflusst werden. Bisher liegen keine Untersuchungen mit notwendigem Alters- und Geschlechtsbezug vor. Ursachen wären einerseits in der unterschiedlichen Morbidität, sozioökonomischem Status und Nachfrageverhalten der Versicherten zu suchen oder könnten andererseits im Ordnungsverhalten der Ärzte oder in der Angebotsstruktur (z.B. regionalspezifische Ärztedichte; Facharztanteil, Höhe der Richtgrößen) mitbegründet sein (vgl. Bode et al. 2008).

Physiotherapeutische Leistungen nach Altersgruppen

Abbildung 13 verdeutlicht das Verordnungsvolumen und die steigende Anzahl physiotherapeutischer Heilmittel mit zunehmendem Alter; lediglich bei Hochaltrigen ist ein leichter Rückgang in der Anzahl der physiotherapeutischen Heilmittel zu verzeichnen. Die meisten Leistungen der Physiotherapie (1.029 Leistungen je 1000 Versicherte und 6.926 Behandlungen) wurden im Jahr 2011 von Patienten/innen der Altersgruppe 75 bis unter 80 Jahre in Anspruch genommen werden. Dabei lag der Durchschnitt bei 505 Leistungen und 3.287 Behandlungseinheiten je 1.000 GKV-Versicherte (GKV-HIS 2012).

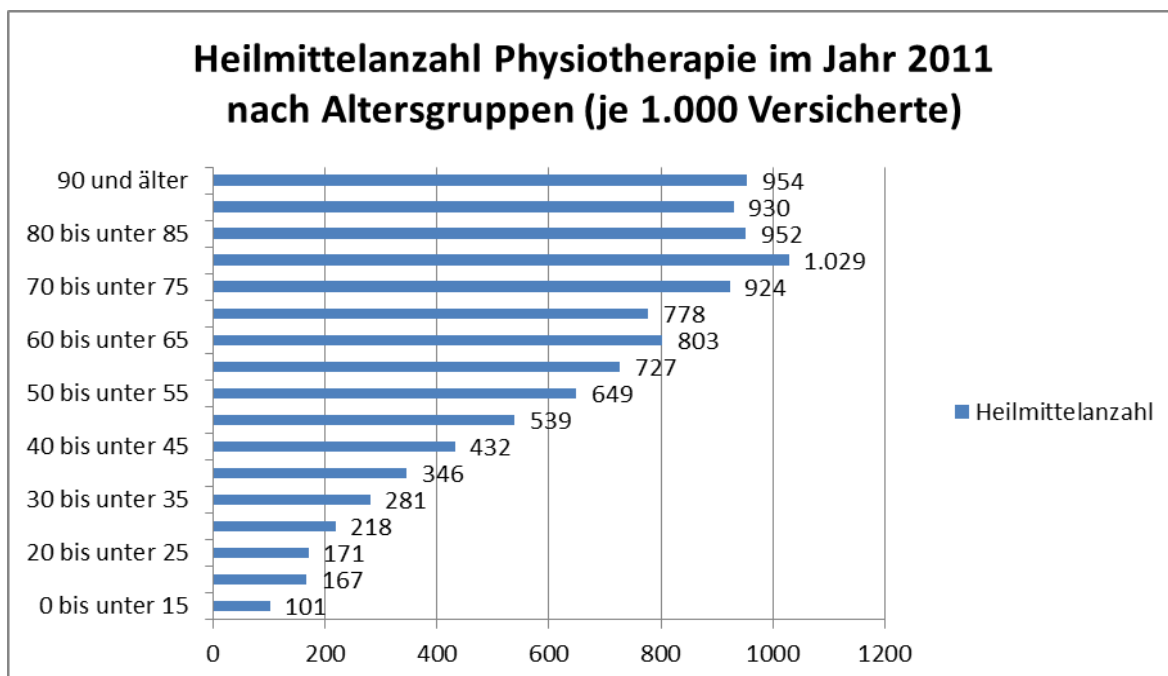


Abb. 13 Heilmittelanzahl Physiotherapie nach Altersgruppen

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage des GKV-HIS (2012)

Anzumerken ist, dass mit dem Verordnungsvolumen, d. h. mit der Heilmittelanzahl einhergehend, auch die Ausgaben für physiotherapeutische Maßnahmen mit zunehmendem Alter der Versicherten steigen. Während der Bruttoumsatz für Heilmittel der Physiotherapie in der Altersgruppe 50 bis unter 55 Jahre noch bei durchschnittlich 57 Euro je GKV-Versicherten liegt, so beträgt er bei Hochaltrigen (90 Jahre und älter) 137,35 Euro je GKV-Versicherten (GKV-HIS 2012).

Umsatzstärkste physiotherapeutische Leistungen

Wie auch in den Jahren zuvor bleibt die „normale“ Krankengymnastik⁹⁰ mit 96,8 Millionen Behandlungseinheiten⁹¹ und einem Umsatzanteil von gut 1,3 Milliarden (entspricht einem Anteil von 28,5% Bruttoumsatz) mit Abstand die häufigste und umsatzstärkste Heilmittelleistung der Physiotherapie (GKV-HIS 2012), gefolgt von der manuellen Therapie, Krankengymnastik bei zentralen Bewegungsstörungen sowie der manuellen Lymphdrainage (GKV-HIS 2012) (vgl. Abb. 14).

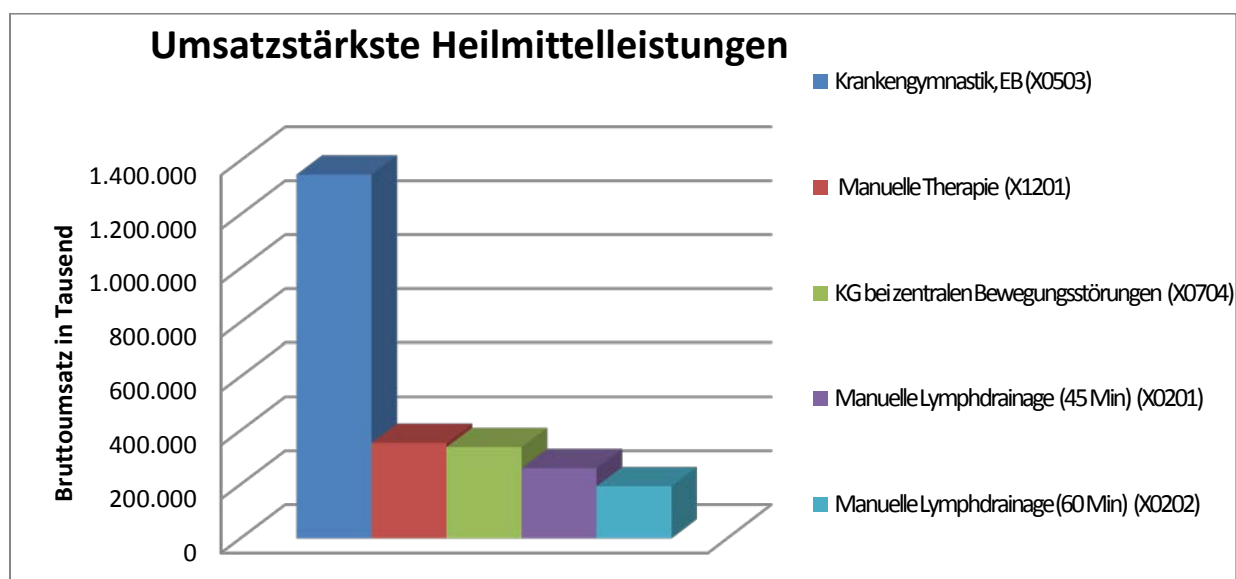


Abb. 14 Die fünf umsatzstärksten Heilmittel der Physiotherapie
Quelle: Eigene Darstellung; Datengrundlage GKV-HIS (2012)

Indikationen physiotherapeutischer Leistungen

Laut Routinedatenanalysen der AOK und Barmer GEK sind die häufigsten Indikationen, die zu einer Verordnung einer physiotherapeutischen Intervention führen, Wirbelsäulenerkrankungen mit kurzfristigem⁹² oder längerfristigem Behandlungsbedarf⁹³ (vgl. Kemper et al. 2011; Waltersbacher 2012). Fasst man die Indikationen dieser beiden Hauptgruppen zusammen, stehen diese an erster Stelle der physiotherapeutischen Interventionen. Bei der AOK fallen allein 44 Prozent der physiotherapeutischen Behandlungen auf diese Indikationsstellung zurück. Zu den nächst häufigsten physiotherapeutischen Maßnahmen

⁹⁰ Krankengymnastik (Positionsnummer X0503): KG, auch Atemgymnastik, auf neurophysiologischer Grundlage einschließlich erforderlicher Massagen (Bundeseinheitliches Heilmittelpositionsnummernverzeichnis 2006)

⁹¹ Gesamtheit der verordneten Behandlungen (z.B. 100.000 Einheiten)

⁹² Bei Wirbelsäulenerkrankungen mit kurzfristigem Behandlungsbedarf handelt es sich z. B. um Blockierungen der Wirbelsäule, Bandscheibenschäden, Muskel-Sehnenerkrankungen oder arthrotische Veränderungen der Wirbelsäule (vgl. Heilmittelkatalog online 2011).

⁹³ Beispiele für Wirbelsäulenerkrankungen mit längerfristigem Behandlungsbedarf sind Bandscheibenprolaps, Skoliosen oder Kyphosen (starke Rotation oder Krümmung der Wirbelsäule) und entzündlich-rheumatische Wirbelsäulenerkrankungen.

zählen Verletzungen, Operationen und Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens mit mittelfristigem Bedarf oder längerfristigem Bedarf⁹⁴.

2.2.1.2 Aktuelle Fachkräfteentwicklung

Im Jahr 2010 waren laut Statistischem Bundesamt insgesamt 128.000 Physiotherapeuten/innen (darunter 104.000 Frauen und 24.000 Männer) im deutschen Gesundheitswesen beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2011b). Im Vergleich zum Jahr 2000 mit bundesweit 66.000 zugelassenen Physiotherapeuten/innen hat sich die Anzahl demnach in den vergangenen zehn Jahren nahezu verdoppelt (vgl. Abb. 15). Das Wachstum entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Rate von 5,8 Prozent (Wissenschaftsrat 2012). Doch nicht nur die Zahl der Physiotherapeuten/innen insgesamt hat zugenommen, sondern auch die Zahl der in Vollzeitäquivalenten gemessenen Kapazität ist kontinuierlich von 53.000 im Jahr 2000 (83% Frauenanteil) auf 93.000 im Jahr 2010 (Frauenanteil 78,5%) gestiegen. Daraus folgert der Wissenschaftsrat (2012) für die Physiotherapie, dass eine mit steigendem Frauenanteil verbundene Ausweitung von Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen hier bislang nicht zu einem Rückgang der insgesamt verfügbaren personellen Ressourcen führe.

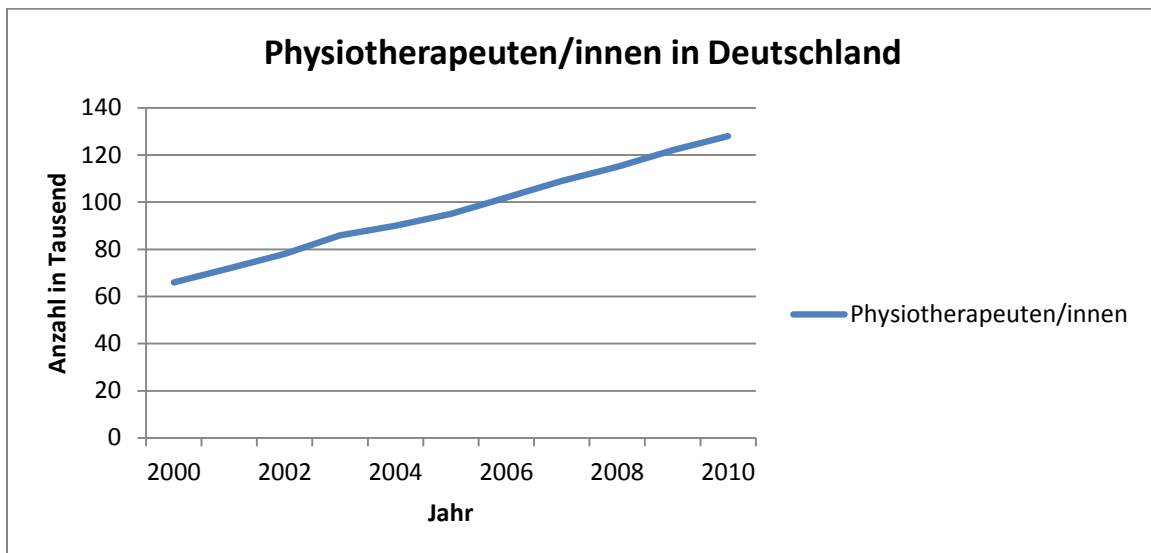


Abb. 15 Anzahl der Physiotherapeuten/innen in Deutschland

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage des Statistischen Bundesamt (2010)

Altersstruktur

In den letzten zehn Jahren sind Veränderungen in der Altersstruktur der beschäftigten Physiotherapeuten/innen zu beobachten (vgl. Abb. 16). Im Zeitraum von 2000 bis 2010 hat die Zahl der älteren Beschäftigten stärker zugenommen als die Zahl der Jüngeren⁹⁵, die stagnierte bzw. nur sehr geringfügig stieg (vgl. Wissenschaftsrat 2012). Damit werden mittelfristig 19 Prozent der Physiotherapeuten/innen (25.000), die derzeit 50 Jahre oder älter sind, aus dem Berufsleben ausscheiden.

⁹⁴ Hierbei handelt es sich beispielsweise um Frakturen, Sehnenrupturen oder entzündlich-rheumatischen Gelenkerkrankungen sowie um Beckenfrakturen, komplexe Sehnen- oder Bänderschäden, Endoprothesen oder entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankungen (Kemper et al. 2011).

⁹⁵ Dies gilt in allen Berufen der Gesundheitsversorgung (vgl. Wissenschaftsrat 2012).

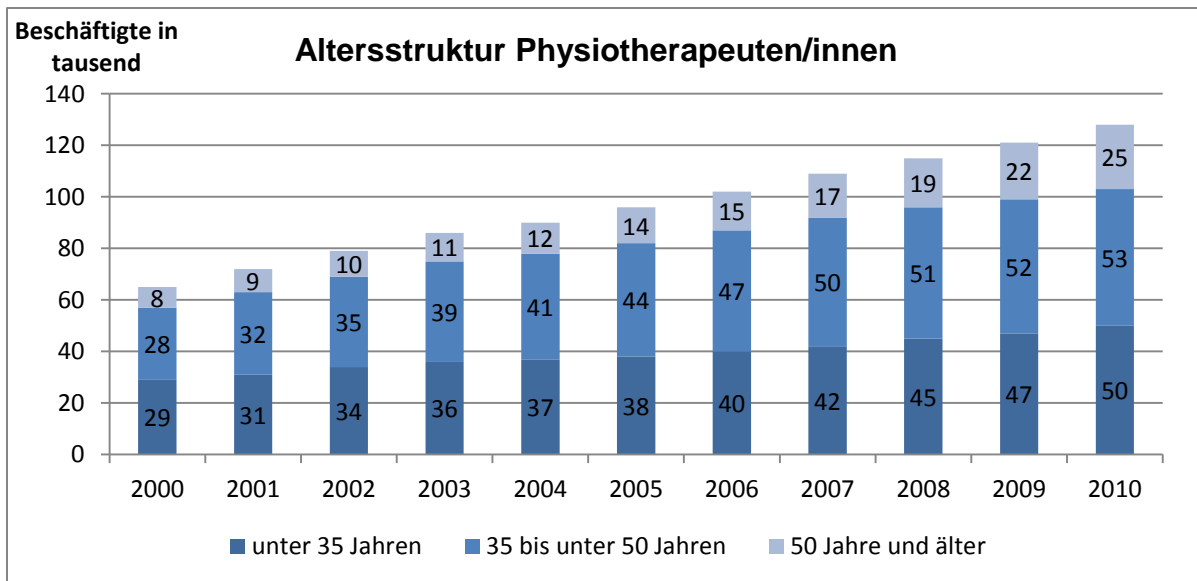


Abb. 16 Physiotherapeuten/innen (total in Tausend) im deutschen Gesundheitswesen nach Altersgruppen im Zeitraum von 2000 bis 2010

Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Wissenschaftsrat (2012)

Einsatzgebiete

Unter Berücksichtigung der generellen Zunahme von Beschäftigten im Gesundheitswesen, nehmen die Physiotherapeuten/innen aufgrund ihres zahlenmäßigen Zuwachses innerhalb der letzten Dekade eine bedeutende Stellung ein. Besonders im ambulanten Sektor hat sich seit dem Jahr 2000 die Anzahl der Physiotherapeuten/innen stark erhöht (von 27.000 auf 68.000). Im stationären Bereich ist es lediglich zu einem geringen Anstieg der Beschäftigten (von 31.000 auf 39.000 Physiotherapeuten/innen) gekommen. Der größte Zuwachs an Beschäftigung im stationären Bereich ist für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu verzeichnen. Im Zuge des Leitsatzes „ambulant vor stationär“ und der Verringerung der Liegezeiten (DRG's) wird mit einer weiteren Verlagerung von der stationären zur ambulanten und aufsuchenden Physiotherapie bzw. mit einer Zunahme von ambulant tätigen Physiotherapeuten/innen gerechnet (vgl. Kap. 1.3.3). Der steigende Rehabilitationsbedarf und damit auch steigende Bedarf physiotherapeutischer Leistungen (Dörpinghaus 2011) spiegelt sich bereits in den Entwicklungen im Heilmittelbereich Physiotherapie (vgl. Kap. 2.2.1.1) wider. Dabei werden zukünftig insbesondere ambulante physiotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen, was den schon derzeit stark dominierenden ambulanten Sektor weiterhin als ein wichtiges Arbeits- und Einsatzfeld der Physiotherapie auszeichnet (vgl. Kap. 1.2.1.3).

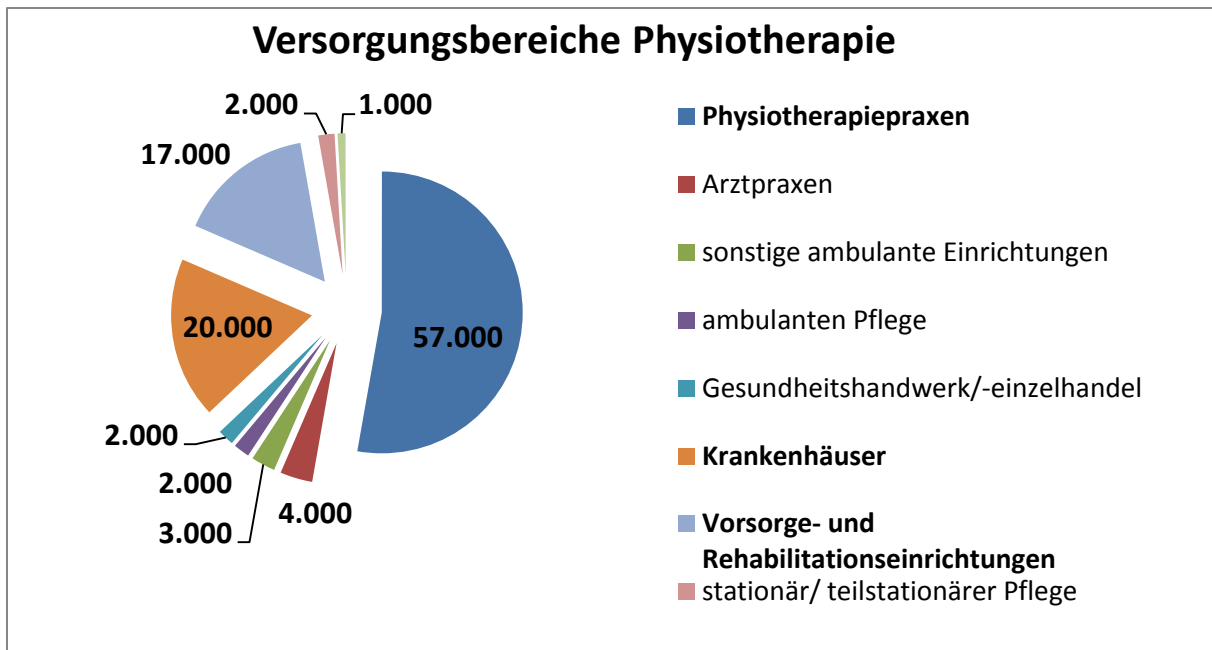


Abb. 17 Versorgungsbereiche Physiotherapie

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage des Statistischen Bundesamt (2010)

Aufgeschlüsselt nach den Versorgungsbereichen waren im Jahr 2010 laut Statistischem Bundesamt insgesamt 68.000 Physiotherapeuten/innen in ambulanten Einrichtungen tätig, der Großteil davon in Physiotherapiepraxen (57.000) (vgl. Abb. 17). Insgesamt konnten im Jahr 2011⁹⁶ laut dem ZVK 35.521 zugelassene Heilmittelerbringer/Praxen im Bereich Physiotherapie ermittelt werden (ZVK 2012a). Die restlichen Physiotherapeuten/innen verteilen sich auf Arztpraxen (4.000), auf sonstige ambulante Einrichtungen (3.000), auf die ambulanten Pflege (2.000) oder sind im Gesundheitshandwerk/-einzelhandel (2.000) tätig (Statistisches Bundesamt 2011b).

In stationären bzw. teilstationären Einrichtungen waren 39.000 Physiotherapeuten/innen beschäftigt, darunter 20.000 in Krankenhäusern, 17.000 in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, 2.000 im Bereich stationärer/teilstationärer Pflege sowie 18.000 Physiotherapeuten/innen in „sonstigen Einrichtungen“ beschäftigt. Zusätzlich konnten jeweils 1.000 Physiotherapeuten/innen für die Bereiche Gesundheitsschutz, Verwaltung und Vorleistungsindustrien⁹⁷ ermittelt werden (Statistisches Bundesamt 2011c).

In **Nordrhein-Westfalen** sind im Jahr 2009 insgesamt 4480 Physiotherapeut/innen (davon 3291 weiblich) in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen tätig gewesen; damit hat sich die Anzahl der Physiotherapeut/innen in diesem Versorgungsbereich gegenüber 1995 um 26,5 Prozent erhöht. In den 139 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen (Stand 2010 Statistisches Bundesamt) wurden insgesamt 1413 Physiotherapeuten/innen registriert. In der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege waren im gleichen Jahr insgesamt 364 Physiotherapeuten/innen beschäftigt (darunter 52,1% in Teilzeit). Davon arbeiteten 146 Physiotherapeuten/innen in der ambulanten Pflege und 218 Physiotherapeuten/innen in der teil- und vollstationären Pflege (MGEPA 2011).

⁹⁶ für den Erhebungszeitraum 1.10. - 31.12.2011

⁹⁷ Vorleistungsindustrien gehören die pharmazeutische, medizintechnische und augenoptische Industrie sowie die medizinischen Laboratorien und der Großhandel an.

2.2.1.3 Entwicklung der Ausbildungsplätze

Derzeit gibt es in Deutschland 274 Schulen für Physiotherapie (ZVK 2012a), die zwar staatlich anerkannt sind, sich aber i.d.R. in privater Trägerschaft befinden. Die Anzahl der Schulen für Physiotherapie ist seit 2001 (mit 234 Schulen) kontinuierlich angestiegen. Die Anzahl der Schüler/innen und Absolventen/innen hat im gleichen Zeitraum hingegen nur einen leichten Anstieg erfahren und lag im Jahr 2010/11 bei 4909 Absolventen/innen⁹⁸ (vgl. Abb. 18). Im aktuellen Schuljahr 2011/12 wurden insgesamt 22.557 Schüler und Schülerinnen an deutschen Schulen für Physiotherapie registriert, darunter 7703 Schüler (Statistisches Bundesamt 2012a). Aktuelle Daten von Hochschulabsolventen/innen physiotherapeutischer Studiengänge wurden im Hochschulinformationssystem bzw. HIS-Institut für Hochschulforschung (HIS-HF)⁹⁹ nicht vorgefunden.

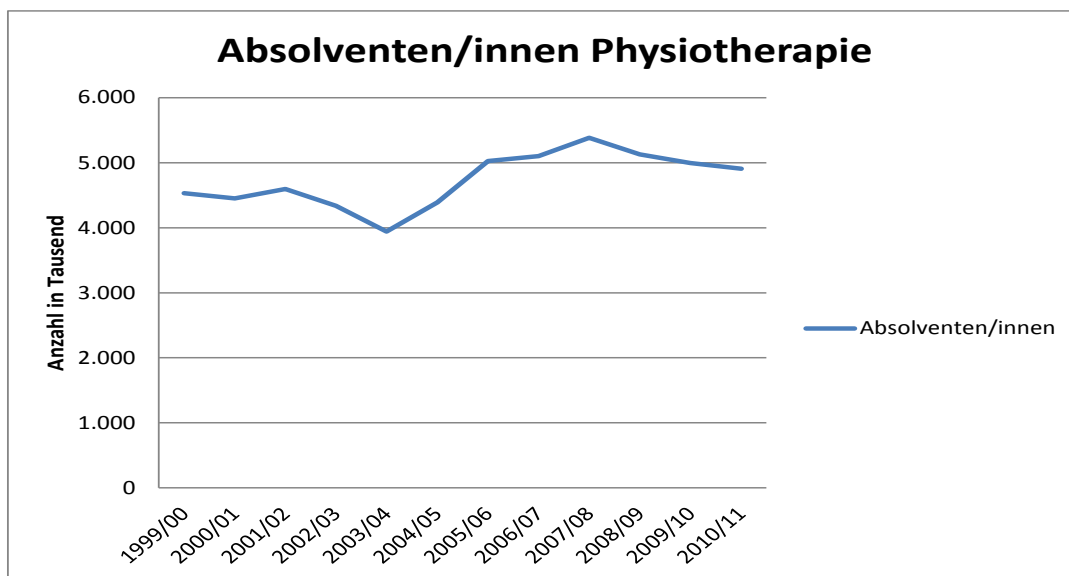


Abb. 18 Entwicklung der Anzahl von Absolventen/innen in der Physiotherapie

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage des Statistischen Bundesamt- Statistik der beruflichen Schulen- (1999-2012)

In **Nordrhein-Westfalen** können im Jahr 2009 insgesamt 45 aktive Schulen für Physiotherapie mit 1543 neu belegbaren bzw. neu belegten Ausbildungsplätzen gezählt werden (MGEPa 2011). Im Jahr 2010/11 absolvierten insgesamt 1053 Schüler und Schülerinnen ihre Ausbildung erfolgreich. Im aktuellen Schuljahr 2011/12 betrug die Anzahl der Schüler/innen insgesamt 3778 (darunter 1451 Schüler) (Statistisches Bundesamt 2012a).

2.2.2 Aus- und Weiterbildung

2.2.2.1 Aktuelle Ausbildungsstrukturen

Die Ausbildung zum/ zur Physiotherapeuten/in ist in Deutschland nach dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz vom 26. Mai 1994 (MPhG) und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapie vom 6. Dezember 1994 (PhysTh-APrV) als eine dreijährige Ausbildung angelegt, die mit einem Staatsexamen abschließt. Zugangsvoraussetzungen sind die Vollendung des 17. Lebensjahres, die gesundheitliche Eignung zur Ausübung

⁹⁸ Basierend auf der Statistik der beruflichen Schulen konnten 4.996 Schüler/innen im Schuljahrgang 2009/2010 ihre Ausbildung erfolgreich beenden (Statistisches Bundesamt 2011a). Der ZVK (2012a) gibt mit 6.839 Schüler (2.060 männlich und 4.779 weiblich) für das gleiche Schuljahrgang 2009/2010 allerdings deutlich höhere Zahlen an.

⁹⁹ <http://www.his.de>

des Berufs sowie in der Regel ein Realschul- oder vergleichbarer Abschluss. Die Ausbildung wird bundesweit einheitlich an staatlich anerkannten Berufsfachschulen durchgeführt und untergliedert sich gemäß § 1 Absatz 1 PhysTh-APrV in zwei Bestandteile: eine praktische Ausbildung mit 1600 Stunden und einen theoretischen und praktischen Unterricht mit 2900 Stunden. Entsprechend der Aufgabenstellung des Berufs soll die meist schulgeldpflichtige Ausbildung zum Physiotherapeuten/in insbesondere dazu befähigen, durch Anwendung geeigneter Verfahren der Physiotherapie zum Erhalt oder zur Wiederherstellung aller somatischen und psychischen Funktionen beizutragen sowie weitergehend Ersatzfunktionen bei nicht rückbildungsfähigen Körperbehinderungen zu schulen (vgl. MPhG 1994 Abs. 3 §8).

Die derzeitige Ausbildungslandschaft für den Physiotherapieberuf kann in Deutschland als sehr heterogen beschrieben werden. Da die aufsichtsführenden Behörden für die Physiotherapieausbildung je nach Bundesland variieren (Zuständigkeiten liegen in den Ministerien für Gesundheit und Soziales oder in den Kultusministerien¹⁰⁰), lassen sich trotz einheitlicher Abschlussbezeichnung (Staatsexamen) hinsichtlich der Lehre und Inhalte keine Standards und kein einheitliches und national verbindliches Curriculum nachweisen (vgl. Schämnn 2005; Wasner 2006; Groll et al. 2005). Wesentliche Kritikpunkte sind, dass das Niveau der Ansiedlung (sekundärer Bildungssektor) der Berufsfachschulen für Physiotherapie keinen Beitrag zur wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Profession leisten kann (Theobald 2004) sowie mangelnde Kompetenzvermittlung in Bezug auf eigenständiges und nachvollziehbares eigenverantwortliches Handeln im Rahmen der geforderten notwendigen evidenzbasierten Praxis (Clinical Reasoning) (vgl. Müller-Gartner & Salchinger 2011; Beyerlein 2010).

Auch Interprofessionelle Kompetenzen (vgl. Kap. 1.2.1.2; 1.2.1.3) können auf Basis der derzeitigen Ausbildungsstruktur kaum vermittelt werden. Im Umgang mit der zunehmenden Zielgruppe der Hochbetagten wird außerdem die Vermittlung von geriatrischen Kompetenzen im Rahmen der Ausbildung vermisst (Voelker 2011). Als weitere Defizite der Ausbildung werden die zu geringe salutogenetische Ausrichtung, mangelnde Orientierung an den Lernenden sowie fehlende Berücksichtigung moderner Unterrichtskonzepte der Berufsbildung genannt. Ferner bestehen uneinheitliche und ungenügend geregelte Qualifikationen für Lehrende (Höppner 2008; Klemme 2011). Um den veränderten Anforderungen Rechnung zu tragen, wurden in einigen Bundesländern neue Ausbildungsrichtlinien mit dem Schwerpunkt der Kompetenz- und Handlungsorientierung entwickelt, die sich an internationalen Standards, wie z. B. den Empfehlungen des WCPT, orientieren. Besonders Nordrhein-Westfalen hat in dem Zusammenhang curriculare Vorarbeit geleistet und empfehlende Ausbildungsrichtlinien für staatlich anerkannte Physiotherapieschulen in NRW entwickelt (Handgraaf et al. 2005), die auch über die Bundeslandgrenzen hinaus genutzt wurden. So haben auch Bayern und Niedersachsen¹⁰¹ im Zeitraum von 2007 bis 2009 erweiterte Richtlinien zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung erlassen und damit differenzierte Ausbildungsziele sowie deutlich konkretere Anforderungen an die Kompetenzmerkmale formuliert als sie in dem Berufsgesetz vorhanden sind (vgl. MPhG; § 8). Jedoch sind die Empfehlungen für die auszubildenden Einrichtungen der Physiotherapie bisher nicht verbindlich.

¹⁰⁰ In Bayern, Hessen, Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen ist das Kultusministerium (in den spezifischen Bezeichnungen der Länder) für die Ausbildung der Physiotherapie zuständig. In Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und dem Saarland hingegen ist das Gesundheitsministerium (einschließlich der Ministerien für Soziales, Arbeit, Familie, Frauen und Integration) für die Regelung der Physiotherapieausbildung verantwortlich.

¹⁰¹ vgl. Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die staatl. anerkannten Physiotherapieschulen in NRW (2005); Rahmenrichtlinie des Niedersächsischen Kultusministerium für die Ausbildung in der Physiotherapie (2007); Lehrplan für die Berufsfachschule für Physiotherapie, Bayern (2009)

Weiterqualifizierungen

Nach § 124 Abs. 3 SGB V sind für alle an der ambulanten Heilmittelversorgung beteiligten Therapeuten, also auch für die Physiotherapeuten/innen in Praxen und Einrichtungen zielgerichtete Fortbildungen im Sinne einer qualitätsgesicherten Heilmittelerbringung vorgeschrieben. Gesetzlich verpflichtende Fortbildungspflicht besteht jedoch nur für alle Praxisinhaber und fachlichen Leiter einer Physiotherapiepraxis. In der Physiotherapie gibt es einen breiten, unüberschaubaren und enorm expandierenden Fortbildungsmarkt, der von einer hohen Motivation vieler Physiotherapeuten/innen zu berufsbegleitender Weiterqualifizierung zeugt (Höppner 2009). Es werden Zertifikatsweiterbildungen für die Therapie angeboten, Fortbildungen für die verschiedenen Versorgungsbereiche wie Therapie, Prävention und Gesundheitsförderung sowie Fortbildungen für die Praxisführung oder für die Lehrtätigkeit. Außerdem gibt es von den Krankenkassen anerkannte Weiterbildungen, die mit einer Prüfung abschließen und die Physiotherapeuten/innen anschließend zur Abrechnung des erlernten Heilmittels berechtigen (z. B. Manuelle Lymphdrainage, KG-Gerät mit medizinischen Trainingsgeräten, Bobath-Konzept, Vojta-Therapie, PNF und Manuelle Therapie). Diese machen jedoch einen vergleichsweise geringen Anteil aus. Problematisch ist, dass die unterschiedlichen Fortbildungsanbieter keiner Qualitätsprüfung unterliegen (Walkenhorst & Klemme 2008).

Die Physiotherapeuten/innen zeichnen sich insgesamt durch ein ausgeprägtes fachliches Weiterbildungsverhalten aus, so dass von einem berufsgruppenimmanenten Interesse, aber auch von dem Bewusstsein für die Notwendigkeit einer Kompetenzerweiterung ausgegangen wird. Vor allem die intrinsische Motivation, die eigene Qualifikation zu steigern, Therapien qualitativ zu verbessern und darüber zu mehr Arbeitszufriedenheit zu gelangen, wird dafür verantwortlich gemacht (Walkenhorst & Klemme 2008). Jedoch werden Fort- und Weiterbildungen ebenfalls als bildungspolitische Sackgasse gesehen (vgl. Hebammen, Ergotherapeuten, Logopäden), da die Investitionen in Zeit und Geld keine Berufsentwicklung und keinen höheren Bildungsabschluss zur Folge haben (Mattfeld 2012). Somit ist dem Strukturwandel im Gesundheitswesen (siehe Kap. 1.3) und den resultierenden Anforderungen an die Berufsgruppe langfristig nur durch eine grundlegende Veränderung der Ausbildungsstruktur zu begegnen (Höppner 2008).

2.2.2.2 Akademisierung

Im Kontext des Professionalisierungsprozesses der Physiotherapie und der immer komplexer werdenden Anforderungen setzen sich neben der AG MTG und dem „Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe – HVG e.V.“ (vgl. Kap. 1.2) weitere unabhängige Netzwerke mit dem Ziel ein, die Zukunft der Physiotherapeuten mitzugestalten und einen Beitrag zur Forschung und Akademisierung zu leisten (vgl. z.B. „Zukunftsinitiative Physiotherapie – ZiPT“, „Organisation Studierender und ehemaliger Studierender der Gesundheitsberufe – OSGe“).

Zum heutigen Zeitpunkt gibt es bundesweit insgesamt 32 Bachelor- und 13 Masterstudiengänge¹⁰² für Physiotherapie, die vornehmlich an Fachhochschulen angesiedelt sind (ZVK 2012c)¹⁰³. Bei 25 Bachelor- und sechs Masterstudiengängen handelt es sich um

¹⁰² Davon reine Physiotherapie-Masterstudiengänge: Master-Studiengang Physiotherapie an der International University Dresden in Kooperation mit der VPT Akademie in Fellbach-Schmidlen, Master-Studiengang Sportphysiotherapie an der deutschen Sporthochschule Köln, Master-Studiengang Manuelle Therapie (OMT) an der Hochschule Osnabrück, Master-Studiengang Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie an der Hochschule HAWK Hildesheim/Holzminde/Göttingen, Master-Studiengang Therapiewissenschaft an der Hochschule Fresenius Idstein

¹⁰³ mitinbegriffen sind hierbei berufsgruppenübergreifende Studiengänge, wie z.B. der Bachelor-Studiengang in Präventions-, Therapie-, Rehabilitationswissenschaften DUAL an der Dresden International University (DIU), Bachelor-Studiengang Medizinalfachberufe an der Fachhochschule Nordhessen, Studiengang Health Care Studies an der HFH Hamburger Fern-Hochschule etc., in

reine bzw. physiotherapiespezifische Studiengänge. Lediglich drei Universitäten bieten derzeit Studiengänge an.¹⁰⁴ Ferner bieten ausländische Hochschulen¹⁰⁵ in Kooperation mit Berufsfachschulen der Physiotherapie in Deutschland vier Bachelor- und zwei Masterstudiengänge an. Weitere 11 Berufspädagogik-Studiengänge sind in Deutschland für Physiotherapeuten zugänglich (vgl. ZVK 2012c, Stand: 23.08.2012).

Insgesamt existieren somit unterschiedliche Studienstrukturen nebeneinander, wobei ausbildungsintegrierende (duale) Physiotherapie Studiengänge am häufigsten vertreten sind (vgl. Abb. 19). Die Voraussetzung zum Einstieg in den sechssemestrigen dualen Bachelor-Studiengang ist i.d.R. eine abgeschlossene Ausbildung zur/m Physiotherapeutin/en sowie mindestens die Fachhochschulreife. An manchen Hochschulen wird ein Teil der Berufsfachschulausbildung unter bestimmten Bedingungen als Studienleistung (ECTS-fähig) anerkannt.

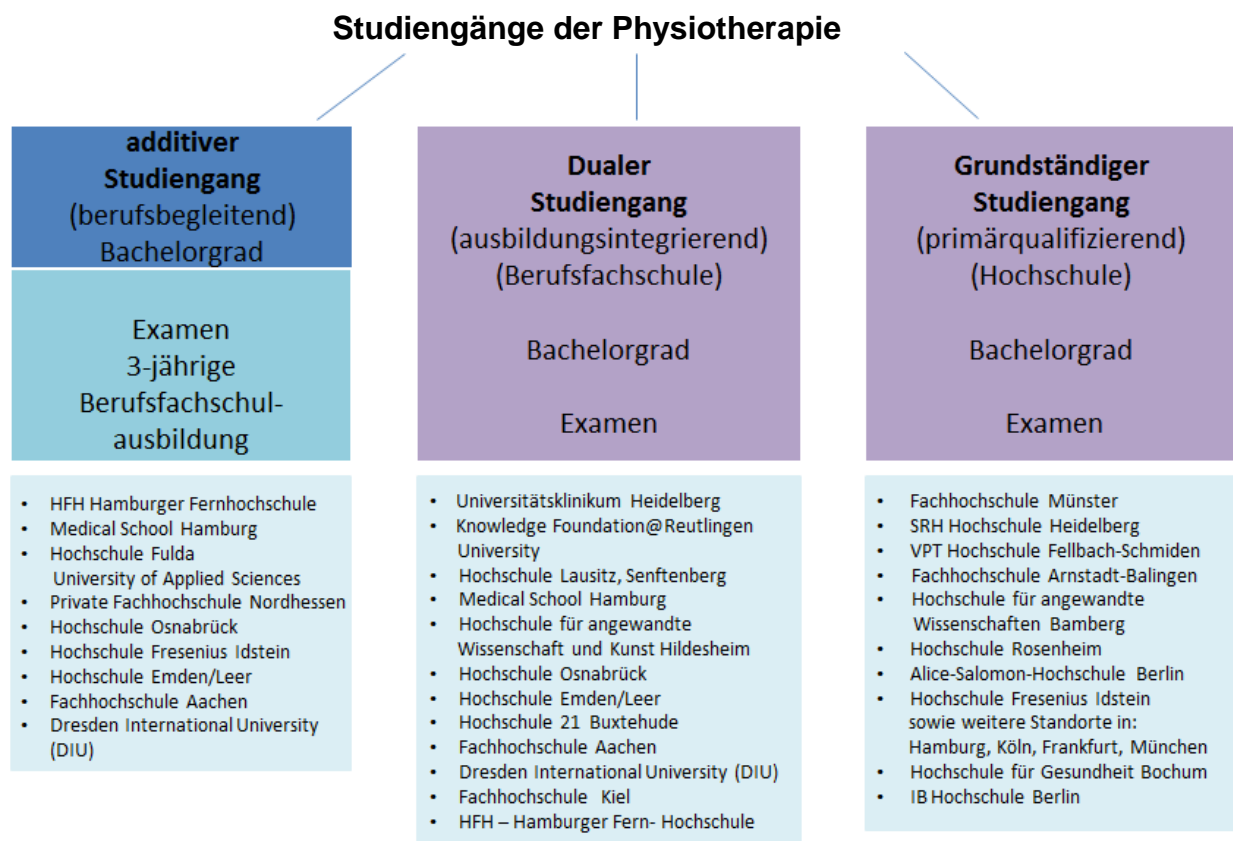


Abb. 19 Studiengänge der Physiotherapie

Quelle: Eigene Darstellung, Datenquelle (ZVK 2012c)

* mitinbegriffen sind hierbei berufsgruppenübergreifende Studiengänge

Laut einer Umfrage des Deutschen Verbands für Physiotherapie e.V. (ZVK) an Hochschulen für Gesundheitsberufe (2011) haben von den 128.000 berufstätigen Physiotherapeu-

denen sich Physiotherapeuten weiterqualifizieren können. Bei einigen ist die Akkreditierung noch in Vorbereitung.

¹⁰⁴ Dresden International University (DIU): Bachelorstudiengang Physiotherapie; Philipps-Universität Marburg: Masterstudiengang Physiotherapie; Dresden International University in Kooperation mit der VPT Akademie in Fellbach-Schmidlen: Masterstudiengang Physiotherapie

¹⁰⁵ Bachelor: HogeschoolThim van der Laan, Utrecht, NL; Hochschule Fontys in Eindhoven, NL; Hogeschool Zuyd in Heerlen, NL, Hogeschool Arnhem und Nijmegen (HAN); Master: University of Teesside-Niedersachsen mit Großbritannien; Donau-Universität Krems –Österreich mit Baden-Württemberg und mit Rheinland-Pfalz

ten/innen 1.602 Beschäftigte einen Bachelorabschluss (1,25%) und 48 ein Masterstudium abgeschlossen (ZVK 2011). Diese Zahlen stimmen mit den vorangegangenen Schätzungen von Höppner & Rübiger (2009) überein. Damit ist das vom Wissenschaftsrat (2012) angestrebte Ziel einer Akademisierungsquote von 10-20% (Zielintervall) bei weitem nicht erreicht und unterstreicht die Forderung nach einem verstärkten Ausbau hochschulischer Ausbildungsstrukturen für Physiotherapeuten/innen.

Die steigende Nachfrage an Studiengängen insgesamt wird als Indikator eines Bedarfs gesehen, der sich sowohl aus der Stellung der Physiotherapie im Gesundheitssystem, als auch im Hinblick auf die Arbeitsmarktchancen im europäischen Vergleich ergibt (Höppner 2008). Von der WCPT (2005) wurde die Zahl der Studienanfänger für Deutschland auf 180 Personen jährlich geschätzt.

Die deutsche Physiotherapieausbildung steht derzeit vor zahlreichen Problemen, die maßgeblich durch das Nebeneinander verschiedener Ausbildungsformen verursacht werden. Denn auch die entwickelte Hochschullandschaft zeigt sich dabei analog zu den Berufsfachschulen heterogen und fortschreitend intransparent (Walkenhorst & Klemme 2008, Walkenhorst 2011). Es heißt, die dreistufige Qualifizierung durch die gleichzeitige Existenz von Berufsfachschule, Bachelorstudium und Masterstudium sowie die unterschiedliche Ansiedlung der Ausbildung auf Hochschul- bzw. Fachschulniveau wird zu einer Barriere für die erwerbstätigen Physiotherapeuten/innen selbst (Schämann 2005) und zieht eine Diskussion über eine „Mehrklassengesellschaft“ unter den Therapeuten/innen nach sich (Voelker 2011). In Deutschland besteht zwar ein über die Berufsgesetze festgelegtes Berufsbild für die Absolventen von Fachschulen, jedoch bisher keines für Hochschulabsolventen/ Akademiker. Daher hat die AG MTG (2004, 2007) ein Eckpunktepapier erarbeitet, das sowohl den an der Einrichtung von Studiengängen als auch den am Akkreditierungsprozess beteiligten Akteuren (Hochschulen, Akkreditierungsrat/-agenturen, Wissenschaftsministerien usw.) deutlich machen soll, welche Aspekte bei der Konzipierung und Akkreditierung von Bachelor-Studiengängen, u. a. auch spezifisch für die Physiotherapie¹⁰⁶, aus berufspolitischer und berufsspezifischer/fachlicher Sicht Berücksichtigung finden sollten. Im Jahr 2007 hat das ENPHE –Netzwerk (European Netzwerk Physiotherapy Higher Education) einen Rahmen für ein vorläufiges Europäisches Kompetenzprofil Physiotherapie entwickelt, mit dem Ziel, Barrieren (z.B. Anerkennungsprobleme im Rahmen eines Studienaustausches oder Zulassungsprobleme auf dem Arbeitsmarkt) durch unterschiedliche curriculare Strukturen und Inhalte in den Ländern abzubauen (Ven & Vyt 2007).¹⁰⁷ Der ZVK hat auf Basis der Kompetenzpapiere zur Fachschulischen und Hochschulischen Ausbildung im Jahr 2011 eine Weiterführende Kompetenzbeschreibung deutscher Physiotherapeuten/innen herausgebracht, die eine Beschreibung der Ausbildungsrichtlinien in Bayern, Niedersachsen und Nordrhein- Westfalen sowie Kriterien des ISQ integriert (vgl. ZVK 2011).

¹⁰⁶ Internationale Referenzdokumente für Physiotherapiestudiengänge sind:

- European Region - WCPT (2002). European Core Standards of Physiotherapy Practice
- European Region - WCPT (2003). European Benchmark Statement
- European Region – WCPT (2003). Audit Tool for use with European Core Standards of Physiotherapy Practice
- European Region – WCPT (2003). Physiotherapy Service Standards
- CSP – The Chartered Society of Physiotherapy (2002). Curriculum Framework for qualifying programmes in physiotherapy (vgl. Eckpunktepapier der AG MTG 2007).

¹⁰⁷ Der Bologna Prozess sollte über das ECTS eine Transparenz in die Bildungssysteme Europas bringen, welche die Mobilität u.a. von Studierenden erhöht. In der Physiotherapie wird deutlich, dass das System bisher noch nicht in allen Ländern umgesetzt ist. Da die nationalen Umsetzungsversuche des Bologna Prozess über das ECTS nicht in allen Fällen transparent sind, wird eine Mobilität von Studenten der Physiotherapie nur im Bereich der Praktika gelebt (Wasner 2006).

2.2.2.3 Physiotherapieausbildung im Ausland

Tab. 9 Ländervergleich Physiotherapieausbildung

Länder	D	NL	S	GB	DK	A
Berufsbezeichnung/ Akademischer Grad	Physiotherapeut	Fysiotherapeut Bachelor of Health	Sjukgymnast (Physiotherapist/ Physical Therapist) Bachelor of Science Physiotherapie	Physiotherapist Bachelor of Science in Physiotherapie	Fysioterapeut Bachelor Degree in Physiotherapy (B.PT)	Physiotherapeut BSc (vormals Dipl.)
Ausbildungsniveau	Secondary Education / Higher Education	Higher Education bachelor degree	Higher Education bachelor degree	Higher Education bachelor degree	Higher Education bachelor degree	Higher Education bachelor degree
Institutionalisierung	staatl. anerkannte Berufsfachschule / Fachhochschule / Universität	Fachhochschule (Berufsbezogene Hochschule)	Universität	Universität	Fachhochschule (Polytechnic)	Fachhochschule (Medizinisch- technische Akademie)
Dauer (Jahre)	3 Sec. Educ., 3 - 4 High. Educ.	4	3	2 - 4	3,5	3
Postgraduales Studium	Master	Master, PhD	Master, PhD	Master, PhD	Master, PhD	Master, PhD
Zulassung/ Schuljahre	10 sec. Educ. /12 High. Educ.	13	13	13	12	12
Aufsichtsführende Institution	Länderministerium für Gesundheit und Soziales oder Kultusministerium	Ministry of Health, Welfar and Sport; Ministry of Education, Culture and Science; HBO- Raad	Ministerium für Gesundheit und Soziale Angelegenheiten (Sozialdepartment) Nationale Behörde für Gesundheits- und Sozialwesen (Socialstyrelsen)	Chartered Society of Physiotherapy, The Health professions Council	Sundhedsministeriet (Bundesministerium für Gesundheit) Undervisningsminister iet (Ministerium für Bildung und Wissenschaft)	Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, Bundesministerium für Gesundheit
Direktzugang	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein
Gesundheitssystemtyp	Sozialversicherungssystem	Sozialversicherungssystem	Nationaler Gesundheitsdienst	Nationaler Gesundheitsdienst	Nationaler Gesundheitsdienst	Sozialversicherungssystem

Quelle: Eigene Darstellung auf Datengrundlage WCPT (2005), Wasner (2006)

Im Ländervergleich lassen sich Unterschiede in der Berufsbezeichnung und –abschlüssen beobachten, die vor allem in Abhängigkeit zu den historischen Wurzeln des Berufs in jedem einzelnen Land zu interpretieren sind. In Deutschland und Österreich schließt die Physiotherapie-ausbildung mit dem Titel „Physiotherapeut/in“ ab, in den anderen betrachteten Ländern mit einem Bachelor-Titel (vgl. Tab. 9). Die Ausbildung ist in allen hier betrachteten Ländern – mit Ausnahme von Deutschland - ausschließlich im tertiären Bildungssektor angesiedelt. In Großbritannien und Schweden findet sie an Universitäten statt, in den Niederlanden und Dänemark an Fachhochschulen. Auch in Österreich werden Physiotherapeuten/innen seit dem Jahr 2006 entsprechend der jüngsten Ausbildungsverordnung an Fachhochschulen ausgebildet. Somit fand hier eine Umstellung von einem schulnahen System an sogenannten Akademien auf einen sechssemestrigen Fachhochschulstudiengang¹⁰⁸ statt. Mit dieser Angleichung wurde versucht den Vereinbarungen des Bologna-Prozesses zu entsprechen (vgl. Kap. 1.2.2.1) und die Akademisierung voranzutreiben (vgl. <http://www.physioaustria.at/>).

In Deutschland wird die Ausbildung vornehmlich an staatlich anerkannten Schulen angeboten, die dem sekundären Bildungssektor angehören (vgl. Kap.1.2.1.1). Aufgrund des unterschiedlichen Ausbildungsniveaus und Institutionalisierung ergeben sich unterschiedliche Zulassungsbedingungen und Ausbildungszeiten. Die Zulassung zur Ausbildung erfordert an den Universitäten 13 Schuljahre, an den Fachhochschulen 12 Schuljahre. Die Länge der akademischen Ausbildung zum/ zur Physiotherapeuten/in variiert in den aufgeführten Ländern zwischen zwei und vier Jahren. Postgraduale Studiengänge und Promotionsmöglichkeiten bieten alle betrachteten Länder an – mit Ausnahme von Deutschland. Hier wurden zwar die ersten Masterstudiengänge für Physiotherapie entwickelt, physio-

¹⁰⁸ Voraussetzungen für die Zulassung zum Fachhochschulstudium für Physiotherapie sind die Matura oder eine gleichgehaltene Qualifikation (z. B. Studienberechtigungsprüfung) und eine Aufnahmeprüfung (vgl. <http://www.physioaustria.at/information-und-service/ausbildung/ausbildung>).

therapiespezifische Promotionsmöglichkeiten jedoch fehlen, obwohl sich auf Hochschulebene schon heute ein großer Bedarf an qualifizierten Berufsangehörigen für Lehre und Forschung zeigt (Höppner 2011). Im Vergleich der Aufsichtführenden Behörden zeigt sich, dass die Ausbildung Physiotherapie entweder dem Bereich der Gesundheitsministerien oder sowohl dem Gesundheits- als auch dem Bildungsministerium untergeordnet ist. Die Berufstätigkeit wird in der Regel durch das Gesundheitsministerium gesteuert. Nur in den Niederlanden und Großbritannien wird eine regelmäßige Registrierung von Physiotherapeuten gefordert. Absolventen in Großbritannien werden durch das Health & Care Professions Council zugelassen (HCPC) und treten der Chartered Society of Physiotherapy bei. In den Niederlanden erfolgt die Registrierung durch das BIG-register¹⁰⁹. In den anderen Ländern reicht eine einmalige Zulassung durch das Gesundheitsministerium (Wasner 2006). Unterschiede in den Ländern zeigen sich auch im Direktzugang zu physiotherapeutischen Leistungen, im sogenannten „Direct access“, der im folgenden Kapitel 2.2.3 näher erläutert werden soll.

Jahre	1	2	3	4	5	6	7	8	Institution	Abschluss			
National	BFS		BA (240)			MA (120)			FH Osnabrück	BSc Physiotherapie			
	BFS		BA (180)						FH Fulda	BSc Physiotherapie			
	BA (210)									Hochschule Bochum	BSc Physiotherapie		
International	BA (240)										FH Hanze University Groningen, NL	Bachelor of Health Physiotherapie	
	BA (240)				MA (120)		MA (part time)					Queen Margaret University Edinburgh, GB	BSc (Hons) Physiotherapy
	BA (180)									Northumbria University, Kings College London, GB		BSc (Hons) Physiotherapie	
	BA (180)			MA (120)								FH Campus Wien; FH Joensuu Graz, A	Bachelor Health Studies, MSc Physiotherapie

Abb. 20 Ausgewählte primärqualifizierende Ausbildungsstrukturen im europäischen Ausland (NL, GB, A)

Quelle: Scharff-Rethfeldt (2010)

Festzuhalten ist, dass die in Europa stattfindende Akademisierung der Physiotherapie, wie sie von der World Confederation for Physical Therapy (WCPT) gefordert wird, derzeit nur in Deutschland als einzigem Land nicht umgesetzt wird (Greß et al. 2011). Die derzeitige akademische Ausbildung in der Physiotherapie ist in Deutschland nach wie vor eine Besonderheit und stößt insbesondere im Zusammenhang mit der Verordnungsautonomie auf große Widerstände (Winkelmann 2010). Als entscheidende Argumente für eine Angleichung der deutschen Ausbildung an das Niveau des europäischen Auslands gelten unter anderem Zulassungsprobleme deutscher Physiotherapeuten/innen auf dem europäischen Arbeitsmarkt¹¹⁰ und die damit verbundene Benachteiligung der in Deutschland

¹⁰⁹ <http://www.bigregister.nl/en/>

¹¹⁰ Für Physiotherapeuten/innen aus Ländern innerhalb Europas gilt die Gleichstellung der Berufsabschlüsse innerhalb der Europäischen Union sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und Schweiz. Ihr Examen als Physiotherapeut/in wird aufgrund der Anerkennungsrichtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen in

ausgebildeten Physiotherapeuten/innen (vgl. Walkenhorst 2011; Theobald 2004). Besonders unter der Perspektive einer internationalen Wettbewerbsfähigkeit durch Anschluss- und Beschäftigungsfähigkeit ist eine wissenschaftliche Ausbildung auf Hochschulniveau zu fordern (vgl. Klemme et al. 2007; Höppner 2009; Greß et al. 2011). Auch der Wissenschaftsrat (2012) sprach sich jüngst in seinen Empfehlungen für eine hochschulische Ausbildung der „mit besonders komplexen Aufgaben“ betrauten Therapieberufe aus. Eine besondere Herausforderung stellt derzeit jedoch die Integration der unterschiedlichen Qualifikationsniveaus auf Berufs- und Hochschulebene dar. Zu den resultierenden Anforderungen an zukünftige Ausbildungsstrukturen zählen neben bundesweit vergleichbaren Abschlüssen in der Physiotherapie und einer grundständigen akademischen Ausbildungsstruktur (Vollakademisierung), der Ausbau primärqualifizierender Bachelor- und Master-Studiengänge¹¹¹ sowie die Schaffung geeigneter Promotionsprogramme für Physiotherapeuten/innen, um damit den Anschluss an das europäischen Ausland zu gewinnen (vgl. Forderung der AG MTG 2011).

2.2.3 Berufsspezifische Entwicklungen der Einsatz- und Arbeitsfelder

Bereits bekannte und auch neue Einsatz- und Arbeitsfelder der Physiotherapeuten/innen ergeben sich aus dem strukturellen Wandel im Gesundheitswesen, den gegenwärtig und zukünftig dominierenden Zielgruppen und den daraus resultierenden Herausforderungen für eine bedarfsgerechte, physiotherapeutische Versorgung. So werden infolge der demographischen Transition und des gewandelten Krankheitspanoramas physiotherapeutische Maßnahmen zunehmend für die Versorgung von alten, hochaltrigen, pflegebedürftigen und multimorbiden Menschen sowie Menschen mit chronisch-degenerativen Erkrankungen notwendig sein (vgl. Kap. 1.2.1.2). Ferner spielen ökonomische Bedingungen, die starke Budgetierung der ärztlichen Verordnungen im Bereich der GKV-finanzierten Heilmittel und die notwendige Existenzsicherung eine Rolle bei der Erschließung neuer Arbeits- und Einsatzfelder. Im Kapitel 1.2.1.3 wurden bereits aktuelle und künftige Einsatzfelder, die alle Gesundheitsfachberufe betreffen, erläutert. Dabei stellten sich u. a. die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention, die Beratungs- und Bildungssektoren, sowie die Bereiche Forschung und Wissenschaft als auch Integration in neue Versorgungsmodelle (z.B. Case- und Care Management, Disease Management Programme) als wachsende Arbeitsfelder der Gesundheitsfachberufe heraus.

Aufgrund der volkswirtschaftlichen Relevanz von hauptsächlich arbeitsbedingten Muskel-Skelett-Erkrankungen wird das Arbeitsfeld Prävention und Gesundheitsförderung im betrieblichen Kontext für Physiotherapeuten/innen zunehmend an Bedeutung gewinnen (vgl. Zalpour 2011). Im europäischen Ausland (z. B. Niederlande und Großbritannien) hat sich das Arbeitsfeld des „Betriebsphysiotherapeuten“ bereits etabliert (vgl. Groll et al. 2005). Als unterschiedliche Aktionsfelder der Physiotherapie zur Betrieblichen Gesundheitsförderung sind z.B. Fitnesssteigerung, Entspannung/Stressbewältigung, Arbeitsplatz-Ergonomie, Arbeitsplatzanalyse, Re-Integration, Schulung und Beratung von Personal und Empowerment denkbar. Dennoch bedarf es dazu noch der notwendigen Entwicklung und Evaluation entsprechender Angebote, denn während die Aufgabe der Gesundheitsförderung im betrieblichen, wie auch in anderen Settings (z. B. Kindergarten, Schule) z.T. umfassend ausgearbeitet wurde, ist der potentielle Beitrag der Physiotherapie in Deutschland zu diesem Aufgabenbereich laut Ewers et al. (2012) bisher kaum erschlossen.

Deutschland anerkannt (vgl. Kap. 1.2.1.1). Gemäß dieser EU-Richtlinie ist den zuständigen Behörden jedoch auch das Recht vorbehalten, den Einzelfall zu prüfen und gegebenenfalls Anpassungslehrgänge oder eine Eignungsprüfung, zum Teil einschließlich einer Sprachprüfung, zu fordern

¹¹¹ Die AG MTG (2011) stellt dazu konkrete Zielvorstellungen der Bachelor- und Masterstudiengänge mit entsprechenden Qualifikationen und Tätigkeitsbereichen vor.

Arbeitsfeld als First-Contact-Practitioner

Der Blick ins Ausland weist auf ein weiteres, für deutsche Physiotherapeuten bisher neues Arbeitsfeld hin – das Arbeitsfeld des First-Contact-Practitioners (FCP). Der Status des First-Contact Practitioners (FCP) erlaubt es Physiotherapeuten/innen, ihre Patienten ohne eine zuvor erfolgte ärztliche Überweisung bzw. Verordnung zu untersuchen und zu behandeln sowie eine Prognose über den Verlauf der Erkrankung aufzustellen (Zalpour 2008).

Losgelöst vom Hintergrund der fortschreitenden Akademisierung der Physiotherapie wird auch hierzulande die Übernahme neuer Verantwortlichkeiten der Physiotherapeuten/innen im Sinne eines FCP verstärkt diskutiert.

Der im europäischen Ausland weit verbreitete sogenannte „Direct Access“ (offener Zugang) zu physiotherapeutischen Leistungen ist aufgrund der Zuweisungsstrukturen innerhalb des deutschen Gesundheitssystems derzeit nicht möglich. Ein Vergleich zeigt, dass bereits in 12 anderen europäischen Ländern Physiotherapeuten/innen autonom, ohne vorausgegangene Anweisung eines Arztes arbeiten (Klemme et al. 2007). Demnach gibt es in Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Irland, den Niederlanden, Norwegen, Serbien-Montenegro, Slowenien, Spanien und Schweden einen direkten Zugang zu physiotherapeutischen Leistungen. In Australien ist das Modell des First-Contact-Practitioner seit über 30 Jahren etabliert (Repschläger 2007, Zalpour 2007). Der Blick auf die Erfahrungen im Ausland bei der Einführung von First-Contact-Practitioners zeigt, dass der neuen Berufsautonomie im Rahmen eines FCP auch tiefgreifende Ausbildungsreformen voran gingen. So ist bspw. die vollständige Akademisierung der Physiotherapie in Schweden (Hochschulreformen 1977 u. 1993) eine wichtige Voraussetzung für einen Professionalisierungsprozess, ohne den der FCP-Status nicht erreicht worden wäre. Bereits im Jahr 1993 wurde ein eigenständiges universitäres Studium eingeführt, welches nach drei Jahren zum „Bachelor of Science“ führte. Weitere Abschlüsse wie „Master“ und „PhD“ folgten (Leinich 2007). Auch in den Niederlanden besteht die Ausbildung zum Physiotherapeuten aus einem vierjährigen Studium, wobei als Weiterbildung ein zweijähriger Master-Studiengang mit anschließender Promotion möglich ist. Der Direktzugang ist häufig an verschiedene formelle Voraussetzungen, fachliche Anforderungen und weitere Bedingungen geknüpft, wie bspw. neue rechtliche und ethische Richtlinien.

Einige Studien aus den Niederlanden und Schottland können bereits unterschiedlichste positive Effekte für Patienten und Kosten aufgrund des FCP-Modells nachweisen. So belegen Studien, dass Physiotherapeuten, die als First-Contact-Practitioner fungieren können, eine effektive Versorgung insbesondere für Menschen mit muskuloskeletalen Erkrankungen leisten können (Nordemann et al. 2006, Childs et al. 2005). Leemrijse et al. (2008) beschreiben, wie sich die Physiotherapie durch die Einführung des Erstkontakts im Jahr 2006 in den Niederlanden verändert hat. Im Ergebnis erhielten Patienten im Erstkontakt durchschnittlich 2,3 Therapieeinheiten weniger und gaben häufiger an, ihr Therapieziel vollständig erreicht zu haben, als Patienten, die überwiesen wurden. Die Autoren sehen dies in dem frühzeitigen Behandlungsbeginn begründet (ebd.).

Ferner werden die Eigenverantwortlichkeit und die Professionalität des Berufsstandes erhöht, da die Physiotherapeuten/innen die Möglichkeit erhalten, unabhängig über das Patientenmanagement entscheiden zu können und gleichzeitig die Arbeitsbelastung des Arztes reduziert wird, da Patienten die Chance haben, den/die Physiotherapeuten/in direkt aufzusuchen (Leemrijse et al. 2008, Jette et al. 2006). In einigen Studien wird beschrieben, dass die Wiederherstellung nach Verletzungen schneller verlief (Daker-White et al. 1999, Robert et al. 1997, Childs et al. 2005, Oldmeadow et al. 2007, Korthals de Bos et al. 2005). Schließlich belegt eine wachsende Zunahme von insbesondere angelsächsischen Studien die Wirksamkeit und die Kosteneffizienz des Modells des FCP sowie seine Akzeptanz bei den Nutzern/innen (Holdsworth & Webster 2004; Holdsworth et al. 2006a+b, Holdsworth et al. 2007, Leemrijse et al. 2008, Holdsworths 2008). Bei Holdsworths et al. 2008 sanken die Kosten, die durch krankheitsbedingte Arbeitsausfälle der Patienten entstehen sowie Kosten für die medikamentöse Therapie und Radiologie. Als

größter Vorteil für Patienten/innen werden die freie Wahl des Heilmittelerbringers und der schnellere Zugang zu einer physiotherapeutischen Leistung angesehen (Brasch & Rübiger 2011).

Der Weltverband für Physiotherapie (WCPT) plädiert in seiner politischen Erklärung dafür, dass die Patienten/innen einen direkten Zugriff auf physikalische Therapie erhalten sollen. Anspruch ist es weiterhin, dass Physiotherapeuten/innen als autonome Professionelle die Freiheit haben, ihr fachliches Urteil und Entscheidungen selbstständig zu treffen, solange dieses innerhalb ihres physiotherapeutischen Wissens und ihrer praktischen Kompetenz liegt (vgl. Politisches Statement WCPT 2011¹¹²). Die dafür notwendigen Kompetenzen wurden bereits in dem Europäischen Benchmark-Statement für Physiotherapie festgelegt (vgl. WCPT 2003). Vor diesem Hintergrund wird auch hierzulande der Direktzugang von den Berufsverbänden und unabhängigen Netzwerken der Physiotherapeuten gefordert und folgendermaßen begründet: „Aus ethischen, fachlichen und ökonomischen Gründen sollte auch Deutschland der weltweiten Entwicklung folgen und den Direct Access für selbstständige Physiotherapeuten ermöglichen“ (vgl. IFK-Positionspapier 2007, S.1). Die Bundesärztekammer (BÄK 2011) lehnt hingegen den geforderten Direktzugang ohne ärztliche (Differenzial-) Diagnostik und Indikation ab. Der Direct Access „unterläuft nach Auffassung der BÄK die im SGB V vorgesehene Steuerungsfunktion des Arztes für nachfolgende Behandlungen bzw. kehrt sie zumindest in den von den Physiotherapeuten vorgesehenen Indikationsbereichen um“ (BÄK 2011, S. 415).

In Deutschland können von Physiotherapeuten/innen lediglich Maßnahmen der Prävention auch ohne ärztliche Anordnung angeboten und erbracht werden. Eine weitere Ausnahme stellt die auf die Ausübung der Physiotherapie beschränkte Heilpraktikererlaubnis dar (vgl. BVerwG 2010). Mit der Möglichkeit einer sachlich beschränkten Heilpraktikererlaubnis ist ein Schritt in Richtung Direktzugang gemacht worden und es ist damit eine neue Form der beruflichen Betätigung von Physiotherapeuten im Entstehen, die im Ergebnis die ärztliche Verordnung für privat zahlende Patienten überflüssig macht (vgl. Möller-Wolf 2007).

Erste Forschungsergebnisse von Beyerlein (2010), die sich mit dem Thema „Direktzugang in der Physiotherapie – Wie entscheiden sich Physiotherapeuten im Management ihrer Patienten?“ beschäftigen, zeigen, dass neben der Professionalisierung des Berufes durch die Einrichtung von Bachelor- und Master-Studiengängen auch eine qualitativ bessere Ausbildung zu fordern ist, die dem Physiotherapeuten als „First-Contact-Practitioner“ gerecht wird. Dies impliziert eine Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsordnung, in der die Vermittlung von Kernkompetenzen (u.a. die Erkennung von relevanten Risikofaktoren bzw. „Redflags“) fest verankert wird, um die Sicherheit der Patienten/innen nicht zu gefährden. In den Niederlanden, wie auch in Großbritannien, gehört die Schulung von Redflags und klinischen Mustern bereits zum festen Grundausbildungscurriculum. Immer mehr europäische Länder, wie z. B. Schweden und Norwegen folgen diesen Beispielen (Lüdtke 2006). Laut Brasch & Rübiger (2011) gehören neben dem Erkennen von Krankheiten und Symptomen, welche eine ärztliche Behandlung erfordern, auch verschiedenste Untersuchungstechniken, Clinical Reasoning und evidenzbasierte Praxis zu den Kernkompetenzen für eine erfolgreiche Durchführung des Direktzuges. Nicht zuletzt verlangt die Einführung des FCP Novellierungen in rechtlicher¹¹³ und finanzieller¹¹⁴ Hinsicht. Um die Einführung eines Direktzuges für Physiotherapeuten/innen in Deutschland zu erproben, müssen zukünftig Modellprojekte, Durchführbarkeits- oder Pilotstudien initiiert

¹¹² Das Hauptmerkmal des Benchmark-Statements ist die Festlegung von Schwellenstandards („Threshold Standards“), die theorie- und praxisbezogene Elemente einschließen, auf deren Basis die Hochschulinstitutionen die Mindestvoraussetzung für ihre Standards für Abschlüsse vergleichen können.

¹¹³ Das fünfte Sozialgesetzbuch schreibt in § 15, Abs. 1 und § 92, Abs.1 Nr. 6 vor, dass physiotherapeutische Leistungen nur auf ärztlicher Verordnung hin erfolgen dürfen.

¹¹⁴ So könnte z.B. an die Stelle der (indirekten) Budgetierung der Heilmittel bei den Ärzten im Falle des Direktzuges eine Wirtschaftlichkeitsprüfung bei den Physiotherapeuten treten oder eine Art Fallpauschalen für physiotherapeutische Leistungen eingeführt werden (Brasch 2010)

werden (Zalpour 2007). Nur so können potentielle Nachteile, wie bspw. Ausnutzung von Macht und Handlungsfreiheit, verstärkte Konkurrenz und Konflikte, Entwicklung von „Zwei-Klassen-Physiotherapeuten“, Verschlechterung der Patientenversorgung durch unzureichende Qualifikation oder auch die Dauer für die Umstellung auf ein FCP-System und die Notwendigkeit zur juristischen Festlegung von Grenzen erfasst und berücksichtigt werden. Die Möglichkeit, entsprechende Modellvorhaben nach § 63 (3c) SGB V zu vereinbaren, besteht bereits seit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im Jahr 2008. Allerdings kann bisher lediglich ein Modellprojekt derzeit genannt werden, dass schrittweise für mehr Handlungsfreiheit in der Physiotherapie sorgen soll, indem die Auswahl der therapeutischen Maßnahme, die Dauer der Behandlungsserie und die Frequenz der Behandlungseinheit vom Physiotherapeuten/in selbst bestimmt wird¹¹⁵.

¹¹⁵ Das Modellprojekt ist eine Kooperation zwischen dem IFK e. V. und der BIG in den Modellregionen Westfalen-Lippe und Berlin (vgl. www.ifk.de). Ein direkter Zugang, im o.g. Sinn, wird jedoch nicht erprobt, da die Physiotherapeuten/innen auch innerhalb dieses Projektes auf ärztliche Verordnung mit Diagnose handeln.

2.3 Ergotherapie

Die Ergotherapie (vormals Beschäftigungs- und Arbeitstherapie) ist heute ein wesentlicher und anerkannter Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland und beruht vornehmlich auf medizinischen und sozialwissenschaftlichen Grundlagen. Bei den deutschlandweit derzeit geschätzten 35.000 berufstätigen Ergotherapeuten/innen (vgl. COTEC¹¹⁶-Summary 2012) handelt es sich um Fachkräfte zur Unterstützung und Begleitung von Menschen aller Altersgruppen, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Das Europäische Netzwerk der Ergotherapie-Schulen (ENOTHE) definiert die Ergotherapie "als einen patientenzentrierten Ansatz unter Verwendung des Mediums der Aktivität, um die Durchführung einer Handlung (occupational performance) zu ermöglichen und Wohlergehen innerhalb der Umgebung zu fördern, mit der Absicht, die Lebensqualität zu fördern" (ENOTHE 2000, zitiert nach Howard & Lancee 2000)¹¹⁷. Dem Deutschen Verband für Ergotherapeuten zufolge heißt es: „Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen“ (DVE 2007¹¹⁸).

Die Ergotherapie orientiert sich somit am bio-psycho-sozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF¹¹⁹) und hat ein ganzheitliches Verständnis von Handlung bzw. Handlungsfähigkeit bezogen auf Selbstversorgung, Beruf und Freizeit. Der zentrale Fokus liegt auf Betätigung und Aktivität. Die ergotherapeutische Praxis bewegt sich dabei in einem Spannungsfeld zwischen dem funktionellen, biomedizinischen Arbeitsbereich unter Berücksichtigung der medizinischen Diagnose und der Lebensbetätigung, die die Orientierung an Wünschen und Bedürfnissen der Klienten erfordert (Marotzki 2004) (vgl. Kap. 2.3.3).

Der nach dem zweiten Weltkrieg entstandene Beruf des/der Ergotherapeuten/in stellt im deutschen Gesundheitswesen einen von Frauen deutlich dominierten Gesundheitsberuf¹²⁰ dar (§ 3, HeilM-RL 2011) und ist über das Ergotherapeutengesetz (ErgThG) vom 25. Mai 1976 geregelt. Gleiches gilt für die Berufe Physiotherapie und Logopädie.

¹¹⁶ Council of Occupational Therapists for the European Countries.

¹¹⁷ Laut internationaler Definition der World Federation of Occupational Therapists (WFOT 2012) ist die Ergotherapie ein Beruf, „der mit der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden durch Betätigung (occupation) befasst ist. Das primäre Ziel von Ergotherapie ist es, Menschen zu ermöglichen, an Aktivitäten ihres täglichen Lebens teilzunehmen. Ergotherapeuten erreichen dies dadurch, dass sie Menschen befähigen, Dinge zu tun, die ihre Fähigkeiten zur Teilnahme erweitern oder indem sie die Umwelt modifizieren, um eine Teilnahme am Lebensalltag besser zu unterstützen.“ vgl. <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>

¹¹⁸ <http://www.dve.info/fachthemen/definition-ergotherapie.html>

¹¹⁹ Die ICF wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2001 ausgearbeitet und listet einzelne Gesundheitskomponenten auf: Körperstrukturen, Körperfunktionen, Aktivitäten und Partizipation sowie umwelt- und personenbezogene Faktoren.

¹²⁰ Im Berufsrecht wird unterschieden zwischen sogenannten Heilberufen (z. B. Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärztin, Heilpraktiker/in), die eigenverantwortlich behandeln dürfen und den Heilhilfsberufen bzw. Gesundheitsfachberufen (z. B. Physiotherapeuten/innen, Ergotherapeuten/innen, Logopäden/innen), die eine Krankenbehandlung grundsätzlich nur nach ärztlicher Verordnung durchführen können. Die Abgabe von Heilmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen setzt eine Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt voraus HeilM-RL 2011 § 3Abs.1.

Ergotherapeutische Maßnahmen (von griech. „ergon“ = tätig sein) dienen der Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation der krankheitsbedingt gestörten motorischen, sensorischen, psychischen und kognitiven Funktionen und Fähigkeiten (vgl. HeilM-RL § 35 Abs. 1). Somit stehen sowohl Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Erkrankungen des Nervensystems als auch psychische Störungen im Fokus ergotherapeutischer Anwendungen. Differenzierte Hintergrundinformationen zu den Grundlagen der ergotherapeutischen Versorgung finden sich – soweit rechtlich hinterlegt – in den Sozialgesetzbüchern. Zu den einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen der Ergotherapie gehören u. a. motorisch-funktionelle Behandlungen, sensomotorisch-perzeptive Behandlungen, das Hirnleistungstraining bzw. neuropsychologisch orientierte Behandlungen als auch psychisch-funktionelle Behandlungen (vgl. HeilM-RL § 36 -§ 40). Neben diesen sozialen, medizinischen und pädagogischen Maßnahmen orientieren sich ergotherapeutische Interventionen auch an psycho- und sozialtherapeutischen Ansätzen. Ergotherapeuten/innen bedienen sich somit komplexer aktivierender und handlungsorientierter Methoden und Verfahren. Diese werden unter Einsatz von adaptiertem Übungsmaterial, funktionellen, spielerischen, handwerklichen und gestalterischen Techniken sowie lebenspraktischen Übungen umgesetzt (vgl. HeilM-RL § 35 Abs. 2).

Das Berufsbild kann durch seine zahlreichen Arbeitsfelder und Klientengruppen als sehr vielfältig beschrieben werden und weist bezüglich der Förderung der Alltagsaktivität dabei auch Schnittmengen zu den anderen Gesundheitsfachberufen auf.

Die zentralen Tätigkeitsbereiche von Ergotherapeuten/innen sind derzeit Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken, teilstationäre Einrichtungen, Förderschulen, Werkstätten für Menschen mit einer Behinderung, Tagesstätten, ambulante Rehabilitationszentren, Altenpflegeheime, Praxen etc. . Neben diesen vornehmlich auf Kuration und Rehabilitation ausgerichteten Tätigkeitsbereichen sind in den letzten Jahren neue Tätigkeitsfelder – auch geprägt durch den Lebensweltbezug der Ergotherapie - in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, Beratung, Bildung sowie im Bereich Forschung und Management für Ergotherapeuten/innen hinzugekommen (Expertinnengespräch 19.07.12, Bochum).

2.3.1 Aktuelle und zukünftige Versorgungsbedarfe in der Ergotherapie

Um aktuelle und zukünftige Versorgungsbedarfe in der Ergotherapie zu beschreiben, werden im Folgenden neben dem inanspruchnahmeorientierten Bedarf (Umsatz, Verordnungen und Kosten) die Indikationen ergotherapeutischer Leistungen als auch der angebotsorientierte Bedarf (Fachkräftebedarf und Entwicklung der Ausbildungsplätze) berücksichtigt.

2.3.1.1 Inanspruchnahme

Insgesamt kann von einem kontinuierlichen Anstieg der Verordnungszahlen und des Bruttoumsatzes¹²¹ der Ergotherapie im ambulanten Bereich in den vergangenen Jahren ausgegangen werden.¹²² Im Jahr 2011 lag der Bruttoumsatz der Ergotherapie insgesamt bei rund 661 Millionen Euro (vgl. GKV-HIS 2012). Im bundesweiten Durchschnitt belief sich der Bruttoumsatz auf 9.514 Euro je 1.000 Versicherte in der GKV (vgl. Abb. 21). Das Saarland hat derzeit mit insgesamt 11.997 Euro je 1.000 GKV-Versicherte den größten Umsatz für ergotherapeutische Heilmittel zu verzeichnen, während für das Land Bremen mit 6.428 Euro der geringste Bruttoumsatz registriert wurde.

Für das Land **Nordrhein-Westfalen** erfasste die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein einen Bruttoumsatz von 9.179 Euro je 1.000 GKV-Versicherte, die KV Westfalen-Lippe einen Bruttoumsatz von 8.731 Euro je 1.000 GKV-Versicherte (vgl. GKV-HIS 2012).

¹²¹ Der Bruttoumsatz bezeichnet den Umsatz zu Vertragspreisen.

¹²² Daten zum stationären Bereich sind nicht verfügbar.

Insgesamt wurden durchschnittlich 29 Kassenrezepte für Ergotherapie ausgestellt und 277 Behandlungseinheiten je 1.000 Versicherte in der GKV durchgeführt. Nach Facharztgruppen betrachtet, verordnen vor allem Hausärzte/innen mit rund 672.000 Verordnungen, Kinderärzte/innen mit rund 595.000 Verordnungen, Nervenärzte/innen mit rund 274.953 Verordnungen und Internisten/innen (hausärztlich tätig) mit rund 158.301 Verordnungen ergotherapeutische Leistungen (vgl. GKV-HIS 2012). Damit bildet die Ergotherapie zwar ein vergleichsweise kleines Segment des Verordnungsgeschehens im gesamten Heilmittelbereich ab, erreichte aber mit ihren vergleichsweise teuren Leistungen den höchsten Umsatzanteil unter den Heilmittelerbringern (vgl. Waltersbacher 2012).

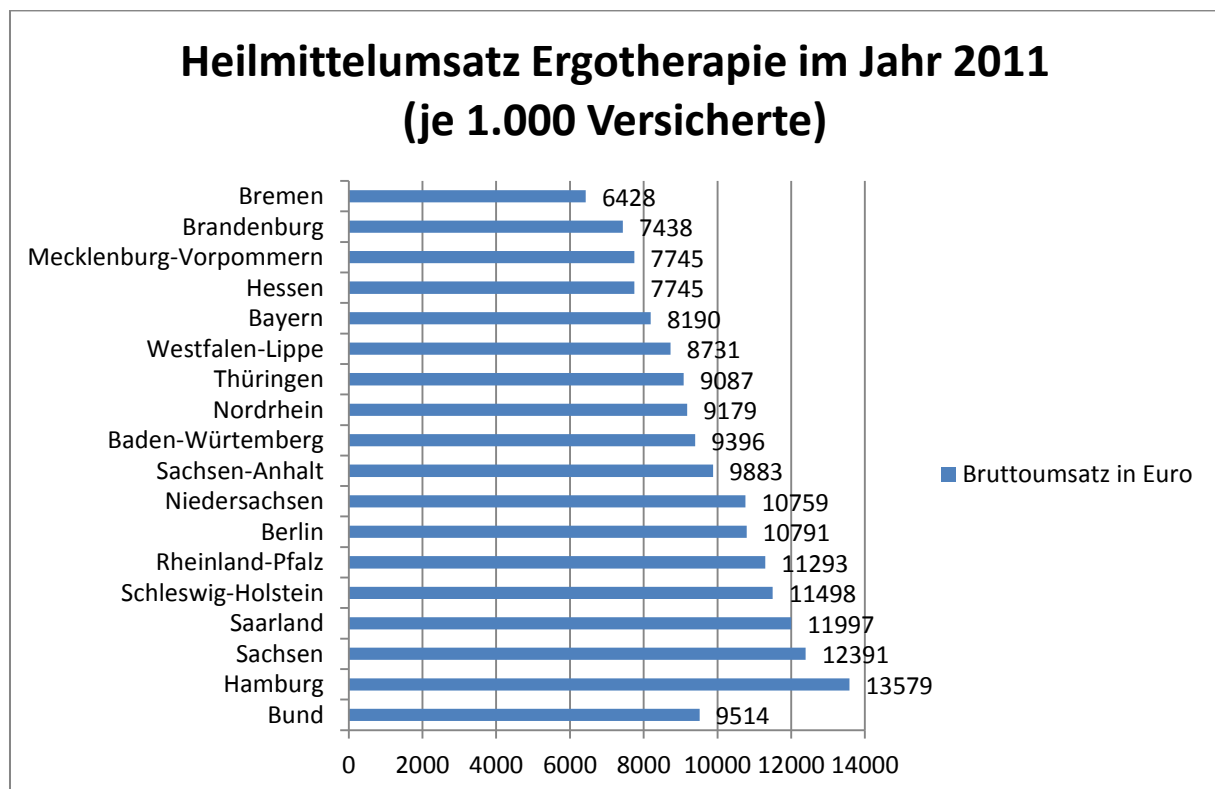


Abb. 21 Heilmittelumsatz Ergotherapie

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten des GKV-HIS, Stand: 6/2012

Ergotherapeutische Leistungen nach Regionen

Im Bundesdurchschnitt lag im Jahr 2011 die Versorgung mit Ergotherapie bei 30 Leistungen und 277 Behandlungseinheiten je 1.000 GKV-Versicherte. Im regionalen Vergleich wies die KV Sachsen mit 42 Leistungen und insgesamt 438 Behandlungseinheiten je 1.000 Versicherten, wie auch im Jahr zuvor, die höchste Versorgungsdichte auf (vgl. Abb. 22). Es folgten die KV Hamburg mit 40 ergotherapeutischen Leistungen und 382 Behandlungseinheiten und die KVen Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt mit jeweils 36 Leistungen je 1.000 GKV-Versicherte. Die geringste Versorgungsdichte zeigen die KVen Bremen mit 20 Leistungen und 179 Behandlungseinheiten und die KV Hessen mit 24 Leistungen und 215 Behandlungseinheiten je 1.000 Versicherte (vgl. Abb. 22).

Die regionalen Unterschiede in der Versorgung in den Heilmittelmengen und –ausgaben werden von unterschiedlichen Faktoren, wie z. B. Morbidität, sozioökonomischem Status und Nachfrageverhalten der Versicherten, Ordnungsverhalten der Hausärzte oder in der Angebotsstruktur (z.B. regionalspezifische Ärztedichte bzw. Kinderärztedichte, Höhe der Richtgrößen) beeinflusst (vgl. Bode et al. 2008). Bisher liegen dazu keine Untersuchungen vor.

Heilmittelanzahl Ergotherapie im Jahr 2011

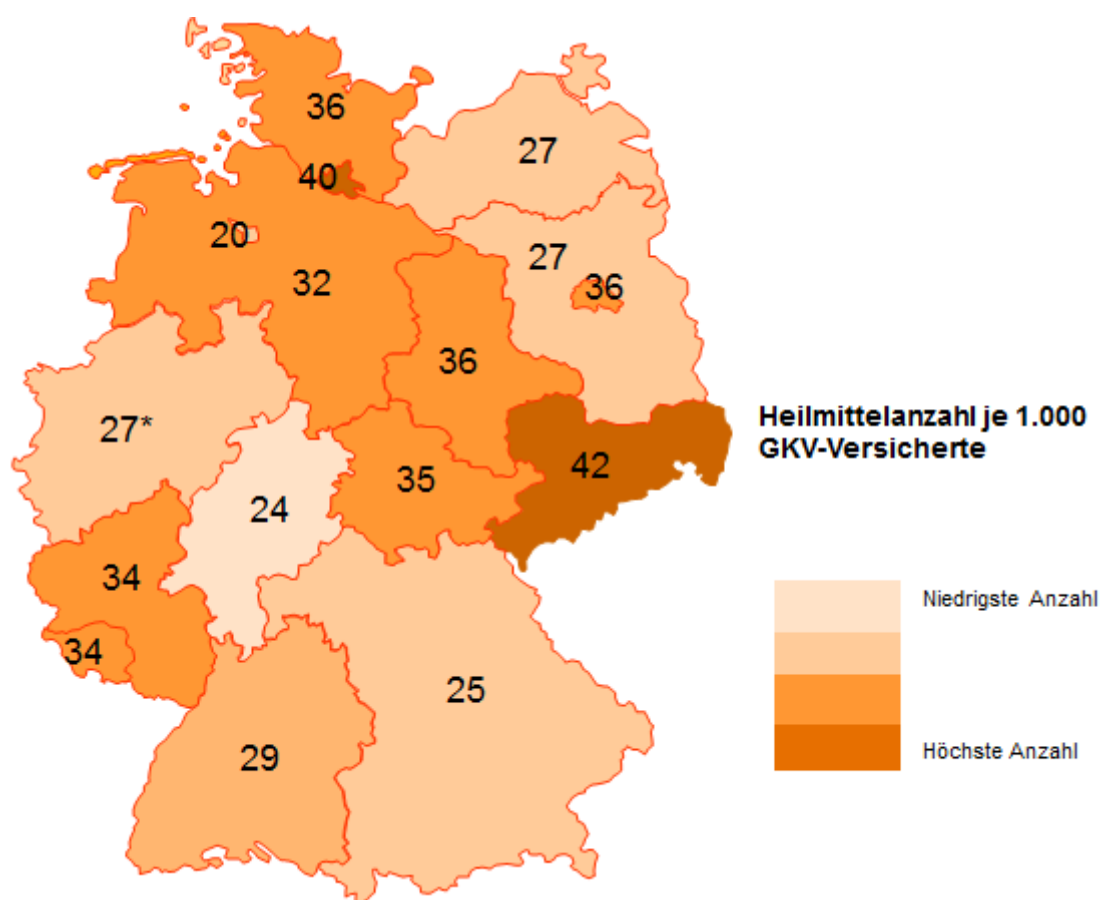


Abb. 22 Heilmittelanzahl Ergotherapie

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage des GKV-HIS 2012

* Durchschnittswert der KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe

Ergotherapeutische Leistungen nach Altersgruppen

Bei der altersdifferenzierten Betrachtung der Leistungsausgaben für die Ergotherapie ist festzustellen, dass sehr viele Kinder und Jugendliche behandelt werden. Der Bruttoumsatz für die Gruppe der 5 - 10 jährigen belief sich im Jahr 2011 auf insgesamt 167 Millionen (Absoluter Wert) (GKV-HIS 2012). In der Altersgruppe der 0 bis unter 15 jährigen ist mit 26.581 Euro je 1.000 Versicherten in der GKV der größte Bruttoumsatz zu verzeichnen, gefolgt von der Altersgruppe der 90 jährigen und älteren mit 20.217 Bruttoumsatz je 1.000 Versicherten. Die altersdifferenzierte Darstellung der Heilmittelanzahl für die Ergotherapie (vgl. Abb. 23) verdeutlicht, dass die Gruppe der 0 bis unter 15 jährigen die meisten Heilmittel der Ergotherapie mit einer Anzahl von 89 Leistungen und 802 Behandlungseinheiten je 1.000 Versicherte in Anspruch genommen hat. Dabei lag der Durchschnitt bei 30 Heilmitteln und 287 Behandlungseinheiten je 1.000 Versicherte der GKV (GKV-HIS 2012). In der AOK entfallen in der Ergotherapie allein 45 Prozent der Leistungen auf Kinder und Jugendliche bis einschließlich 14 Jahre (vgl. Waltersbacher 2012). Ferner nimmt die Inanspruchnahme ergotherapeutischer Leistungen ab der Altersgruppe der 40-jährigen konstant zu.

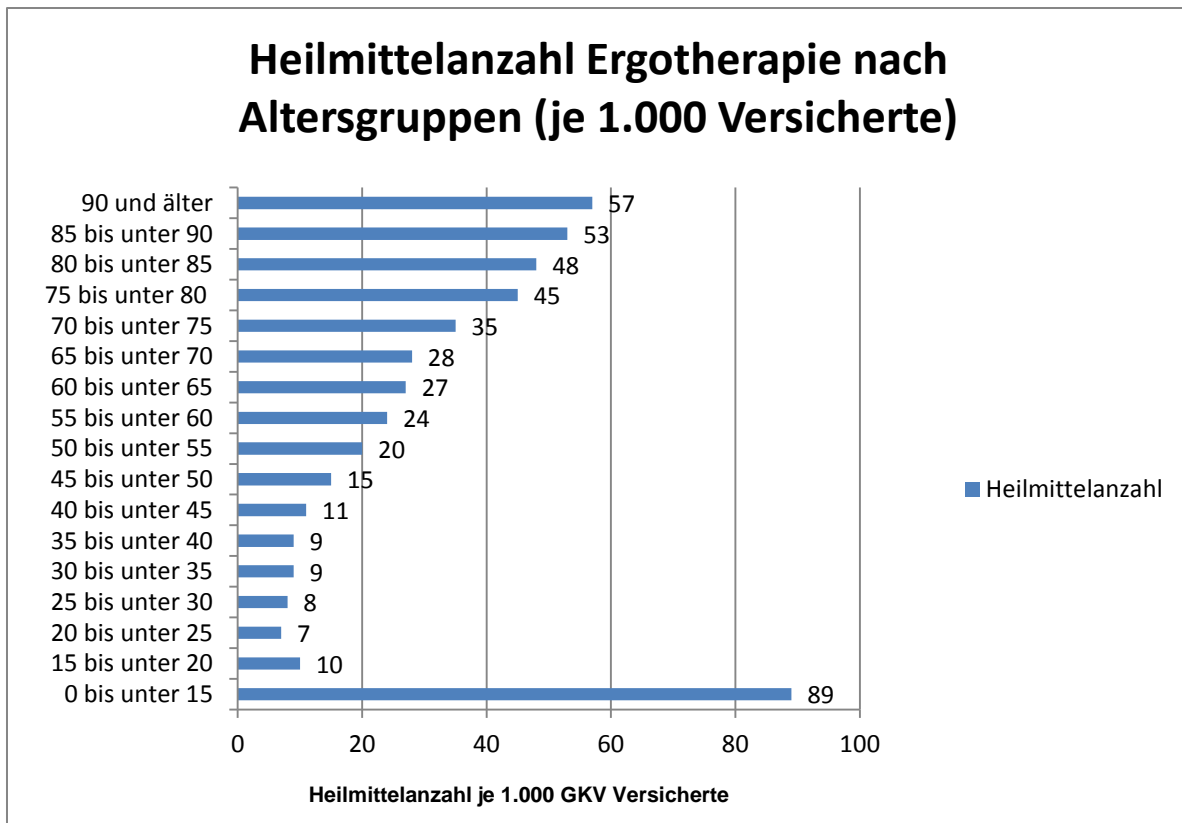


Abb. 23 Heilmittelanzahl Ergotherapie nach Altersgruppen

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage des GKV-HIS 2012

Umsatzstärkste ergotherapeutische Leistungen

Für Kinder im Grundschulalter, die die größte Zielgruppe der Ergotherapie darstellen, wurden hauptsächlich Leistungen zur Behandlung von sensomotorischen/perzeptiven¹²³ Störungen verordnet. In Bezug auf alle Altersgruppen lag die ergotherapeutische Einzelbehandlung dieser Störungen im Jahr 2011 mit einem Bruttoumsatz von 414 Millionen Euro an zweiter Stelle des gesamten GKV-Heilmittelumsatzes und an erster Stelle im Bereich Ergotherapie (GKV -HIS 2012) (vgl. Abb. 24). Mit 89.162 Euro Bruttoumsatz stehen Einzelbehandlungen bei psychischen Störungen an zweiter und Einzelbehandlungen bei motorischen Störungen mit 63.070 Euro an dritter Stelle der umsatzstärksten ergotherapeutischen Leistungen.

¹²³ Sensomotorisch = die Körpersinne betreffend; perzeptiv = die Wahrnehmung betreffend (vgl. Heilmittelkatalog 2011)

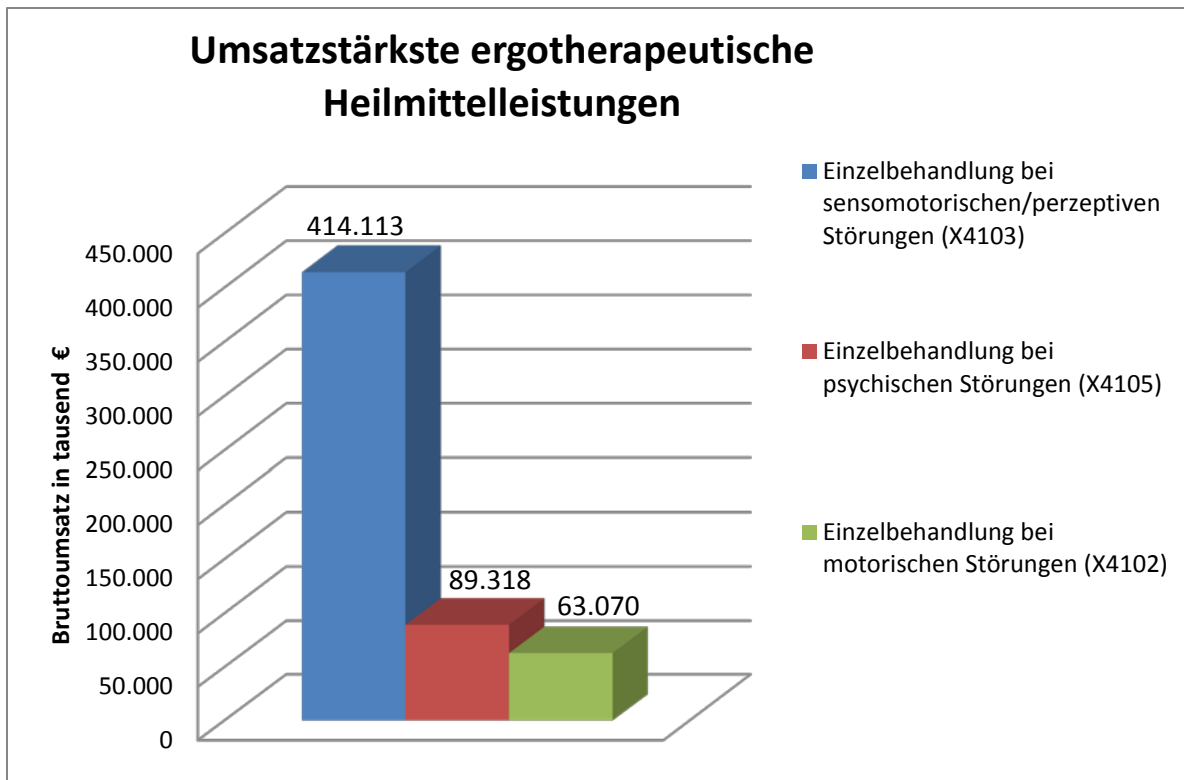


Abb. 24 Die drei umsatzstärksten Heilmittel der Ergotherapie
 Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des GKV-HIS, Stand: 6/2012

Indikationen ergotherapeutischer Leistungen

Routinedatenanalysen der Krankenkassen können zusätzlich Aufschluss über Indikationen der Ergotherapie liefern und zeigen, dass ein Großteil der Verordnungen im Bereich der Ergotherapie auf eine ZNS-Erkrankung und/oder eine Entwicklungsstörung vor Vollendung des 18. Lebensjahres und nach Vollendung des 18. Lebensjahres zurückzuführen ist (vgl. Waltersbacher 2012, Kemper et al. 2011). Damit stellen sich als therapierelevante Indikationen der Ergotherapie v.a. das Schädel-Hirntrauma, der Schlaganfall oder der Hirntumor als ZNS-Schädigungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres¹²⁴ und der Schlaganfall, das Schädelhirntrauma, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, der Gehirntumor oder die Zerebralparese als ZNS-Schädigungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres¹²⁵ heraus.

Ziele der ergotherapeutischen Maßnahmen bei diesen Indikationen sind laut Heilmittelkatalog (2011) Selbständigkeit in der altersentsprechenden Versorgung (Ankleiden/Hygiene), Verbesserung der körperlichen Beweglichkeit und Geschicklichkeit, Verbesserung der Belastungsfähigkeit und der Ausdauer, Verbesserung im Verhalten und in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie das Erlernen von Kompensationsmechanismen. Dazu werden im Regelfall Hirnleistungstrainings, neuropsychologisch orientierte Behandlungen, motorisch-funktionelle Behandlungen und sensomotorisch-perzeptive Behandlungen verordnet (vgl. Heilmittelkatalog 2011).

Weiterhin sind es Entwicklungsstörungen, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, die in das Aufgabenfeld der Ergotherapeuten/innen fallen. Maßnahmen in diesem Bereich umfassen bei der GEK-Barmer einen Anteil von ca. 4 Prozent, bei der AOK einen Anteil von ca. 10 Prozent aller Verordnungen (vgl. Waltersbacher 2012, Kemper et al. 2011).

¹²⁴ Indikationsschlüssel EN1

¹²⁵ Indikationsschlüssel EN2

Im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit wird von einem Wandel des Krankheitsspektrums und einer Verschiebung von den somatischen zu den psychischen Krankheiten – der sogenannten „neuen Morbidität“ – gesprochen (vgl. BELLA-Studie¹²⁶).

2.3.1.2 Aktuelle Fachkräfteentwicklung

Es existiert derzeit keine valide Statistik, die Auskunft über die genaue Anzahl von Ergotherapeuten/innen in Deutschland gibt. Das Statistische Bundesamt führt in seiner Übersicht zum Gesundheitspersonal lediglich Daten zu den Beschäftigten in therapeutischen Berufen von insgesamt 108.000 auf. Dazu zählen unter anderem Ergotherapeuten/innen, Logopäden/innen, Motopäden/innen¹²⁷ und Orthoptisten/innen¹²⁸ (Statistisches Bundesamt 2011b). Bode et al. (2008) schätzen die Zahl der Ergotherapeuten/innen auf 35.000. Diese Zahl wurde auch aktuell von der COTEC¹²⁹-Summary zur Ergotherapie in Europa (2012) für Deutschland aufgenommen.¹³⁰

Altersstruktur

Die Altersstruktur der beschäftigten Therapeuten/innen hat sich im letzten Jahrzehnt verändert (vgl. Abb. 25). Im Zeitraum von 2000 bis 2010 wuchs der Anteil der älteren Beschäftigten stärker als der Anteil der jüngeren¹³¹. Die Altersgruppen „unter 35 Jahre“ und „35 bis unter 50 Jahre“ erfuhren lediglich einen geringfügigen Anstieg (vgl. Ewers et al. 2012). Da in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes therapeutische Berufe zusammengefasst werden, bezieht sich die Abb. 25 sowohl auf die Ergotherapie, als auch auf die Logopädie, Motopädie, und Orthoptistik.

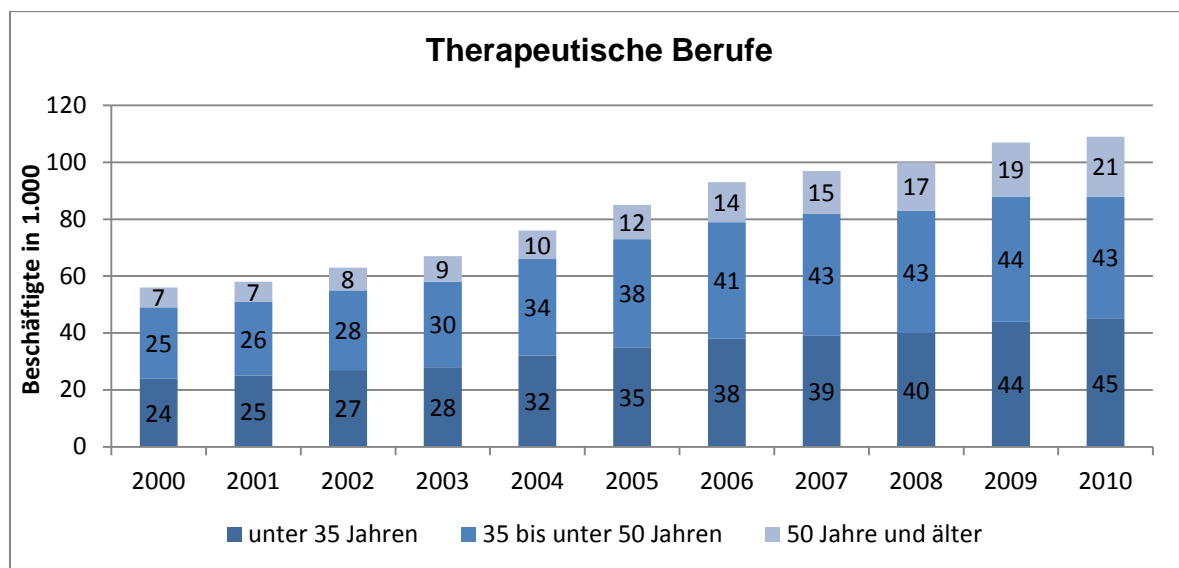


Abb. 25 Altersstruktur innerhalb der therapeutischen Berufe

¹²⁶ Modul zur psychischen Gesundheit des deutschen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006.

¹²⁷ Die Motopädie verknüpft psychologische, pädagogische, sport- und erziehungswissenschaftliche Inhalte mit medizinischen Erkenntnissen und Methoden. Zentraler Ansatz der Motopädie ist die Bewegung und die Wechselwirkung zwischen dem Körper und der Psyche des Menschen (DBM 2012).

¹²⁸ Die Orthoptistik umfasst die Prävention, Diagnose und Therapie von unterschiedlichen Augenerkrankungen (Schielerkrankungen, Sehschwächen, Augenzittern und Augenbewegungsstörungen) (BOD 2012).

¹²⁹ Council of Occupational Therapists for the European Countries.

¹³⁰ Eine genaue Zahl lässt sich jedoch nicht nennen, da keine Registrierung der Berufsangehörigen etwa durch (Heilberufe-)Kammern erfolgt.

¹³¹ Dies gilt in allen Berufen der Gesundheitsversorgung (vgl. Wissenschaftsrat 2012).

Einsatzgebiete

Nähere Aussagen über die Anzahl beschäftigter Ergotherapeuten/innen in verschiedenen Versorgungsbereichen sind auf Grund der defizitären Datenlage nur vereinzelt möglich. Auf Grundlage von Daten des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten/innen (DVE¹³²), der als größter Berufsverband mit 10.318 Mitgliedern (vgl. COTEC-Summary 2012) gilt, können Erkenntnisse über **Einsatzgebiete angestellter Ergotherapeuten/innen** und die Entwicklung der Ergotherapie im **ambulanten Sektor** gewonnen werden. Eine DVE-Umfrage¹³³ aus dem Jahr 2010 kam zu dem Ergebnis, dass der Großteil der angestellten Ergotherapeuten/innen in ambulanten Praxen tätig ist (41 %)¹³⁴. Auch Akut- und Rehakliniken stellen einen zu berücksichtigenden Arbeitgeber für Ergotherapeuten dar (vgl. Abb. 26). Bei den Teilnehmern/innen der Befragung handelte es sich überwiegend um weibliche Berufsangehörige (89 Prozent), die zu 45 Prozent in Vollzeit, zu 46 Prozent in Teilzeit und zu 4 Prozent geringfügig beschäftigt waren (Hucke 2011).

Einsatzgebiete angestellter Ergotherapeuten/innen

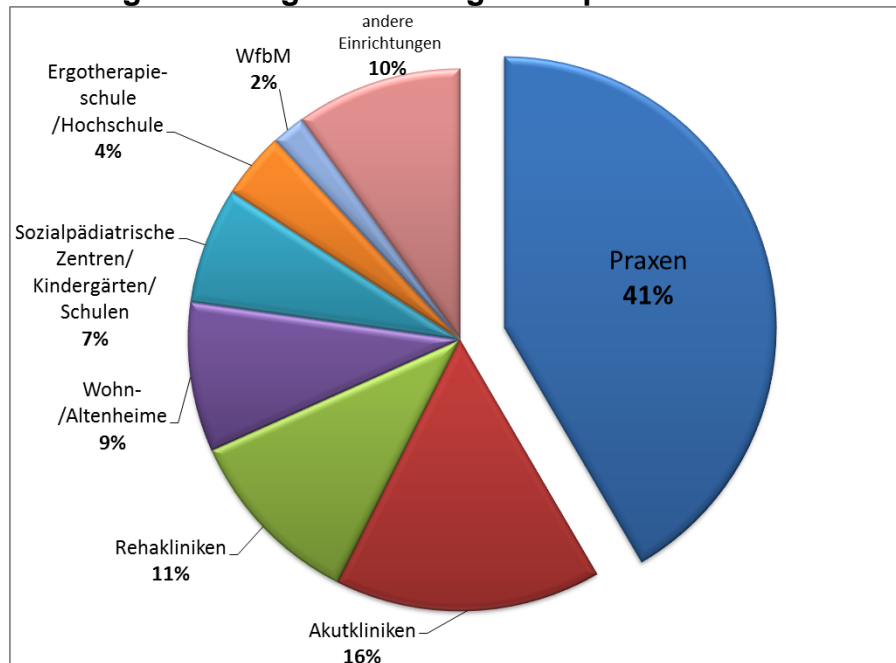


Abb. 26 Einsatzgebiete angestellter Ergotherapeuten/innen

Quelle: DVE Umfrage (Hucke 2011)

Dass die ambulante Versorgung in der Ergotherapie in den letzten Jahren vermehrt an Bedeutung gewinnt, bestätigt die deutliche Zunahme der bundesweit zugelassenen Ergotherapie-Praxen (vgl. Abb. 27). Die Datengrundlage entspricht der DVE bekannten Zulas-

¹³² Vertritt Deutschland im Weltverband der Ergotherapeuten (WFOT), im europäischen Rat der Ergotherapeuten (COTEC) und im europäischen Netzwerk für die Hochschulausbildung in der Ergotherapie (ENOTHE).

¹³³ Online-Befragung, n=505

¹³⁴ Die Ergebnisse der deutschlandweiten Befragung von Physio- und Ergotherapeuten/innen zur Berufssituation von Barzel et al. (2011b; 2011c) ergaben, dass die in der Praxis tätigen Ergotherapeuten/innen v. a. Konkurrenz in der eigenen Berufsgruppe erleben. Anders als erwartet ist die Konkurrenz hier größer als zwischen Ergotherapeuten/innen und Physiotherapeuten/innen. Im Gegensatz zu den inhaltlichen Gestaltungsmöglichkeiten und der Wertschätzung ihrer Arbeit beurteilen in der Klinik Tätige bzw. Angestellte ihre Arbeitszeiten als deutlich positiver als in der Praxis Tätige bzw. selbstständige Ergotherapeuten/innen.

sung gemäß § 124 Abs. 2 SGB V. Allein zum Vorjahr 2011 ist eine Steigerungsrate von 5 Prozent zu verzeichnen (vgl. DVE 2012).

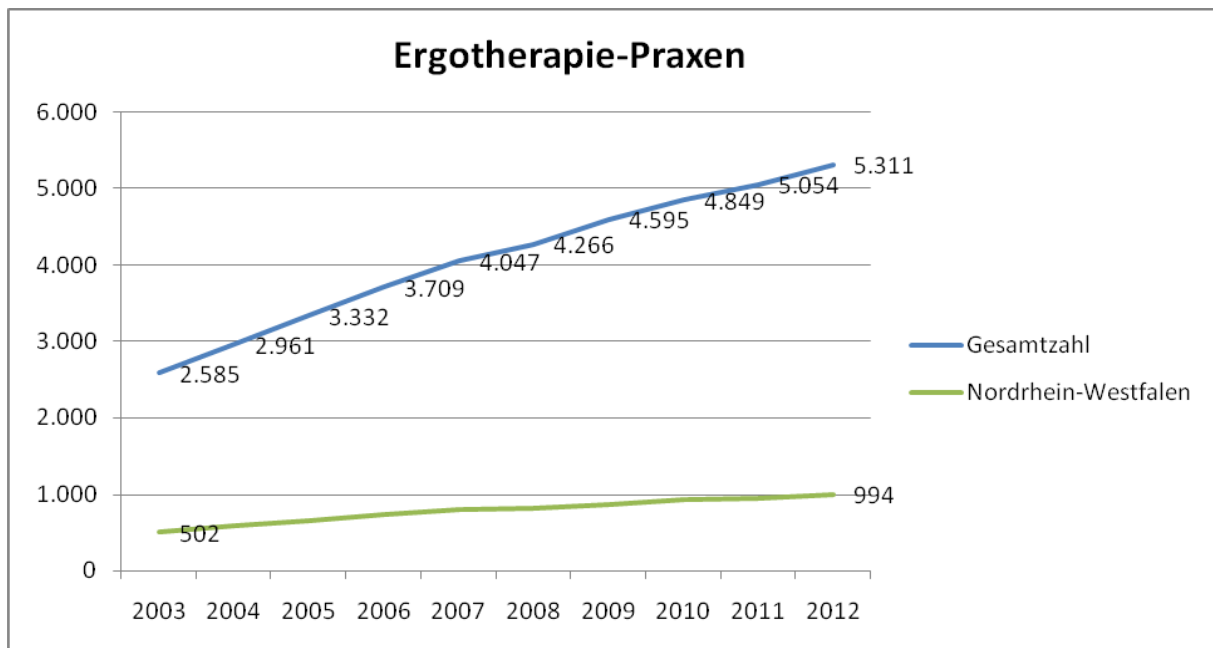


Abb. 27 Entwicklung der Anzahl von Ergotherapie-Praxen (2003-2012)

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage des DVE 2012

* Zulassungen jeweils zum 31. März des Jahres

Das Statistische Bundesamt liefert nähere Informationen zu **stationären Einsatzgebieten** von Ergotherapeuten/innen. Demnach waren im Jahr 2010 bundesweit 3.741 Ergotherapeuten/innen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen tätig und insgesamt 7.316 Ergotherapeuten/innen in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern (davon 3.836 teilszeit-/geringfügig) beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2011c, Statistisches Bundesamt 2012b).

Auffällig ist eine demografisch bedingte Zunahme von Ergotherapeuten/innen im **Pflege-sektor**: In Pflegeheimen waren im Jahr 2009 insgesamt 7.464 Ergotherapeuten/innen tätig. Hier hat sich die Anzahl der Ergotherapeuten/innen seit 1999 (2.733 Ergotherapeuten/innen) um etwa das 2,5-fache vermehrt (vgl. Abb. 28).¹³⁵ In ambulanten Pflegediensten waren im Jahr 2009 insgesamt 470 Ergotherapeuten/innen tätig. Im Vergleich zum Jahr 1999 mit 132 Beschäftigten ist auch in diesem Versorgungssegment ein leichter Zuwachs von Ergotherapeuten/innen erfolgt (GBE 2012a).

¹³⁵ Zu berücksichtigen ist hierbei auch, dass als Fachkräfte in Heimen auch Angehörige sonstiger nicht-ärztlicher Heilberufe (inklusive Ergotherapie) gelten, soweit die Voraussetzungen des § 71 SGB XI erfüllt sind. Ergotherapeuten/innen können demnach in die Berechnung der sog. Fachkraftquote mit einbezogen werden, sofern sie in den Bereichen „Pflege und Betreuung“ und „Soziale Betreuung“ tätig sind (BMSFJ 2006, S.81 ff.).

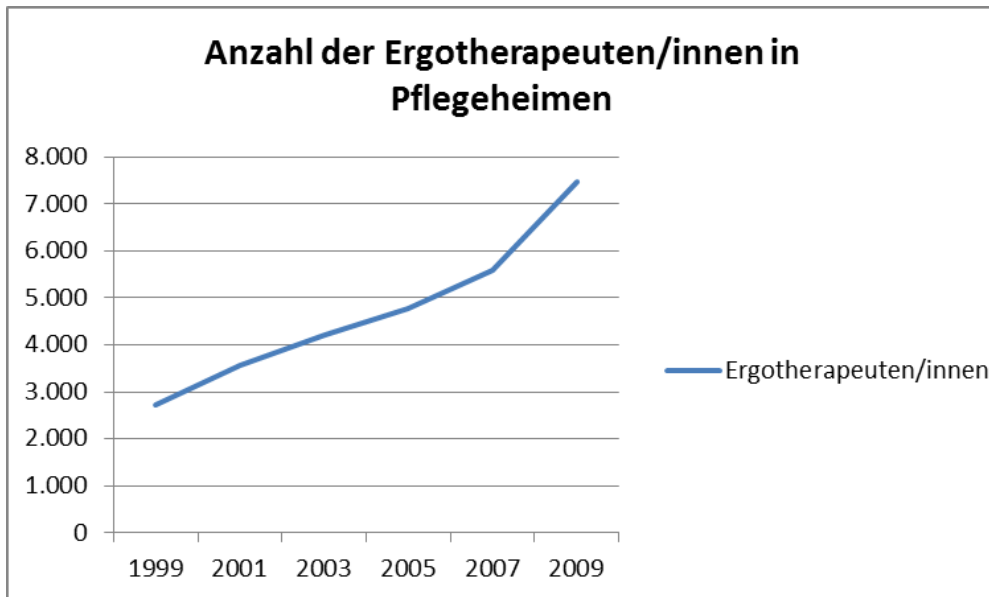


Abb. 28 Anzahl Ergotherapeuten/innen in Pflegeheimen

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012)

Im Land **Nordrhein-Westfalen** waren im Jahr 2009 insgesamt 2.109 Ergotherapeuten/innen (davon 1.585 weiblich) in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen tätig. Damit hat sich die Anzahl der in diesem Versorgungsbereich tätigen Ergotherapeuten/innen gegenüber 1995 um 15,9 Prozent erhöht. In der ambulanten teil- und vollstationären Pflege waren im Jahr 2009 insgesamt 1 239 Ergotherapeuten/innen beschäftigt (darunter 58,5 Prozent in Teilzeit). Davon arbeiteten insgesamt 44 Ergotherapeuten/innen in der ambulanten Pflege und 1.187 Ergotherapeuten/innen in der teil- und vollstationären Pflege (vgl. MGEPA 2011)

2.3.1.3 Entwicklung der Ausbildungsplätze

Derzeit gibt es bundesweit 187 Schulen für Ergotherapie (DVE Stand: Januar 2012)¹³⁶. In den letzten zehn Jahren ist es zu einem Zuwachs von Schulen für Ergotherapie gekommen (vgl. Abb. 29). Der Anstieg der Ausbildungseinrichtungen wird als Reaktion auf den gestiegenen Bedarf ergotherapeutischer Behandlungen gesehen (Im Zeitraum von 1995-2004 um 75 Prozent) (vgl. Marquard 2004). Die hier betrachteten Schulen nehmen dabei eine Sonderstellung im sekundären Bildungssektor ein. Die Ausbildung findet an berufsbildenden Schulen statt.¹³⁷

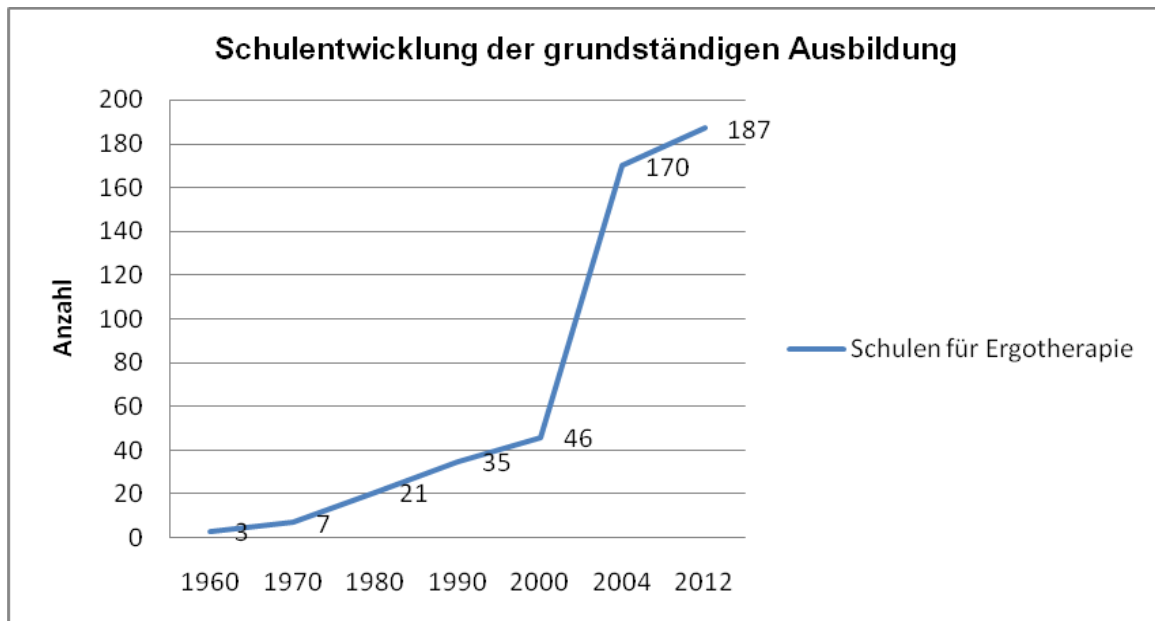


Abb. 29 Schulentwicklung der grundständigen Ausbildung

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Daten des DVE

Im Schuljahrgang 2011/12 begannen insgesamt 10.183 Schüler/innen (darunter 1.154 männliche) ihre Ausbildung in der Ergotherapie (davon 5 444 Schüler/innen an Schulen des Gesundheitswesens und 4 739 Schüler/innen an Berufsfachschulen). Ihre Ausbildung konnten im Schuljahr 2011/12 insgesamt 1.434 Schüler/innen erfolgreich beenden, darunter 172 an öffentlichen und 1 270 an privaten Schulen (Statistisches Bundesamt 2012a) (vgl. Abb. 30).

In **Nordrhein-Westfalen** wurden im Jahr 2009 insgesamt 20 aktive Schulen für Ergotherapie mit 466 neu belegbaren Ausbildungsplätzen für das Schuljahr 2008/09 gezählt (vgl. MGEPA 2011). Im Schuljahr 2011/12 lag laut Statistischem Bundesamt (2012a) die Schülerzahl bei insgesamt 1.317, darunter 152 Schüler. Im gleichen Jahr haben 348 Schüler/innen, davon 38 männliche und 310 weibliche ihre Ausbildung erfolgreich absolviert (Statistisches Bundesamt 2012a).

¹³⁶ Davon sind 30 Schulen Mitglied bei der ENOTHE

¹³⁷ Die Ergotherapie-Schulen besitzen in Deutschland entweder den Status einer Berufsfachschule (BFS) oder es handelt sich um Fachschulen bzw. um Schulen, die aufgrund ihrer Organisationsstruktur mit Berufsfachschulen vergleichbar sind (vgl. Miesen 2004).

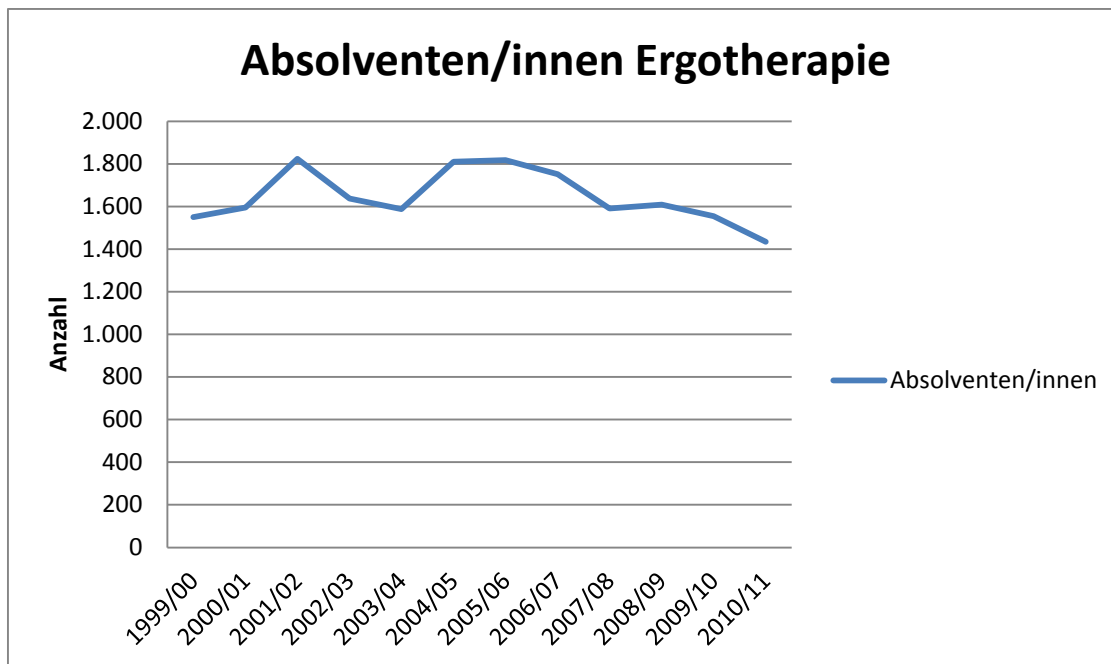


Abb. 30 Entwicklung der Anzahl von Absolventen/innen in der Ergotherapie

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes - Berufliche Schulen (1990-2012)

2.3.2 Aus- und Weiterbildung

2.3.2.1 Aktuelle Ausbildungsstrukturen

Die gesetzlichen Grundlagen für die Ausbildung zur Ergotherapeutin / zum Ergotherapeuten bilden in Deutschland das Ergotherapeutengesetz (ErgThG), einschließlich der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (ErgThAPrV) vom 2. August 1999. Danach umfasst die dreijährige Ausbildung mindestens den aufgeführten theoretischen und praktischen Unterricht von 2.700 Stunden und die aufgeführte praktische Ausbildung von 1.700 Stunden. Als Zugangsvoraussetzungen gelten der mittlere Bildungsabschluss oder der Hauptschulabschluss plus zweijährige Ausbildung, sowie Aufnahmeprüfungen.

In den Berufsgesetzen wird, wie auch bei den Physiotherapeuten/innen oder den Logopäden/innen (vgl. Kap. 2.2.2.1; 2.4.2.1), kein explizites Ausbildungsziel beschrieben. Ziele, Dauer, Art und allgemeine Vorgaben zur Ausbildungsgestaltung werden daher ausschließlich über die in den jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen der Länder geregelten Ausbildungsinhalte bestimmt (vgl. ErgThG 1998). Die Gesamtverantwortung für die Ausbildung unterliegt jeweils den Schulen.

Die Ausbildungsstätten haben dabei auch die praktische Ausbildung im Rahmen einer Vereinbarung mit Krankenhäusern oder anderen geeigneten Einrichtungen sicherzustellen (BeArbThAPrO §1). Die staatliche Prüfung nach ErgThAPrV § 2 Abs. 1 Nr. 1 des Ergotherapeutengesetzes umfasst einen schriftlichen, einen mündlichen und einen praktischen Teil.

Die Berufsfachschulen¹³⁸ befinden sich vorwiegend in privater Trägerschaft, wobei die Träger zumeist mehrere Ausbildungsstätten für Ergotherapie unterhalten (Miesen 2005). Diese können je nach Landesrecht eine staatliche Refinanzierung als Ersatzschule erhalten. Nicht selten muss aus diesem Grund von den Schülern/innen zusätzlich ein Schulgeld gezahlt werden. Ein Ausbildungsentgelt erhalten Ergotherapieschüler/innen nicht. Da sich die Ausbildungseinrichtungen außerhalb des Berufsbildungssystems befinden und

¹³⁸ Das Statistische Bundesamt unterscheidet zwischen „Berufs- und Fachschulen für Gesundheitsberufe“ und „Schulen des Gesundheitswesens“. Der Begriff Berufsfachschule wird für alle Ausbildungsstätten synonym verwendet in Abgrenzung zu Ergotherapie-Studiengängen.

z.T. mit einem sehr hohen Schulgeld belegt sind, werden diese bevorzugt von Personen aus entsprechenden Schichten besucht, was nach Walkenhorst (2011) Diskussionen über soziale Ungleichheit aufwirft.

Der Präzisionsgrad der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist vom Gesetzgeber sehr gering angelegt, so dass die genaue Ausgestaltung der Ergotherapieausbildung den einzelnen Bundesländern überlassen bleibt (vgl. Miesen 2004). Die Zuständigkeiten auf Länderebene sind jedoch vielfältig (ähnlich wie in der Physiotherapie- und Logopädieausbildung), wodurch laut Jehn (2011) die Qualitätssicherung in der Berufsausbildung erheblich erschwert ist. Je nachdem wie präzise die gesetzlichen Regelungen auf Länderebene geschaffen wurden¹³⁹, sind die einzelnen Schulen gefordert, die Vorgaben des ErgThA-PrV und damit den curricularen Bereich auszugestalten (Miesen 2004).¹⁴⁰ Nordrhein-Westfalen hat im Jahr 2007 mit seiner Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Ergotherapieschulen (Fischer 2007) versucht die neuen Anforderungen an die Ausbildung in den Gesundheitsberufen (vgl. Kap. 1.2.1.2) aufzugreifen und nimmt damit in Deutschland einer Vorreiterrolle ein.

Mit dem Anspruch, den Strukturierungsgrad bei der Ausgestaltung zu erhöhen, wurden in den Jahren 1977-1988 die ersten Mindeststandards für die Ausbildung an deutschen Ergotherapieschulen auf der Basis der World Federation of Occupational Therapists¹⁴¹ (WFOT) entwickelt. Im Jahr 2002 erschien eine revidierte, moderne und den Besonderheiten jedes nationalen Gesundheitswesens Rechnung tragende Fassung (siehe WFOT 2002). Unberücksichtigt blieb allerdings, dass die von der WFOT entworfenen Standards eine Hochschulausbildung zugrunde legen (vgl. Miesen 2004).

Deutschland hat im europäischen Vergleich nicht nur die größte Anzahl an Ausbildungsprogrammen für die Ergotherapie, sondern auch mit 38 Prozent die größte Anzahl an Ausbildungsstätten, die nicht im Besitz einer WFOT-Anerkennung sind (COTEC 2012). Die Abbildung 31 zeigt, dass von den 187 deutschen Berufsfachschulen für Ergotherapie insgesamt 133 (71 %) im Besitz einer WFOT-Anerkennung sind, d.h. diese Schulen haben die Erfüllung der Mindeststandards für die Ausbildung von Ergotherapeuten des Weltverbandes der Ergotherapeuten nachgewiesen und werden dahingehend auf der WFOT-Schulliste geführt. Zusätzlich besitzen 26 Schulen (13,9%) das DVE-Zertifikat 2000 (DVEZ).¹⁴² Dieses wurde in den Jahren 1999-2001 vom DVE entwickelt und versichert, dass die Schulen über ein kontinuierliches, schulinternes Qualitätsmanagementsystem (Q_{intern}) unter Berücksichtigung der DVE Ausbildungsstandards verfügen.

¹³⁹ Die gesetzlichen Regelungen auf Länderebene beziehen sich bspw. auf Rahmenrichtlinien und Lernziele, Qualifikation der Lehrkräfte, Schul- und Ausbildungsleitung sowie Lehrpläne und zu erbringende Leistungsnachweise.

¹⁴⁰ Die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe und damit auch der Ergotherapeuten/innen wird im deutschen Bildungssystem als eine schulische Ausbildung besonderer Art ausgewiesen und nimmt einen Sonderstatus ein. Diese Sonderstellung wird aus Artikel 74 Abs. 19 des Grundgesetzes abgeleitet und basiert auf der konkurrierenden Gesetzgebungsbefugnis des Bundes im Bereich des Gesundheitswesens gegenüber den Ländern (vgl. Beyermann 2001 in Miesen 2004). Die Ausbildung ist weder im üblichen Rahmen des so genannten dualen Systems (Ausbildung im Betrieb und Berufsfachschule) angesiedelt noch zum momentanen Zeitpunkt auf der Hochschulebene gesetzlich geregelt (vgl. Kap. 1.2.1.2).

¹⁴¹ Minimum Standards for Education of Occupational Therapists.

¹⁴² Jedoch sind die Angaben zu Nachweisen zur Ausbildungsqualität freiwillig

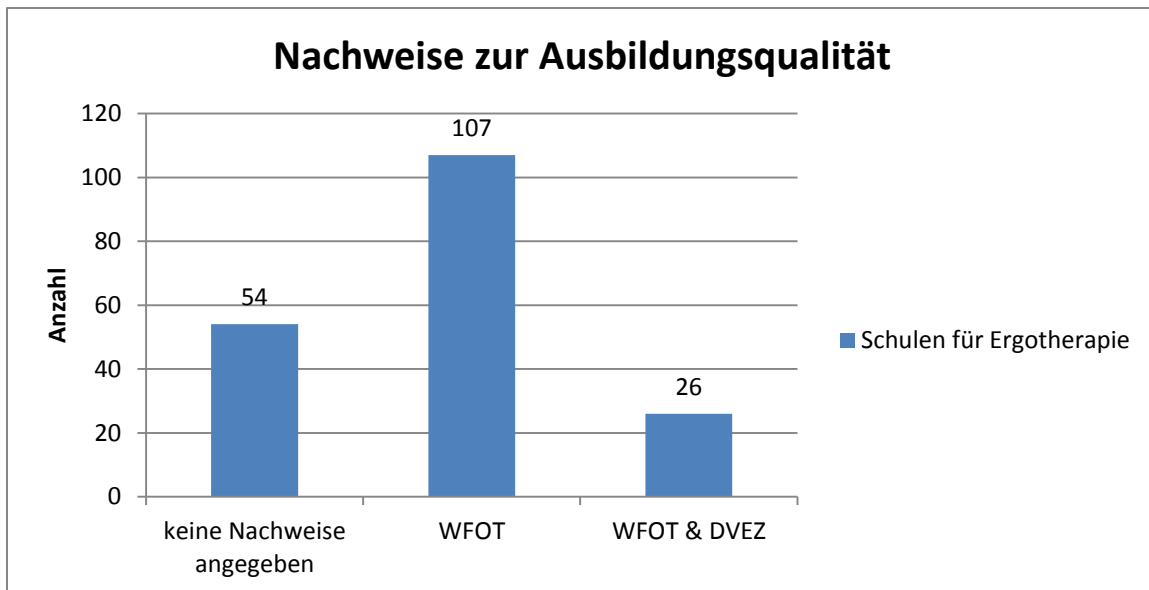


Abb. 31 Nachweise zur Ausbildungsqualität

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der DVE-Liste der Ergotherapie-Schulen, Stand: Januar 2012

Insgesamt steht auch die Ergotherapieausbildung auf Berufsfachschulebene unter der Kritik, den zukünftigen Anforderungen (vgl. Kap. 1.2.1.2) und daraus resultierenden notwendigen Kompetenzen und Qualifikationen nicht gerecht werden zu können (vgl. Walkenhorst & Klemme 2008). So werden u. a. der Zugang zu und Umgang mit wissenschaftlicher Fachliteratur, das Verständnis für die Notwendigkeit wissenschaftlicher Prozesse in den Therapieberufen, die Kenntnisse in international gängigen therapeutischen Praxismodellen, Kenntnisse in der Methodik der evidenzbasierten Praxis, Kenntnisse über Qualitätssicherungsmaßnahmen und Erfolgsdokumentation sowie das Verständnis für betriebswirtschaftliche und gesundheitsökonomische Zusammenhänge vermisst (Fischer o.J.). Zudem trägt die stark praxisorientierte Ausbildung an Berufsfachschulen nicht zur kritischen und reflexiven Auseinandersetzung mit dem Beruf bei (Marotzki 2004). Der Aufbau von Studiengängen (vgl. Kap. 2.3.2.2) kann daher als notwendige Reaktion auf die (zukünftigen) Anforderungen gesehen werden.

Weiterqualifizierungen

Zugelassene Ergotherapeuten/innen und fachliche Leiter/innen einer Ergotherapiepraxis sind nach §125 Abs. 1 SGB V und den hierzu erlassenen Rahmenempfehlungen bzw. Kassenverträgen zur Fortbildung verpflichtet. Bundesweit wird die Fortbildungsverpflichtung im Rahmenvertrag mit dem Verband der Ersatzkassen (vdek) seit dem 1. Oktober 2008 umgesetzt. Für Angestellte, die nicht gleichzeitig die fachliche Leitung einer Praxis innehaben und für freie Mitarbeiter/innen in der Praxis besteht keine gesetzliche Fortbildungspflicht (vgl. Bährle 2010).

Der Bundesverband für Ergotherapeuten/innen in Deutschland e.V. bietet bspw. neben einer Weiterbildung zur/zum Fachergotherapeutin/en Geriatrie/ Gerontopsychiatrie auch eine zweijährige berufsbegleitende Weiterbildung zur/zum Gesundheitspädagogin/en an (vgl. Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.¹⁴³). Barzel et al. (2011b) geben Hinweise auf die derzeitigen fachlichen Schwerpunkte und Spezialisierungen der Ergotherapeuten/innen. So stehen bei den Ergotherapeuten/innen an erster Stelle die Bereiche Pädiatrie und Neurologie, gefolgt von Geriatrie, Orthopädie/Chirurgie und Psychiatrie. Dabei sind die in der ambulanten Praxis tätigen Ergotherapeuten/innen wesentlich häufiger im Bereich Pädiatrie spezialisiert, während der geriatrische Schwerpunkt

¹⁴³ <http://www.bed-ev.de>

überwiegend eine Domäne der in der stationären Klinik tätigen Ergotherapeuten/innen ist (gleiches gilt für die Physiotherapeuten/innen).

Insgesamt zeichnen sich Ergotherapeuten/innen durch eine hohe Fortbildungsbereitschaft aus, welches sich in einem breit gefächerten Weiterbildungsangebot widerspiegelt. Für die Fort- und Weiterbildungen besteht jedoch keine Qualitätsprüfung (Walkenhorst & Klemme 2008). Im aktuellen Gutachten des IWAK (2012) wird in Bezug auf die Fort- und Weiterbildungsstrukturen in der Ergotherapie allgemein eine Standardisierung und Institutionalisierung gefordert, um eine Vergleichbarkeit bei den Zusatzqualifikationen herzustellen (IWAK 2012, S.144).

2.3.2.2 Akademisierung

Dass Ergotherapie heute einen festen Platz im Gesundheitswesen einnimmt und zugleich ein nachhaltiger Professionalisierungs- und Akademisierungsprozess eingesetzt hat, ist vor allem den intensiven Aktivitäten und Bemühungen des Berufsverbandes, den Berufsangehörigen und den Hochschulen geschuldet (vgl. Kubny-Lüke 2011).

Speziell zu Aspekten der Akademisierung der Ergotherapie hat sich bereits 1995 ein europäisches Netzwerk gegründet: das "European Network of Occupational Therapy in Higher Education" (ENOTHE¹⁴⁴). Ziel dieses Netzwerkes ist es, die Ausbildung der Ergotherapie auf europäischer Ebene zu vereinheitlichen und zu fördern sowie die Entwicklungen bezüglich „Occupational Science“ (Betätigungswissenschaft) zu unterstützen. In dem Zusammenhang ist auf Initiative von ENOTHE im Jahr 2006 ein europäisches Netzwerk mit deutscher Beteiligung für ergotherapeutische Forschung entstanden (vgl. ECOTROS-Europäische Kooperation in der Ergotherapieforschung & Betätigungswissenschaft).

In den letzten zehn Jahren ist die Akademisierung in den therapeutischen Gesundheitsberufen in einem rasanten Tempo vorangegangen (vgl. Kälble 2006, Walkenhorst 2008). Seit den 1990er Jahren existieren weiterbildende Studiengänge für die Ergotherapie. Mit dem Jahr 2001 wurden zusätzlich ausbildungsintegrierende Studiengänge geschaffen. Mit dem Gesetz zur Einführung einer Modellklausel seit dem Jahr 2009 besteht nun im Bereich Ergotherapie – dto. den anderen therapeutischen Berufen und im Hebammenwesen - die Möglichkeit zur modellhaften Erprobung von primärqualifizierenden Studiengängen, die sowohl mit einem Hochschulgrad als auch der Berufszulassung abschließen (vgl. Kap. 1.2.3 und Abb. 32).

Tab. 10 Entwicklung der Studiengänge in der Ergotherapie

1990	Erster Pädagogischer Weiterbildungslehrgang des Berufsverbandes zum Lehrtherapeuten in der Ergotherapie
1995	Erster Weiterbildungslehrgang zum/zur Fachergotherapeuten/-in für Psychiatrie und Psychosomatik, der der Weiterqualifizierung von Ergotherapeuten/innen in diesen Fachbereichen dient
1997	Erster Weiterbildungsstudiengang Ergotherapie an der FH Osnabrück mit dem Ziel der weiteren Professionalisierung auf Basis wissenschaftlicher Begründung und zunehmender Überprüfbarkeit der therapeutischen Interventionen
1998	

¹⁴⁴ The European Network of Occupational Therapy in Higher Education wurde auf Initiative der COTEC (Council of Occupational Therapists for the European Countries) 1995 gegründet, s.u.: <http://www.enothe.eu/>

1999	Erster („Vollzeit-“) Graduiertenstudiengang für Ergotherapeuten/innen an der Hogeschool Zuyd (Niederlande) mit dem Abschluss „Bachelor of Health“, seit 2003 auch an deutschen Standorten
2001	Erster Diplom-Ergotherapie-Studiengang an einer privaten Fachhochschule Fresenius (FH Idstein)
2005	Erster Studiengang Ergotherapie mit Abschluss „Bachelor of Science“ an der FH Hildesheim/Holzminden/Göttingen, im WiSE 2001 auch an der FH Osnabrück
2006	Erster Master-Studiengang für Ergotherapie an der HAWK Hildesheim/Holzminden/Göttingen
2010	Es gibt vier Professuren für Ergotherapie
2012	Erster primärqualifizierender Studiengang für Ergotherapie an der Hochschule für Gesundheit Bochum
	Zum heutigen Zeitpunkt gibt es 13 ¹⁴⁵ Bachelorstudiengänge für Ergotherapie, jedoch keinen reinen Ergotherapie-Masterstudiengang ¹⁴⁶ (DVE 2011)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Miesen (2004), Berufsprofil Ergotherapie DVE 2004

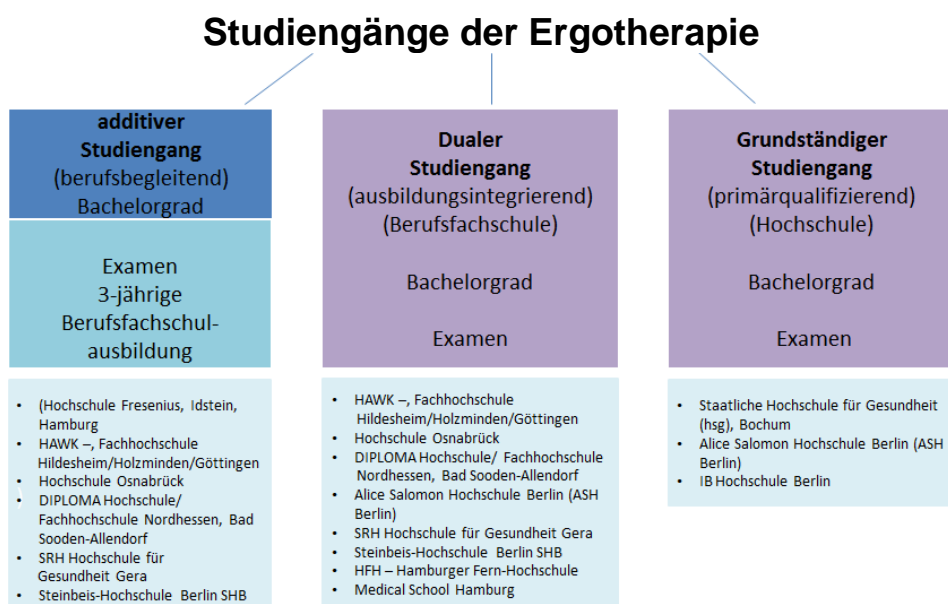


Abb. 32 Studiengänge der Ergotherapie

Quelle: Eigene Darstellung, Datenquelle (DVE 2011)

¹⁴⁵ mitinbegriffen sind hier berufsgruppenübergreifende Studiengänge, wie z.B. der Bachelor-Studiengang „Medizinalfachberufe“ an der Fachhochschule Nordhessen oder der Bachelor-Studiengang „Health Care Studies/Gesundheitswissenschaften“ an die IB Hochschule Berlin usw., in denen sich Ergotherapeuten weiterqualifizieren können. Nicht vertreten die Hochschule Zuyd, Heerlen (Niederlande), die einen Bachelorstudiengang für deutsche Ergotherapeuten anbietet.

¹⁴⁶ Verwandte Masterstudiengänge, in denen sich Ergotherapeuten weiterbilden können: MSc Gesundheitsfachberufe - Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie, Hildesheim Master-Studiengang Therapiewissenschaft, Hochschule Fresenius Idstein European Master of Science in Occupational Therapy Hochschule Amsterdam (NL)

Neben den Forderungen der Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (AG MTG 2011) empfiehlt nun auch der Wissenschaftsrat (2012) Ergotherapeuten/innen künftig verstärkt an Hochschulen auszubilden. Besonders staatliche Hochschulen und Universitäten müssen die dafür notwendigen Studienplätze stärker als bisher einrichten (vgl. Kap. 1.2.1.4). Für die Ergänzung der Fachausbildung durch akademische Studiengänge bzw. die vollständige Akademisierung gelten zusammengefasst auch für die Ergotherapie die folgenden Gründe:

- Durch die Entwicklungen und Spezialisierungen im arbeitsteiligen Versorgungssystem werden neue Qualitäten in der Zusammenarbeit erforderlich.
- Die Anforderungen insbesondere in Richtung Qualität und Evidenzbasierung nehmen zu.
- Die Wissenschafts- und Technikentwicklungen in den Basisdisziplinen fordern entsprechende Entwicklungsschritte in Theorie und Praxis heraus.
- Die europäische Homogenisierung der Ausbildung erfordert eine Anpassung.
- Eine Akademisierung führt zur Erweiterung der Berufsperspektiven. (vgl. Adler & Knesebeck 2010; IWAK 2012)

Mit der erfolgten Umstellung zur Hochschulausbildung der Medizinalfachberufe im Jahr 2005 in der Schweiz und Österreich stellt laut Ungerer (2010) Deutschland mit seiner Fachschulausbildung mittlerweile einen „Sonderfall“ dar. Die derzeitige Akademisierungsphase wird als Umbruchs- und Übergangssituation bezeichnet (vgl. Jehn 2011), angezeigt durch die Vielfalt der bisher angebotenen Studiengänge für Ergotherapeuten/innen, die sich hinsichtlich des Studienabschlusses, der Studiendauer und in den Studieninhalten zum Teil ganz erheblich unterscheiden. Die große Heterogenität der Studiengänge¹⁴⁷ führt zu einem breiten Qualifikationsmix an akademischen Abschlüssen und damit auch zwangsläufig zu unterschiedlichen Qualifikationsprofilen. Ferner muss berücksichtigt werden, dass die Konstruktion der Studiengänge sehr stark durch berufsgesetzliche Vorgaben geprägt ist und damit zu curricularen Herausforderungen führt (vgl. Walkenhorst 2011); gleiches gilt für die anderen therapeutischen Gesundheitsfachberufe (vgl. Kap. 1.2.3). Zu den Auswirkungen der Ausbildungs- bzw. Studiensituation auf die Kompetenzprofile liegen derzeit noch keine empirischen Ergebnisse vor.

Im Hinblick auf die Reform-, Anpassungs-, und Umstrukturierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen (vgl. Kap. 1.2.1.2) werden spezifische Qualifikationen notwendig, die Berücksichtigung in der curricularen Ausbildungsstruktur finden müssen. Festzustellen ist, dass bisher weder berufsübergreifend für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe (vgl. Kap. 2.2.2.2 Physiotherapie, Kap. 2.4.2.2 Logopädie) noch berufsspezifisch für die Ergotherapie Mindeststandards für einen deutschen Bachelorstudiengang vorliegen. Daher wird die Erstellung berufsspezifischer Mindeststandards als ein notwendiger Schritt für die Weiterentwicklung und auch Qualitätssicherung deutscher (Ergotherapie) Studiengänge gesehen (vgl. Jehn 2011). Die AG MTG (2007) verweist somit auf internationale Standards, die zur Konzipierung und Akkreditierung von Bachelor-Studiengängen in der Ergotherapie bei der curricularen Gestaltung des Studiengangs Grundlage sein sollen¹⁴⁸ (vgl. Eckpunktepapier der AG MTG 2007).

¹⁴⁷ z. B. Additive und ausbildungsintegrative Modellen, mit und ohne Anrechnungsmöglichkeiten, in enger oder weiter Kooperation mit einer Berufsfachschule oder auch mit mehreren, als Vollzeitstudium oder berufsbegleitend, mit und ohne integrierte fachliche Weiterbildungsanteile, disziplinar oder interdisziplinär ausgerichtet.

¹⁴⁸ Internationale Referenzdokumente:

- Revidierte Mindeststandards für die Ausbildung von Ergotherapeuten der World Federation of Occupational Therapists (WFOT, 2002)
- ENOTHE – European Network of Occupational Therapy in Higher Education (Hrsg.), Ergotherapie-Ausbildung in Europa: Curriculum- Richtlinien, Amsterdam 2000
- ENOTHE (Hrsg.), Occupational Therapy Education in Europe: an exploration, Amsterdam 2000
- ENOTHE (Hrsg.), Specific Competences of the Occupational Therapist at BA Level (TUNING project), Mai/Juni 2004

2.3.2.3 Ergotherapieausbildung im Ausland

Tab. 11 Ländervergleich Ergotherapieausbildung

Länder	D	NL	S	GB	DK	A
Berufsbezeichnung/ Akademischer Grad	Ergotherapeutin / Ergotherapeut	Ergotherapeut	Reg. Occupational Therapist (leg. Arbetsterapeut)	Occupational Therapist	Ergoterapeut	Ergotherapeut/ Ergotherapeutin BSc (vormals Dipl.)
Ausbildungsniveau	Secondary / Higher Education bachelor degree	Higher Education bachelor degree	Higher Education Dilpoma	Higher Education bachelor degree	Higher Education bachelor degree	Higher Education bachelor degree
Institutionalisierung	staatl. anerkannte Berufsfachschule / Fachhochschule	Fachhochschule	Universität	Universität	"University Colleges"	Fachhochschule
Dauer (Jahre)	3 Sec. Educ., 3 - 4 High. Educ.	4	3	2 - 4	3,5	3
Postgraduales Studium	nein	Master	Master, PhD	Master, PhD	Master	Master
Zulassung/ Schuljahre	10 sec. Educ. /12-13 High. Educ.	13	12	13	12	12 o. 13
Aufsichtsführende Institution	Länderministerium für Gesundheit und Soziales oder Kultusministerium	Ministry of Education, Culture and Science; Ministry of Health, Welfare & Sports	Ministry of Education and Research (Utbildningsdeparte- mentet)+ National Agency for Higher Education, National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen)	Department of Health, Health & Care Professions Council (HCPC)	Ministry of Education, The National Board of Health	Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, Bundes- ministerium für Gesundheit
Anzahl praktizierende Ergotherapeuten	~35.000	~3.515	~10.000	31.591	~8.000	~1.850
Gesundheitssystemtyp	Sozialversicherungs- system	Sozialversicherungs- system	Nationaler Gesundheitsdienst	Nationaler Gesundheitsdienst	Nationaler Gesundheitsdienst	Sozialversicherungs- system

Eigene Darstellung, Datenquelle: COTEC 2012

Im europäischen Ausland ist die Ergotherapieausbildung i. d. R. an Hochschulen oder hochschulähnlichen Institutionen verortet, dies wird an der exemplarischen Darstellung der ausgewählten Länder bestätigt (vgl. Tab. 11). Während die Ausbildung in Schweden und Großbritannien an Universitäten¹⁴⁹ und in Dänemark an sog. „University Colleges“ erfolgt, hat sie sich in den Niederlanden (Hogescholen) und Österreich an Fachhochschulen institutionalisiert. In Schweden erfolgt die universitäre Ausbildung bereits seit 1993. Derzeit gibt es hier acht Universitäten mit Besitz der WFOT-Anerkennung für das Studium der Ergotherapie (vgl. Kap. 2.3.2.1). Hier beinhaltet die Ausbildung auf Bachelor-Niveau ca. 1000 Praxisstunden (COTEC 2012).¹⁵⁰ In Großbritannien gibt es mit einer Anzahl von insgesamt 62 die meisten Ausbildungsprogramme für die Ergotherapie. Es lassen sich Vollzeitstudienprogramme, die sog. „Full time BSc (Hons) degree“ mit einer Dauer von 3 Jahren¹⁵¹ und Teilzeitprogrammen, die durchschnittlich vier Jahre andauern („Part-time BSc (Hons) degree“ von den sog. „In-service BSc (Hons) degree“) unterscheiden. Sogenannte „Accelerated post graduate programmes“ werden für bereits Graduierte angeboten¹⁵², haben eine Dauer von zwei Jahren (Vollzeit) und führen zu den Abschlüssen „Post-graduate Diploma in Occupational Therapy“ oder „MSc in Occupational Therapy

- ENOTHE/COTEC (Council of Occupational Therapists for the European Countries (Hrsg.), Description of Occupational Therapy Education in Europe, 18.01.2006, www.enothe.hva.nl/; www.unideusto.org/tuning

¹⁴⁹ Nach den Richtlinien des Queen Council im Jahre 1989 ist die Ausbildung an Universitäten oder Fachhochschulen, die an Universitäten angegliedert sind, institutionalisiert (Scharff-Rethfeld 2010).

¹⁵⁰ Der Verband deutscher Ergotherapeuten (<http://www.fsa.akademikerhuset.se/>)

¹⁵¹ Vier Jahre in Schottland

¹⁵² Für bereits Graduierte aus angrenzenden Bereichen und mit Berufserfahrung im Gesundheits- und Sozialsystem.

(pre-registration)“ (BAOT 2012)¹⁵³. In den Niederlanden umfasst die Ausbildung u. a. 1600 Praxisstunden und insgesamt 240 ECTS, die in vier Jahren Ausbildungsdauer erworben werden. Zurzeit bieten vier niederländische Fachhochschulen eine Ausbildung zum Ergotherapeuten/in an.¹⁵⁴ In Dänemark gibt es sieben Schulen für Ergotherapie, die an sogenannte “University Colleges“ angeschlossen sind. Nach sieben Semestern (mit 1036 Praxisstunden und 210 ECTS) steht ein Bachelor Degree in Occupational Therapy (B.Oc.T.) (Etf 2012).¹⁵⁵ In Österreich wird seit der MTD-Gesetzesnovelle im Jahr 2005 Ergotherapie an insgesamt acht Fachhochschulen angeboten. Nach sechs Semestern inklusive 1125 Praxisstunden folgt hier die Graduierung zum Bachelor of Science in Health Studies in Ergotherapie (180 ECTS).¹⁵⁶ Somit ist festzustellen, dass die deutschen Ergotherapeuten/innen die meisten praktischen Stunden (1700) im Rahmen der Ausbildung abzuleisten haben. Die Ausbildungsdauer schwankt bei den betrachteten Ländern zwischen zwei und vier Jahren, während die notwendigen Schuljahre als Zugangsvoraussetzung in allen Ländern -mit Ausnahme von Deutschland- bei 12 bzw. 13 Jahren liegen (COTEC 2012). Alle aufgeführten Länder bieten spezifische Masterprogramme für Ergotherapeuten/innen an – auch hier mit Ausnahme von Deutschland. Schweden und Großbritannien stellen darüber hinaus auch spezielle Promotionsprogramme im Bereich Ergotherapie zur Verfügung. Zu den aufsichtsführenden Institutionen zählen in den hier vorgestellten Ländern i.d.R. das Bildungsministerium sowie das Gesundheitsministerium. Eine Registrierungs-pflicht der Berufsangehörigen besteht nur in Großbritannien und erfolgt über das Health & Care Professions Council (HCPC). Daher können hier im Gegensatz zu den anderen Ländern genaue Angaben zu der Anzahl der Berufsangehörigen gemacht werden (vgl. Tab. 11). Für die niederländische Ergotherapeuten ist die Registrierung am Ministry of Health, Welfare & Sports freiwillig (COTEC 2012).

¹⁵³ Der Britische Verband für Ergotherapeuten (British Association of Occupational Therapists (BAOT) and College of Occupational Therapists (COT), <http://www.baot.org.uk>)

¹⁵⁴ In niederländische Verband für Ergotherapeuten (beroepsvereniging voor ergotherapeuten, <http://www.ergotherapie.nl/>)

¹⁵⁵ Im Jahr 2001 fand in Dänemark die Anhebung der Ausbildung auf Hochschulniveau statt. University Colleges wurden gemeinsam mit anderen Professionen geründet und ergänzen die Basisausbildung der Ergotherapeuten/innen. Weiter Informationen liefert der dänische Berufsverband für Ergotherapeuten (Ergoterapeutforeningen (Etf), <http://www.etf.dk/>)

¹⁵⁶ Der Bundesverband der ErgotherapeutInnen Österreichs „Ergo Austria“ ist die berufspolitische Interessensvertretung für Ergotherapie in Österreich.

Jahre	1	2	3	4	5	6	7	8	Institution	Abschluss
National	BFS (+Zusatzmodule)		BA (180)						ASFH Berlin (in Koop.)	BSc Ergotherapie
	BFS (+Zusatzmodule)		BA (180)						FH Osnabrück (in Koop.); SRH FH Gera	BSc Ergotherapie
	BFS (90)		BA (90)		MA (120) (berufsbegleitend)				FH Hildesheim	BSc Ergotherapie
	BA (210)								Hochschule Bochum; ASFH Berlin	BSc Ergotherapie
International	BA (240)								Hogeschool van Amsterdam, NL	Bachelor of Health / OT
	BA (240)				MA (120)		MA (part time)		Queen Margaret University Edn., GB	BSc , MSc OT
	BA (180)								Northumbria University, GB	BSc (Hons) OT
	BA (180)			MA (120)					H Campus Wien, A	BSc in Health Studies, MSc OT

Abb. 33 Ausgewählte primärqualifizierende Ausbildungsstrukturen im europäischen Ausland (NL, GB, A)

Quelle: in Anlehnung an Scharff-Rethfeld (2010)

2.3.3 Berufsspezifische Entwicklungen in den Einsatz- und Arbeitsfeldern

In den letzten Jahren hat ein Paradigmenwechsel im Berufsbild der Ergotherapie stattgefunden, der durch eine vermehrte Abkehr von einer am Störungsbild (ICF) orientierten Diagnostik und Therapie hin zu einem Grundverständnis, das am lebenswelt- und betätigungsorientierten Ansatz ausgerichtet ist. Im Zuge der Professionalisierung der ergotherapeutischen Aufgaben fordern Ergotherapeut/innen von der klinischen Medizin im Allgemeinen und der ärztlichen Weisung im Besonderen unabhängiger zu werden. Dazu trägt auch eine Neuorientierung der Ergotherapie im Sinne der Ottawa-Charta (ICF, Salutogenese, Betätigungsverständnis) bei. Die Herausforderung der deutschen Ergotherapie besteht demnach in der Neuorientierung zwischen den funktionellen Therapiekonzepten, die im Rahmen klinischer Handlungsfelder fester Bestandteil der ergotherapeutischen Berufspraxis sind, und dem Lebensweltbezug sowie einer damit verbundenen Suche nach neuen Einsatzbereichen und Berufsfeldern. Somit werden vornehmlich Bezüge im sozialwissenschaftlichen Bereich und nicht im klassisch medizinischen Bereich hergestellt. Dieser Wandel bietet Möglichkeiten, im Rahmen der zunehmenden Professionalisierung einerseits zur Weiterentwicklung eines notwendigen (einheitlichen) beruflichen Selbstverständnisses beizutragen¹⁵⁷, andererseits können neue Einsatz- und Arbeitsfelder erschlossen werden.

¹⁵⁷ Marotzki (2004) liefert in dem Zusammenhang einen Überblick über wichtige Schritte der Professionalisierung der Ergotherapie und verdeutlicht die Herausforderung, ein neues ergotherapeutisches Berufsbild im Spannungsfeld gesellschaftspolitischer, medizinischer und technischer Entwicklungen zu beschreiben. Als gemeinsame „implizite“ Grundorientierung der Berufsangehörigen wird die zentrale Annahme, „dass sich Menschsein auch über den Weg verwirklicht, aktiv bzw. tätig sein zu können“ hervorgehoben (ebd. 2004, S. 10).

Im Kap. 1.2.1.3 wurden bereits aktuelle und zukünftige Einsatzfelder, die alle Gesundheitsfachberufe betreffen, skizziert.¹⁵⁸ Im Folgenden sollen mögliche „neue“ Einsatz- und Arbeitsfelder der Ergotherapie exemplarisch umrissen werden. Neben ökonomischen Rahmenbedingungen und der Suche nach alternativen Finanzierungsquellen spielen auch die Schnittstellen der Ergotherapie zu anderen Gesundheitsfachberufen, v. a. in der rehabilitativen Versorgung, eine Rolle bei der Erschließung neuer Arbeits- und Einsatzfelder.

Als zukünftige Arbeits- und Einsatzfelder für Ergotherapeuten gelten ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

Gesundheitsförderung und Prävention

Bisher ist die ergotherapeutische Arbeit vorwiegend rehabilitativ-therapeutisch geprägt und ergotherapeutische Maßnahmen kommen erst dann zum Einsatz, wenn der Patient erkrankt ist (DVE 2012).¹⁵⁹ Mit einer Ergänzung des ergotherapeutischen Angebotspektrums durch Gesundheitsförderung und (Primär)Prävention entstehen neue Arbeitsfelder, auch wenn die bisherigen Rahmenbedingungen als ungünstig einzustufen sind.¹⁶⁰ Obwohl im aktuellen Präventionsleitfaden (2010) nach wie vor nur die klassischen Präventionsfelder genannt werden - Bewegungsgewohnheiten, Stressmanagement und arbeitsbedingte körperliche Belastungen - (Kapitel 5.2.2, 5.2.4 und 6.2.1), entstehen vermehrt ergotherapeutische Präventionskonzepte für unterschiedliche Zielgruppen, wie z. B. in der Geriatrie¹⁶¹ oder Pädiatrie¹⁶² (vgl. DVE 2008¹⁶³). Diese sind jedoch i. d. R. keine Kassenleistungen, sondern richten sich an Selbstzahler. Erste Ansätze in Richtung Gesundheitsförderung in der Ergotherapie zeigen sich auch anhand eines länderübergreifenden Kooperationsprojektes (DACHS- Projekt 2005), das einen großen Entwicklungsbedarf in der Ergotherapie bestätigt.¹⁶⁴ Für eine zukünftig stärkere Berücksichtigung der Ergotherapie im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention muss der Beitrag der ergotherapeutischen Leistungen und ihrem Gegenstandsbereich der Betätigung herausgestellt werden.

¹⁵⁸ Dabei stellten sich u. a. die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention, die Beratungs- und Bildungssektoren, sowie die Bereiche Forschung und Wissenschaft als auch Integration in neue Versorgungsmodelle (z.B. Case- und Care Management, Disease Management Programme) als wachsende Arbeitsfelder für alle Gesundheitsfachberufe heraus.

¹⁵⁹ Die Einsatzgebiete der Ergotherapie reichen von klinischen Einsatzgebieten über die medizinische und berufliche Rehabilitation bis hin zu Aufgabengebieten im Bereich der Integration in den geschützten und allgemeinen Arbeitsmarkt. Wie auch bei den anderen therapeutischen Berufen, steht die Arbeit mit den Patienten/innen im Vordergrund des ergotherapeutischen Handelns (vgl. Barzel et al. 2011b). Zu den typischen klientenbezogenen Aufgaben der Ergotherapeuten/innen zählen u. a. die Versorgung mit Hilfsmitteln, Ess- und Anziehtraining, Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL's) sowie Rollstuhltrainings. Ferner gehören Kognitionstraining, Arbeitsplatztraining und die -beratung, Schulung und Anleitung von Klienten/innen als auch der Angehörigen zum Aufgabenspektrum der Ergotherapeuten/innen.

¹⁶⁰ In Deutschland besteht die Problematik, dass die Verordnungen für ergotherapeutische Behandlungen eher funktionell ausgerichtet und damit auch nur darüber abrechenbar sind. Für Prävention und Gesundheitsförderung ist ein Finanzierungsrahmen hingegen noch kaum oder nicht gegeben.

¹⁶¹ z. B. präventives Hirnleistungstraining (Marotzki & Adam 2008)

¹⁶² z. B. entwicklungsförderliche Alltagsbetätigung für Kinder unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes (Familien, Kindergarten, Schule) (vgl. Ewers et al. 2012)

¹⁶³ z. B. Säuglings-Kurse, „Fit für die Schule“ beinhaltet Arbeitsplatzorganisation, Sitzhaltung und Aufmerksamkeitssteuerung

¹⁶⁴ Das sogenannte DACHS- Projekt (Deutschland, Austria, Schweiz, Südtirol) wurde von Vertreterinnen der Berufsverbände und/oder der Ausbildung aus diesen Regionen vor dem Hintergrund der Weiterentwicklung des Berufes und der Ausbildung im Bereich der Ergotherapie insbesondere in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention unter Berücksichtigung von Arbeitsmarkt und Berufsbefähigung initiiert. Im Ergebnis einer im Jahr 2006 durchgeführten Datenerhebung wurde deutlich, dass bisher kaum Ergotherapeuten/innen in den deutschsprachigen Regionen in der Gesundheitsförderung und Primärprävention tätig sind, während in Dänemark, Schweden, Großbritannien, Kanada und Australien die Ergotherapie auch aufgrund ihrer geschichtlichen Tradition in der Gesundheitsförderung und der Primärprävention bereits etabliert ist (<http://www.dachs.it/>).

Neben Aktivitäten zur wissenschaftlichen Fundierung der Ergotherapie müssen Forschungsaktivitäten intensiviert werden, die die geforderten Wirksamkeitsnachweise ergotherapeutischer Leistungen erbringen können (vgl. Ewers et al. 2012, Kubney-Lüke 2011).

Betriebliche Gesundheitsförderung

Erwerbsarbeit ist nach wie vor ein zentraler Bereich menschlicher Betätigung und daher ein wichtiger Gegenstand der Ergotherapie. Die Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention als neues Setting für Ergotherapeuten/innen wurde hingegen erst kürzlich entdeckt (vgl. Marotzki & Adam 2008, Groth 2006, Nöbel 2004). In der betrieblichen Lebenswelt stehen der Umgang mit chronischen Erkrankungen und die Alltagsorganisation von Betätigung im Vordergrund (Marotzki o.J.). Neben der Ergonomischen Anpassung des Arbeitsplatzes, Eingliederungsmanagement für schwerbehinderte Menschen oder betriebliches Arbeitstraining, um nur einige zu nennen, eröffnen sich an dieser Stelle neue Forschungs- und Einsatzfelder für Ergotherapeuten/innen (Köser 2012).

Beratungssektor

In den letzten Jahren wurde die ergotherapeutische Tätigkeit durch vielfältige Bereiche außerhalb des klassischen klinischen Kontextes erweitert, z. B. Beratung in Schulen mit dem Schwerpunkt Prävention oder Beratung in Fragen der Wohnraumanpassung (vgl. Marotzki & Adam 2008). Die Beratung von älteren Menschen in den ergotherapeutischen Handlungsgebieten Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit gilt als besonders bedeutungsvoller Arbeitsbereich im Hinblick auf den Erhalt von Selbstständigkeit und Lebensqualität (Palme 2005). Auch in der Ergotherapie ist die Komplexität - vor allem bei der Beratung und Patientenedukation sowie bei therapeutischem Handeln mit vermehrt technischer Unterstützung - gewachsen (vgl. Kap 1.3). Somit ergeben sich auch für Krankenkassen, Beratungsstellen, Sanitätshäuser, Patienteninformationsdienste, die Agentur für Arbeit etc. neue Arbeitsfelder im Beratungsbereich (vgl. Eschenbeck et al. 2011). Unter dem Gesichtspunkt der „Lebensweltorientierung“ können sich über die Klientenebene hinaus auch auf Makroebene neue Arbeitsfelder ergeben. So sind bspw. beratende Tätigkeiten im Bereich der Raum- und Stadtplanung (barrierefreie Stadt/Umwelt) denkbar, die v.a. von gerontologisch erfahrenen Ergotherapeuten/innen übernommen werden könnten (vgl. Ewers et al. 2012). Darüber hinaus könnten Ergotherapeuten/innen auch im Rahmen der Hilfsmittelentwicklung (Telemedizinischen Monitoring, Feedbacksysteme) vermehrt beratend zum Einsatz kommen.

Ambulante niederschwellige Dienste

Der ambulante Sektor und aufsuchende Dienste werden zunehmend wichtige Arbeitsfelder für Ergotherapeuten/innen sein (Marotzki o.J.). Die deutliche Zunahme der bundesweit zugelassenen Ergotherapie-Praxen bestätigt diese Entwicklung (vgl. Abb. 27). Etwa 50 Prozent der behandelten Patienten sind Kinder bis 15 Jahre (vgl. Kap. 2.3.1.1). Präventionsansätze, wie Förderprogramme und niederschwellige Angebote für vulnerable Gruppen, d. h. z. B. Kinder/ Familien aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen und/oder prekären Lebenssituationen sind zukünftig sehr bedeutend und müssen in Kooperation mit anderen Disziplinen entwickelt werden (vgl. Ewers et al. 2012).

2.4 Logopädie

Gegenstandsbereich der Logopädie (von griech. logos = das Wort und pädeuein = erziehen), inklusive akademischer Sprachtherapie, klinischer Linguistik, Patholinguistik und der Sprachheilpädagogik, sind nach Ewers et al. „Störungen der menschlichen Sprache, der mit ihr assoziierten motorischen, auditiven und visuellen Basisfunktionen sowie der non-verbalen Kommunikationsfunktionen“ (vgl. Ewers et al. 2012, S. 50) und sprachlich kommunikative Kompetenzen. Nach der Arbeitsdefinition, die durch die CPLOL-Kommission¹⁶⁵ auf europäischer Ebene vereinbart wurde, ist die Logopädie sowohl ein wissenschaftlicher Fachbereich als auch eine eigenständige Profession, grenzt als interdisziplinäre Wissenschaft an Teilgebiete der Medizin, der Linguistik, der Pädagogik sowie der Psychologie und beschäftigt sich dabei mit der Ätiologie, Diagnostik und Intervention hinsichtlich sämtlicher Kommunikations- und Schluckstörungen (dbl 2011).

In Deutschland sind derzeit laut Schätzungen des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie (dbl 2010a) 10.000 Logopäden/innen tätig. Der Beruf stellt ebenfalls einen von Frauen dominierten (90 Prozent) nichtärztlichen Heilberuf dar (dbl 2010a) und ist über das Logopädengesetz (LogopG) vom 07.05.1980 geregelt. Logopädische Leistungen werden in Deutschland üblicherweise in Einrichtungen des Gesundheitswesens oder in logopädischen Praxen erbracht. Es handelt sich im medizinischen Kontext, wie auch bei der Physio- und Ergotherapie, ebenfalls um ein „Heilmittel“, das einer medizinischen Indikation und Heilmittelverordnung bedarf.

Im Zentrum logopädischer Aktivitäten stehen Patienten/innen aller Altersstufen (Säuglinge, Vorschul-, Schulkinder, Jugendliche und Erwachsene) mit Sprach-, Sprech-, Stimm-, Hör- und Schluckstörungen (Brauer & Tesak 2010). Dabei gewinnt auch in der Logopädie der Therapieansatz nach den Kriterien des Klassifikationsschemas der ICF¹⁶⁶ (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) zunehmend an Bedeutung.

Während in der frühkindlichen Phase v. a. Behandlungen von hörbedingten Beeinträchtigungen, lautsprachlichen Artikulationsfähigkeiten und angeborenen sprachlichen Störungen im Vordergrund der Therapie stehen, sind im Kleinkind- und Vorschulalter v. a. Sprachentwicklungsverzögerungen bzw. –störungen, Aussprachestörungen sowie Redeflussstörungen (z. B. Stottern) häufig der Anlass für logopädische Leistungen. Indikationen der Logopädie im höheren Lebensalter sind zumeist Sprachstörungen (Aphasie), welche z. B. nach einem Schlaganfall, Schädelhirntraumata, Tumoren, entzündlichen Erkrankungen oder degenerativen Erkrankungen (z. B. Alzheimer) auftreten können. Weitere wichtige Indikationen der Logopädie sind Sprechapraxien (Störung der Handlungsplanung beim Sprechen), Dysarthrien (Beeinträchtigung des Sprechens aufgrund einer Störung der Sprechmotorik) sowie Schluckstörungen (dbl 2010a).

Im Rahmen der Diagnostik erheben Logopäden/innen in enger Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt/in (Phoniater/in, Hals-Nasen-Ohren-Arzt/in, Kieferorthopäde/in, Neurologe/in, Kinderarzt/in) die spezifische Vorgeschichte und den logopädischen Befund der Patienten/innen. Auf dieser Basis erstellen sie anschließend eigenverantwortlich individuelle, spezifische Therapiepläne und wählen geeignete Methoden für die anstehende Behandlung aus. Im Kerngebiet klinischer Aufgabenfelder der Logopädie stehen somit folglich: Diagnostik, Therapie und Beratung der Patienten/innen und ihrer Angehörigen. Fer-

¹⁶⁵ Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l' Union Européenne (CPLOL) = „europäische Vereinigung der Logopäden/innen“ ist der Dachverband von 31 logopädisch/sprachtherapeutischen Berufsverbänden und repräsentiert mehr als 60.000 Mitglieder u. a. in politischen und administrativen Fragen. Der Deutsche Bundesverband für Logopädie (dbl) ist einer der Gründungsmitglieder der CPLOL.

¹⁶⁶ Die ICF wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2001 ausgearbeitet und listet einzelne Gesundheitskomponenten auf: Körperstrukturen, Körperfunktionen, Aktivitäten und Partizipation sowie umwelt- und personenbezogene Faktoren.

ner gehören Prävention, Rehabilitation, Lehre, Fort- und Weiterbildung, Therapie- forschung, logopädische Supervision sowie Management im Gesundheits- und (Aus-) Bildungsbereich sowie Öffentlichkeitsarbeit zu den Aufgabenbereichen der Logopädie (Rausch & Schrey-Dern 2007; Brauer & Tesak 2010; Ewers et al. 2012).

Aufgrund der gegenwärtig zunehmenden Fokussierung auf Prävention und Gesundheits- förderung im Gesundheitswesen werden präventive und gesundheitsfördernde Interven- tionen auch im Bereich der Logopädie bedeutender. Besonders im internationalen Ver- gleich beschränkt sich das logopädische Aufgabenfeld dabei nicht nur auf den Umgang mit Kommunikationsstörungen oder Schluckstörungen der Patienten/innen, sondern legt den Fokus auch auf Training, Beratung und Fortbildung von Menschen ohne Beeinträchti- gungen in der Kommunikation (z. B. Familienangehörige der Klienten/innen, Berufsange- hörige benachbarter Professionen) (Rausch & Schrey-Dern 2007).

2.4.1 Aktuelle und zukünftige Versorgungsbedarfe

2.4.1.1 Inanspruchnahme Logopädie

Um aktuelle und zukünftige Versorgungsbedarfe im Versorgungsbereich Logopädie zu beschreiben, werden im Folgenden neben dem inanspruchnahmeorientierten Bedarf (Umsatz, Verordnungen und Kosten) die Indikationen logopädischer Leistungen und der angebotsorientierte Bedarf (Fachkräftebedarf und Entwicklung der Ausbildungsplätze) berücksichtigt.

Im Jahr 2011 lag der Bruttoumsatz¹⁶⁷ der Sprachtherapie insgesamt bei rund 511 Millio- nen Euro. Im Bereich Heilmittel steht die Logopädie mit einem Umsatzanteil von rund 11 Prozent damit an dritter Stelle. Im bundesweiten Durchschnitt belief sich der Bruttoumsatz auf 7.356 Euro je 1.000 Versicherte in der GKV (vgl. Abb. 34). Die Region Nordrhein hat derzeit mit insgesamt 9.491 Euro je 1.000 GKV-Versicherten den größten Umsatz für lo- gopädische Heilmittel zu verzeichnen. Einen überdurchschnittlichen Bruttoumsatz weisen auch die die Länder Hamburg, Schleswig-Holstein und Berlin auf, während für das Land Mecklenburg-Vorpommern mit 5.624 Euro mit Abstand der geringste Bruttoumsatz regis- triert wurde (vgl. Abb. 34).

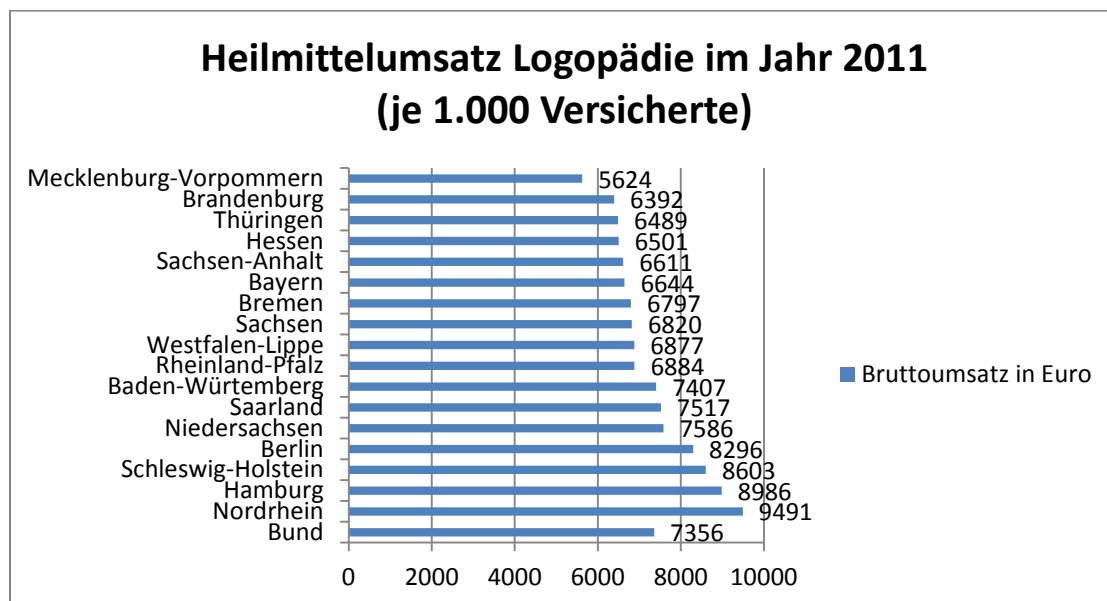


Abb. 34 Heilmittelumsatz Logopädie

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage des GKV-HIS (2012)

¹⁶⁷ Der Bruttoumsatz bezeichnet den Umsatz zu Vertragspreisen.

Im gleichen Jahr 2011 wurden für die 51.602.733¹⁶⁸ registrierten Mitglieder in der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) insgesamt 1,5 Millionen Verordnungsblätter für Logopädie ausgestellt, das entspricht einem bundesweiten Durchschnitt von 22 Verordnungen je 1.000 GKV-Versicherte. Nach Facharztgruppen betrachtet, verordnen vor allem Kinderärzte/innen mit rund 704.000 Verordnungen, Hausärzte/innen mit rund 307.000 Verordnungen, HNO-Ärzte/innen mit rund 263.000 Verordnungen und Nervenärzte/innen (Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie) mit rund 88.000 Verordnungen sprachtherapeutische Leistungen (GKV-HIS 2012). Die 45-minütige Sprachtherapie liegt als Einzelbehandlung mit einem Bruttoumsatz von rund 413 Millionen Euro an dritter Stelle der umsatzstärksten Heilmittelleistungen. Bei der Betrachtung der Leistungsausgaben für die Sprachtherapie fällt auf, dass überwiegend Kinder und Jugendliche behandelt werden. Der Bruttoumsatz für die Gruppe der fünf bis unter zehnjährigen Kinder betrug im Jahr 2011 insgesamt 223 Millionen Euro (Absolutwert) (GKV-HIS 2012).

Logopädische Leistungen nach Regionen

Im Bundesdurchschnitt lag die Versorgung mit Sprachtherapie bei 22 Leistungen und 203 Behandlungseinheiten je 1.000 GKV-Versicherte. Regionale Unterschiede in der Versorgung zeigt die folgende Abbildung 35. Wie auch im Jahr 2010 bestand die höchste Versorgungsdichte im Norden Deutschlands. In den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Hamburg und Schleswig-Holstein wurden rechnerisch 1.000 Versicherte mit 27 logopädischen Leistungen versorgt. Ebenfalls überdurchschnittlich (mit 26 Leistungen je 1.000) wurden GKV-Versicherte in Berlin versorgt. Eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme wurde in der KV Bayern (mit 18 Leistungen und insgesamt 163 Behandlungseinheiten je 1.000 GKV-Versicherte) und in der KV Mecklenburg-Vorpommern (mit 18 Leistungen und 173 Behandlungseinheiten je 1.000 GKV-Versicherte) registriert.

Es muss davon ausgegangen werden, dass die regionalen Unterschiede in den Heilmittelmengen und –ausgaben von einer Reihe von Faktoren beeinflusst werden. Bisher liegen keine Untersuchungen mit notwendigem Alters- und Geschlechtsbezug vor. Ursachen wären seitens der Patienten in der unterschiedlichen Morbidität, dem sozioökonomischen Status und dem Nachfrageverhalten zu suchen oder könnten andererseits im Ordnungsverhalten der Ärzte/innen oder in der Angebotsstruktur der Sprachtherapeuten/innen bzw. alternativer Sprachförderangebote (Sprachheillehrer/innen) und Ärzte/innen mitbegründet sein (vgl. Bode et al. 2008). Als weitere mögliche Ursache für die unterschiedliche Heilmittellanzahl in den Ländern wird der Druck der Krankenkassen auf die Ärzte/innen diskutiert. Ärzte/innen, die sich nicht an die Vorgaben der geltenden Heilmittel-Richtlinien halten, kann eine unwirtschaftliche Ordnungsweise vorgeworfen werden. Durch die Androhung von Regressforderungen bei Budgetüberschreitungen neigen die Ärzte/innen daher dazu, weniger logopädische Leistungen zu verordnen (Riederer & Friedrich 2012).

¹⁶⁸ Jahresdurchschnittswert 2011 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2011)

Heilmittelanzahl Logopädie im Jahr 2011

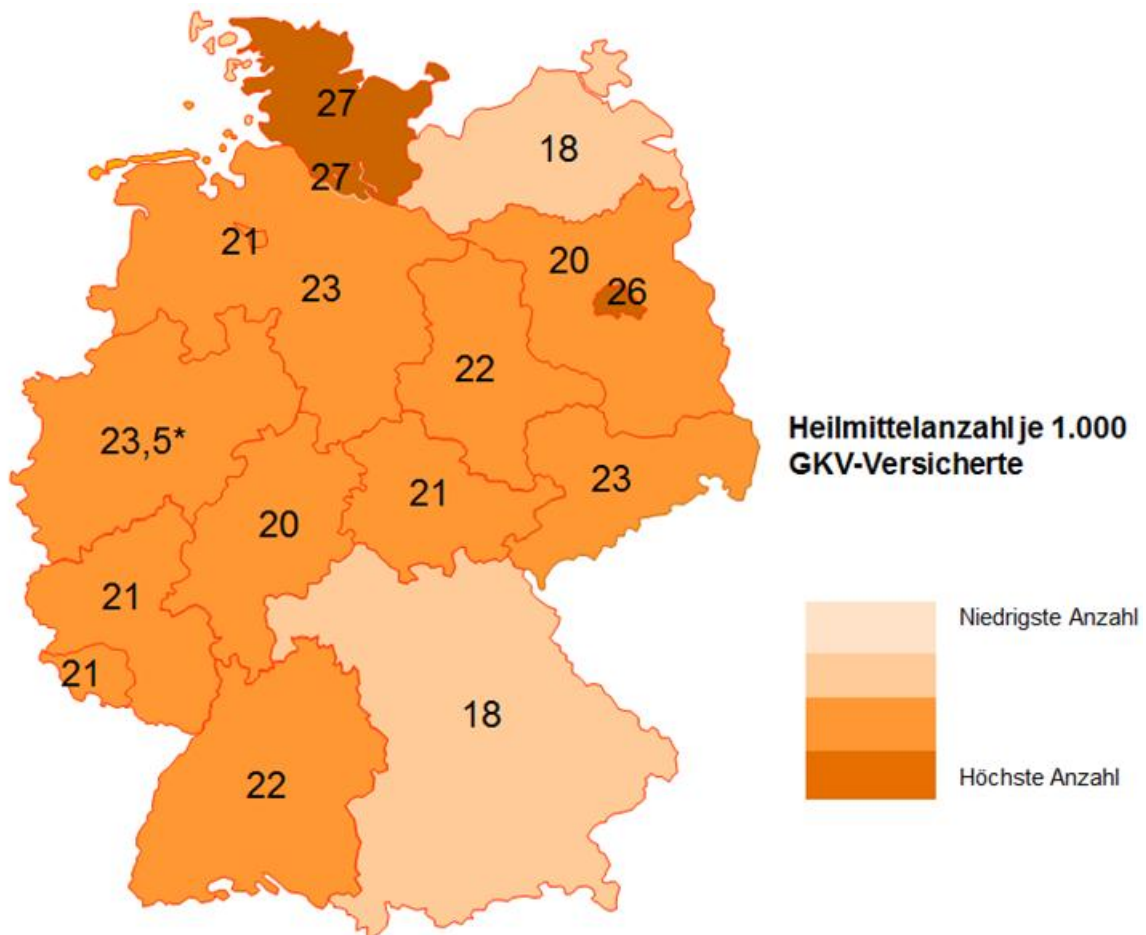


Abb. 35 Heilmittelanzahl Logopädie

* Durchschnittswert der KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage des GKV-HIS 2012

Logopädische Leistungen nach Altersgruppen

Aus der altersdifferenzierten Darstellung der Heilmittelanzahl in der Sprachtherapie aus dem Jahr 2011 (vgl. Abb. 36) wird ersichtlich, dass die Gruppe der 0 bis unter 15-Jährigen die höchste Zahl an Heilmitteln der Sprachtherapie mit einer Anzahl von 112 Leistungen und 1004 Behandlungseinheiten je 1.000 Versicherte in Anspruch genommen haben. Dabei lag der Durchschnittswert bei 216 Behandlungseinheiten je 1.000 Versicherte der GKV. Auffällig ist, dass sich im Jahr 2011 mehr Jungen (23,9 Prozent) als Mädchen (16,2 Prozent) in logopädischer Behandlung befinden. Im Vergleich zum Jahr 2006 ist eine Steigerung von 20 Prozent bei den Jungen und 30 Prozent bei den Mädchen zu verzeichnen (vgl. Langen-Müller 2012). Zu Lasten der AOK erhielten Kinder bis 14 Jahre allein 70 Prozent aller sprachtherapeutischen Leistungen, worunter mit 43 Prozent aller Leistungen Jungen versorgt wurden (Waltersbacher 2012). Ferner zeigt sich, dass die Inanspruchnahme des Heilmittels Sprachtherapie ab der Altersgruppe der 45-Jährigen bis zu der Gruppe der 89-Jährigen konstant zunimmt. Ab dem 90. Lebensjahr ist möglicherweise aufgrund von zunehmender Mortalität ein leichter Rückgang der Inanspruchnahme von Heilmitteln zu verzeichnen.

Grundsätzlich ist eine Zunahme von Kommunikationsstörungen zu beobachten, von denen in erster Linie Kinder im Vorschul- und Schulalter betroffen sind. Diese Tendenz zeigt sich aber auch bei vielen Menschen im höheren Lebensalter, die auf Grund eines Schlaganfalls oder anderer neurologischer Erkrankungen in ihren sprachlichen und ihrer sprechmotorischen Fähigkeiten eingeschränkt sind (Ewers et al. 2012). Dies lässt – ins-

besondere im Hinblick auf die demographische Entwicklung – eine stetige Zunahme der Nachfrage nach logopädischer Therapie erwarten.

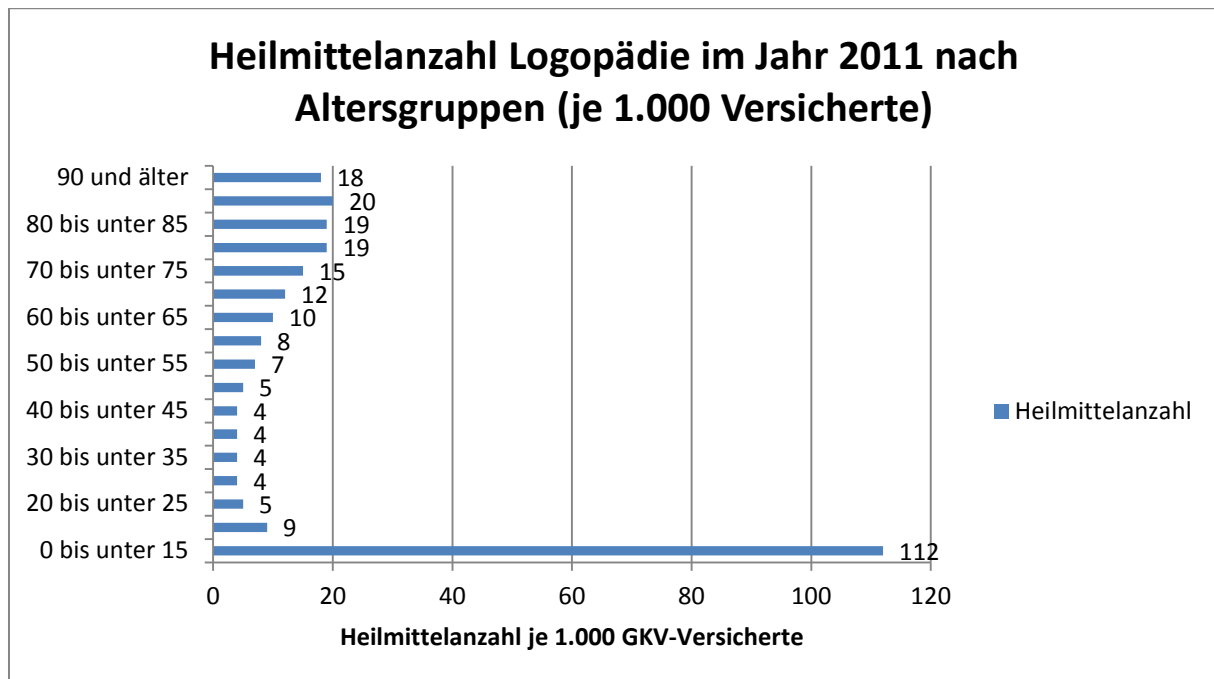


Abb. 36 Heilmittellanzahl Logopädie nach Altersgruppen

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage des GKV-HIS 2012

Indikationen der Logopädie

Anhand von Routinedatenanalysen einzelner Krankenkassen zeigt sich, dass Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung¹⁶⁹ die verordnungsmäßigste Indikation ist. In der Barmer GEK machte sie im Jahr 2010 einen Anteil von 43 Prozent, in der AOK einen Anteil von 53,3 Prozent aus (vgl. Waltersbacher 2012; Kemper et al. 2011). Häufige Ursachen dieser Störung sind z. B. Entwicklungsstörungen, frühkindliche Hirnschädigungen, periphere und zentrale Hörstörungen sowie genetisch bedingte Krankheiten. Im Regelfall erfolgt bei dieser Indikationsstellung die Verordnung einer 30 oder 45 minütigen Sprech- und Sprachtherapie mit dem Ziel der Verbesserung bzw. Normalisierung und Stabilisierung der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten (vgl. Heilmittelkatalog 2011). Als zweithäufigste Indikation gelten Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung¹⁷⁰, die sogenannten Aphasien bzw. Dysphasien¹⁷¹. Diese Sprachstörungen werden z. B. durch einen Schlaganfall, einen Hirntumor oder eine Hirnoperation, ein Schädel-Hirn-Trauma oder eine degenerative Erkrankung verursacht (vgl. Heilmittelkatalog 2011). Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung machen in der Barmer GEK einen Anteil von 13,5 Prozent, in der AOK einen Anteil von 13,1 Prozent aus (vgl. Waltersbacher 2012; Kemper et al. 2011). In der Regel erfolgt auch bei dieser Indikationsstellung eine Sprachtherapie mit dem Ziel die Wortfindung, das Sprechen, Lesen, Schreiben, die Artikulation und das Sprachverständnis zu verbessern bzw. erforderlichenfalls nonverbale Kommunikationsmöglichkeiten zu schaffen (vgl. Waltersbacher

¹⁶⁹ Indikationsschlüssel SP1

¹⁷⁰ Indikationsschlüssel SP5

¹⁷¹ Aphasien sind erworbene zentrale Sprachstörungen, welche aus linguistischer Sichtweise durch eine Beeinträchtigung aller Komponenten des Sprachsystems (Phonologie, Lexikon, Semantik und Syntax) charakterisiert ist. Die Störungen erstrecken sich in unterschiedlichem Schweregrad über die vier

sprachlichen Modalitäten Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben. Bei einer Aphasie sind grundsätzlich die gleichen Symptome in allen Modalitäten nachweisbar (Huber et al. 2006).

2012; Kemper et al. 2011)¹⁷². Weitere weniger häufige Indikationen sind Störungen der Artikulation (Dyslalie)¹⁷³, Störungen der Sprechmotorik¹⁷⁴ und krankhafte Störungen des Schluckaktes (Dysphagie)¹⁷⁵ (vgl. Waltersbacher 2012; Kemper et al. 2011).

2.4.1.2 Aktuelle Fachkräfteentwicklung

Es gibt gegenwärtig keine aussagekräftige Statistik über die konkrete Anzahl der Logopäden/innen in Deutschland. Dem Statistischen Bundesamt (2011b) zufolge, liegt die Anzahl des Gesundheitspersonals in der Kategorie „Therapeutische Berufe“ bei 108.000, dazu zählen unter anderem Logopäden/innen, Motopäden/innen¹⁷⁶, Orthoptisten/innen¹⁷⁷ und Ergotherapeuten/innen. Der Bundesverband für Logopädie (dbl) schätzt die Zahl der Logopäden/innen auf gut 10.000 (dbl 2010a). Vermutlich kann aber von einer höheren Anzahl an Logopäden/innen ausgegangen werden. Eine genaue Zahl lässt sich aber nicht benennen, da bisher keine Registrierung der Logopäden/innen über Berufskammern vorgenommen wurde. Dennoch zeigt der Blick auf die Zahlen der anderen Gesundheitsfachberufe (vgl. Kap. 2.1-2.3, 2.5), dass Logopäden/innen eine vergleichsweise kleine Berufsgruppe darstellen.

Wie in allen Berufen der Gesundheitsversorgung, hat sich in dem letzten Jahrzehnt die Altersstruktur der beschäftigten Therapeuten/innen, darunter Logopäden/innen, verändert. Im Zeitraum von 2000 bis 2010 hat die Zahl der älteren Beschäftigten stärker zugenommen als die Zahl der Jüngeren, diese stagnierte bzw. erfuhr lediglich einen geringfügigen Anstieg (Wissenschaftsrat 2012) (vgl. Abb. 25. Altersstruktur therapeutischer Berufe).

Einsatzgebiete

Der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zufolge, sind im Jahr 2010 bundesweit insgesamt 1.490 Logopäden/innen in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern sowie in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen tätig gewesen, darunter 805 entweder teilzeit- oder geringfügig beschäftigt (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2010). Zur weiteren Beschreibung der Einsatzgebiete von Logopäden/innen muss an dieser Stelle auf Daten aus der Mitgliederstatistik des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. (dbl 2010a)¹⁷⁸ zurückgegriffen werden. Der Mitgliederstatistik zufolge arbeiten die meisten ausgebildeten Logopäden/innen in ambulanten Einrichtungen (76 Prozent), darunter werden selbständige Logopäden/innen sowie Angestellte in logopädischen Praxen

¹⁷² Im Sinne der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF 2001) reichen die oben genannten funktionellen Verbesserungen als Therapieziel jedoch nicht aus, vielmehr soll die Verordnung von Logopädie auch zur Partizipation und Lebensqualität beitragen, indem eine Verbesserung der Alltagskommunikation ermöglicht wird. Diese veränderte Therapieevaluation bedeutet für die Logopädie neue sprachtherapeutische Messinstrumente und Methoden zur Definition von Therapiezielen zu entwickeln. Erste Ansätze finden sich dazu bereits bei Grötzbach & Iven (2009).

¹⁷³ Indikationsschlüssel SP3

¹⁷⁴ Indikationsschlüssel SP6

¹⁷⁵ Indikationsschlüssel SC1

¹⁷⁶ Die Motopädie verknüpft psychologische, pädagogische, sport- und erziehungswissenschaftliche Inhalte mit medizinischen Erkenntnissen und Methoden. Zentraler Ansatz der Motopädie ist die Bewegung und die Wechselwirkung zwischen dem Körper und der Psyche des Menschen (DBM 2012).

¹⁷⁷ Die Orthoptistik umfasst die Prävention, Diagnose und Therapie von unterschiedlichen Augenerkrankungen (Schielerkrankungen, Sehschwächen, Augenzittern und Augenbewegungsstörungen) (BOD 2012).

¹⁷⁸ Der 1964 gegründete dbl ist die berufsständische Organisation freiberuflicher und angestellter Logopäden/innen und weist derzeit gut 10.000 Mitglieder auf (dbl 2010a).

gefasst (vgl. Abb. 37). Ein vergleichsweise geringer Anteil ist in klinischen Einrichtungen (7 Prozent), Rehabilitationseinrichtungen (5 Prozent) sowie Einrichtungen der Frühförderung (6 Prozent), wie z. B. Frühförderstellen, integrative Kindertagesstätten oder Sozialpädiatrischen Zentren tätig (dbl 2010a).

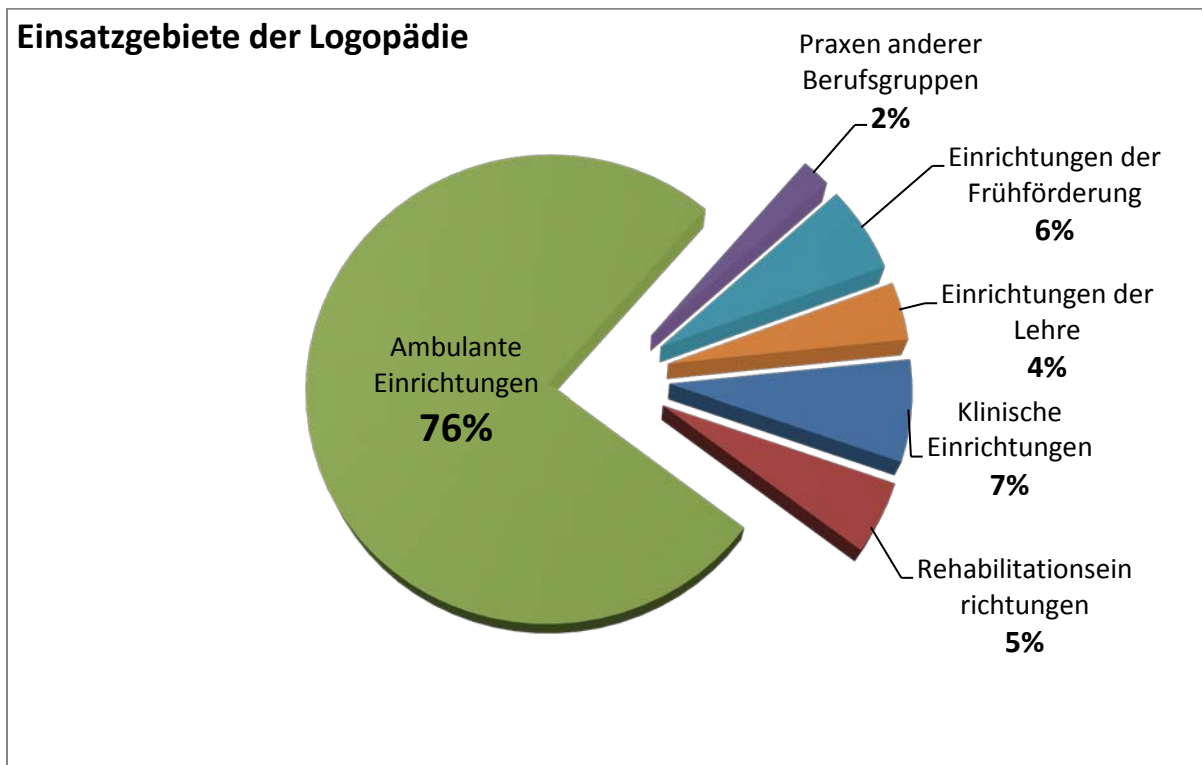


Abb. 37 Einsatzgebiete Logopädie

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage des dbl 2010a (Grundlage: dbl-Mitgliederstatistik)

In **Nordrhein-Westfalen** waren im Jahr 2009 insgesamt 500 Logopäden/innen, darunter 444 Logopädinnen in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern sowie in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen beschäftigt. Hieraus ergibt sich gegenüber 1995 eine prozentuale Veränderung von +56,3 (MGEPA 2011). Daten zu beschäftigten Logopäden/innen in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege liegen für NRW nicht differenziert vor (MGEPA 2011).

2.4.1.3 Entwicklung der Ausbildungsplätze

Derzeit existieren in der Bundesrepublik Deutschland laut dbl (2010a) über 90 staatliche oder private Lehranstalten für Logopädie.¹⁷⁹ Die letzte Zählung des dbl ergab 85 Schulen¹⁸⁰, davon befanden sich 21 Schulen in öffentlicher Trägerschaft (Rausch 2011). In den letzten 20 Jahren hat sich damit die Anzahl der Logopädiefachschulen verdreifacht; von 30 Schulen im Jahr 1992 (Tesak 1999) auf über 90 Schulen im Jahr 2012 (dbl 2010a). Im aktuellen Schuljahr 2011/2012 waren insgesamt 3.782 Schüler/innen an deutschen Schulen für Logopädie registriert, davon sind 229 männlich (vgl. Statistisches Bundesamt 2012a). Die Absolventenzahl der Logopäden/innen mit bestandener Abschlussprüfung an deutschen Schulen hat seit 1999/00 mit insgesamt 628 Schüler/innen stetig zugenommen

¹⁷⁹ Vom statistischen Bundesamt wird keine genaue Anzahl von Logopädieschulen angegeben (vgl. Physiotherapie und Ergotherapie).

¹⁸⁰ Der dbl führt in seiner Liste nur Schulen, die erfolgreich an einem spezifisch auf die Logopädie-Schulen ausgerichteten Qualitätssicherungsverfahren des Instituts für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf teilgenommen haben und ihre Nennung explizit wünschen.

(vgl. Abb. 38). Im Jahr 2010/11 absolvierten insgesamt 855 Schüler/innen ihre Ausbildung erfolgreich.

Daten von Hochschulabsolventen logopädischer Studiengänge wurden im Hochschulinformationssystem bzw. HIS-Institut für Hochschulforschung (HIS-HF)¹⁸¹ nicht vorgefunden.

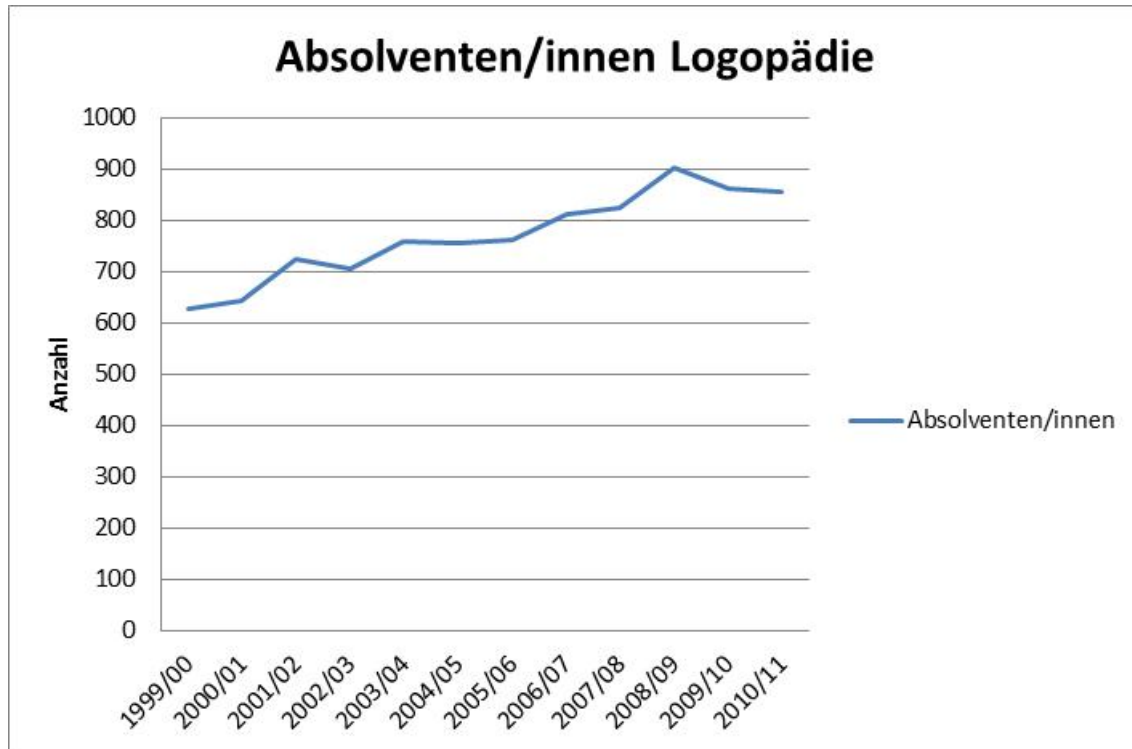


Abb. 38 Entwicklung der Anzahl von Absolventen/innen in der Logopädie

Quelle: Eigene Darstellung, auf Grundlage des Statistischen Bundesamtes - Berufliche Schulen (1999-2012)

In **Nordrhein-Westfalen** können im Jahr 2009 insgesamt 17 aktive Schulen für Logopädie gezählt werden mit 296 neu belegbaren bzw. neu belegten Ausbildungsplätzen im Jahr 2008/09 (MGEPA 2011). Im Jahr 2010/11 absolvierten insgesamt 217 Schüler/innen ihre Ausbildung erfolgreich. Im aktuellen Schuljahr 2011/12 lag die Zahl in NRW bei 787 Schüler/innen (darunter 52 Schüler) (Statistisches Bundesamt 2012a).

2.4.2 Aus- und Weiterbildung

2.4.2.1 Aktuelle Ausbildungsstrukturen

Die Logopädie zählt, wie die Ergo- und Physiotherapie, zu den nicht-akademischen Gesundheitsberufen, deren Ausbildung und staatliche Prüfung im Hinblick auf die Formen und Inhalte in den jeweiligen bundeseinheitlich geltenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen geregelt ist. Die Ausbildung zum/zur Logopäden/in ist nach dem Logopädengesetz (LogopG) vom 7. Mai 1980 (BGBl. I S. 529) bzw. der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden (LogAPrO) vom 01.10.1980 als eine dreijährige Vollzeitzeitausbildung angelegt. Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung ist eine abgeschlossene Realschulbildung, eine andere gleichwertige Ausbildung oder eine nach Hauptschulabschluss abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer (vgl. § 4

¹⁸¹ <http://www.his.de>

LogopG). In der Regel wird von den Berufsfachschulen jedoch ein Abitur verlangt sowie ein schuleigener Eignungstest und eine stimmliche Eignungsprüfung (Scharff-Rethfeldt 2010). Den Abschluss bildet das deutsche Examen zum/r staatlich geprüften Logopäden / staatlich geprüften Logopädin. Die Prüfung setzt sich aus einem mündlichen¹⁸², einem schriftlichen¹⁸³ sowie einem praktischen¹⁸⁴ Teil zusammen.

Das Logopädengesetz beinhaltet u. a. auch die Zuordnung der Berufsausbildung an Fachschulen für Logopädie. Da sich diese Lehranstalten zumeist in freier (privater) Trägerschaft befinden (vgl. Kap. 2.4.1.3) und sich selbst finanzieren müssen, werden z.T. sehr hohe Ausbildungs- und Prüfungsgebühren¹⁸⁵ erhoben. Ein Ausbildungsentgelt wird i.d.R. nicht bezahlt.

Seit dem Jahr 2009 enthält das Logopädengesetz (Gesetz über den Beruf des Logopäden/innen vom 7. Mai 1980 (BGBl. I S. 529) eine Modellklausel, die den Ländern parallel zur Fachschulausbildung die Erprobung von Studiengängen erlaubt (Art. 3 G zur Einführung einer Modellklausel in die BerufsG der Hebammen, Logopäden/innen, Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen vom 25.09.2009 (BGBl. I S. 3158).

Bei der Logopädieausbildung handelt sich um eine verzahnte klinisch-praktische Ausbildung mit mindestens 1.740 Theoriestunden und 2.100 Stunden praktischer Ausbildung, die in Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens beispielsweise in Krankenhäusern, in Rehabilitationskliniken, seltener auch in ambulanten Einrichtungen (Physiotherapie-, Ergotherapie- oder Logopädiepraxen) absolviert werden kann (Klemme 2011). Die theoretischen Lerninhalte sind breitgefächert und beinhalten medizinische Grundlagen sowie verschiedene Behandlungsmöglichkeiten. Die in der Anlage 2 zur LogAPrO vorgenommene Aufschlüsselung der Praktischen Ausbildung umfasst die drei zentralen Bereiche: Hospitationen, Praxis der Logopädie und Praxis in Zusammenarbeit mit den Angehörigen des therapeutischen Teams. Aus den zwei zuletzt genannten Bereichen werden die praktischen Unterrichtsanteile (Übungen zur Befunderhebung, Therapieplanung, Audiologie, Pädaudiologie, Psychologie einschließlich Selbsterfahrungstechniken und Musiktherapie) in den fächerübergreifenden Unterricht integriert (interne praktische Ausbildung).¹⁸⁶

Die praktische Ausbildung wird besonders intensiv betreut; i. d. R. findet sie in Kleingruppen oder sogar Zweierteams unter Anleitung eines/einer Lehrlogopäden/in statt. Auch die Durchführung eigener Therapien unter regelmäßiger Einzelsupervision erfordert somit nicht nur räumliche, sondern auch personelle und finanzielle Ressourcen.

Festzustellen ist, dass das von der LogAPrO vorgegebene Curriculum weder wissenschaftliches Arbeiten, evidenzbasierte Praxis, Qualitätssicherung noch Methodeneffizienz mit einbezieht (Scharff-Rethfeldt 2010). Kritisiert wird eine stark „verschulte Ausbildung“ mit wenig Möglichkeit eigenständiger Auseinandersetzung mit theoretischen Grundlagen oder notwendiger Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen. Unterschiedliche Inhalte und Niveaus der zahlreichen Logopädieschulen sind Folge der mangelnden Durchführungsbestimmung an den Fachschulen. Die Lehrerausbildung für die Schulen der Logopädie ist nicht bundesuneinheitlich geregelt (vgl. Kap 1.2.1.1), daher besteht insgesamt ein hoher Regelungsbedarf (Klemme 2011). Nordrhein-Westfalen hat bereits curriculare Vorarbeiten für die Logopädie geleistet und Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Logopädieschulen in NRW (vgl. Springer & Zückner 2007) veröf-

¹⁸² Der mündlichen Teil hat die Bereiche Logopädie, Pädagogik und Sonderpädagogik, Phoniatrie, Psychologie und klinische Psychologie sowie Linguistik und Phonetik zum Gegenstand

¹⁸³ Der schriftliche Teil beinhaltet die Fachbereiche Logopädie, Phoniatrie, inklusive Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Audiologie, Pädaudiologie, Neurologie, Psychiatrie, Berufskunde, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde.

¹⁸⁴ In der praktischen Prüfung werden Anamnesen erhoben, Befunde und Behandlungspläne erstellt. Der Prüfling muss dabei einen ihm unbekanntem Patienten behandeln.

¹⁸⁵ Diese reichen von ca. 500 bis 1.000 Euro pro Monat und können auch darüber liegen (dbI 2010a).

¹⁸⁶ Vgl. Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Logopädieschulen in NRW (Springer, L.; Zückner, H. 2007).

fentlich, die den gesellschaftlichen Entwicklungen und Veränderungen (vgl. Kap. 1.2.1.2) Rechnung tragen sollen.

Eine deutsche Besonderheit bildet die Heterogenität der möglichen Ausbildungen in der Logopädie (vgl. Abb. 39). Anders als bei der Physio- und Ergotherapie gibt es auf dem Gebiet der Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie neben der Logopädie weitere Berufsgruppen –daher folglich unterschiedliche Ausbildungswege-, die zur Zulassung durch die Krankenkassen nach § 124 SGB V¹⁸⁷ führen. Zu nennen sind: Staatlich anerkannte Sprachtherapeuten/innen und staatlich geprüfte Atem-, Sprech-, und Stimmlehrer/innen (mit ca. 400 Berufsangehörigen), Sprachheilpädagogen/innen, klinische Linguisten/innen, Patholinguisten/innen und klinische Sprechwissenschaftler/innen (mit ca. 3.000 Berufsangehörigen im Jahr 2010) (dbs 2010) (Deutscher Bundestag 2006, Drucksache 16/1575). Auch diese Berufsgruppen können bei den entsprechenden Zulassungsstellen der gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 124 SGB V die Zulassung beantragen, um an der ambulanten Versorgung teilzunehmen.

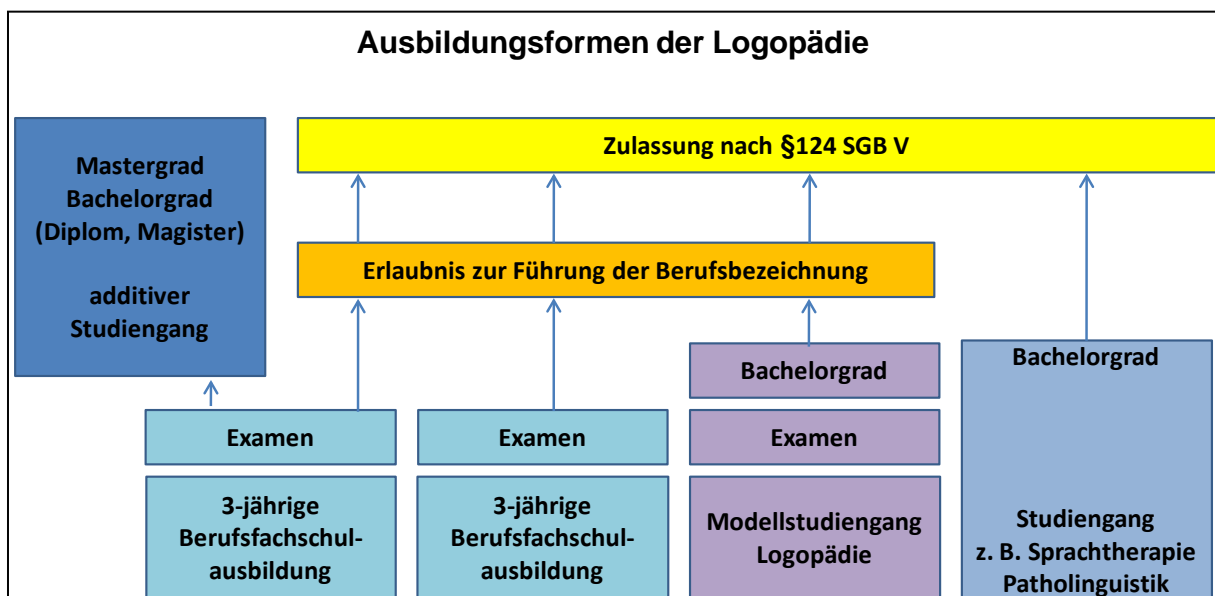


Abb. 39 Ausbildungsformen der Logopädie

Quelle: Eigene Darstellung nach Rausch 2010

Die Ausbildungswege der genannten Berufsgruppen sind sehr unterschiedlich geregelt. Während das Berufsbild der Logopädie in einem eigenständigen Gesetz (Logopädengesetz) geregelt ist (s. o.), erfolgt die Ausbildung der anderen Berufsgruppen an Hoch- bzw. Fachhochschulen. Die Prüfungsinhalte richten sich nach den jeweiligen Studien- und Prüfungsordnungen. Gesetzliche Regelungen zum Führen der Berufsbezeichnung bestehen bei den anderen Berufsgruppen nicht (Deutscher Bundestag 2006, Drucksache 16/1575). Demnach existiert eine Reihe von akademischen Berufsabschlüssen (vgl. Kap. 2.4.3.3), bei denen die Möglichkeit der Zulassung besteht (Rausch 2010). Das Logopädengesetz schützt folglich lediglich die Berufsbezeichnung, jedoch nicht das berufliche Tätigkeitsfeld (Scharff-Rethfeldt 2010).

¹⁸⁷ Im § 124 SGB V werden die Heilmittel, d.h. Leistungen der physikalischen Therapie, der Sprachtherapie oder der Ergotherapie genannt, die nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden dürfen. Der Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenkassen hat nach den Vorgaben des § 124 SGB V die normative Kompetenz, Zulassungsempfehlungen zu formulieren, die eine einheitliche Anwendung der Zulassung sichern sollen.

Weiterqualifizierungen

Die gesetzliche Grundlage der Fortbildungspflicht von Logopäden ist ebenfalls -wie auch bei den anderen Heilmittelerbringern- im Sozialgesetzbuch V §125 sowie in den Gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln verankert.

Angebote, die eine kontinuierliche Aktualität der Fachkompetenz von Logopäden/innen ermöglichen, finden sich für das gesamte Bundesgebiet. Die zahlreichen z. T. sehr kostenintensiven Fortbildungsmaßnahmen¹⁸⁸ beziehen sich häufig auf verschiedene Störungsbereiche und vermitteln beispielsweise spezifische Therapiemethoden, neue Erkenntnisse in den wissenschaftlichen Grunddisziplinen sowie Beratungs- und Gesprächsführungskompetenzen. Für freiberufliche Logopäden/innen werden darüber hinaus Fortbildungen zum Qualitäts- und Praxismanagement angeboten (dbl 2010a).

Festzuhalten bleibt, dass die Weiterqualifizierungen zu keiner Höherqualifizierung der Logopäden führen (Bildungssackgasse). Auch die fachtherapeutischen Weiterbildungen führen bislang zu keiner höheren Entgeltstufe.

2.4.2.2 Akademisierung

Bereits vor Einführung des Gesetzes über den Beruf des Logopäden/innen vom 07. Mai 1980 sollte die Ausbildung der Logopäden/innen an der Hochschule angesiedelt werden, so wie es auch im europäischen Ausland üblich ist (vgl. Kap. 2.4.2.3) (BDSL 2011). Das Inkrafttreten des Logopädengesetzes verhinderte jedoch diese Bestrebungen. Zwar gab es nun die notwendige einheitliche Regelung der Ausbildung, dennoch wurden die Zugangsvoraussetzungen mit dem mittleren Bildungsabschluss auf politischen Wunsch hin niedriger angesetzt, als vom fachlichen Rat und des Verbandes der Logopäden/innen gefordert (Positionspapier BDSL 2011; Berufsleitlinien dbl 2010b).

Neben der Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (AG MTG 2004) und dem Bundesverband für Logopädie (dbl), spricht sich grundsätzlich auch der Bundesverband Deutscher Schulen für Logopädie (BDSL) für eine Akademisierung der Logopädie und der Entwicklung vornehmlich additiver, dualer und integrativer Ausbildungssysteme aus, mit der Bedingung, die Kompetenzen und Ressourcen der Berufsfachschulen für Logopädie in den Prozess einzubeziehen (Positionspapier des BDSL 2011, S. 4)¹⁸⁹.

Die folgenden Gründe werden aus Sicht des dbl für die Akademisierung der Logopädie benannt (Rausch, M. 2003 (dbl), S. 1ff.; Rausch 2010):

Logopäden/innen sollen

¹⁸⁸ Die zahlreichen Fortbildungsmaßnahmen beziehen sich häufig auf folgende Bereiche:

- Kinder (Seminare: Aussprachestörung, Artikulationsstörung, Autismus, Later-Talker, Spracherwerb, Mehrsprachigkeit, etc.)
- Neuro (Seminare: Aphasie, Parkinson Syndrom, Schluckstörung (Dysphagie), etc.)
- Stimme (Seminare: Atemtherapie, Näseln, Stimmtherapie, etc.)
- Hören (Seminare: Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung, Hörstörungen, Cochlear Implant (CI), Unterstützte Kommunikation, etc.)
- Stottern/Poltern (Seminare: Stottern, Poltern)
- Angrenzende Bereiche (Seminare: Angehörigenarbeit, AD(H)S, Bobath, Coaching und Beratung, Gruppentherapie, Lerntherapie, Kommunikation, Lehre, Supervision, Tiergestützte Therapie)
- Organisation/Management (Seminare: Führungsmanagement, Praxisgründung, Praxisorganisation, Qualitätsmanagement) (vgl. www.fortbildungsfinder.de)

¹⁸⁹ Aus Sicht der Berufsfachschulen wird langfristig jedoch die Differenzierung und Aufwertung der Berufsfachschulausbildung in Richtung einer Höheren Fachschule oder Akademie in angestrebt (vgl. Positionspapier BDSL 2011).

- ihre klinische Praxis, d. h. die Arbeit mit Patienten/innen, nicht nur nach Erfahrung und Intuition, sondern theoretisch-wissenschaftlich begründen können
- an Grundlagen- und Therapieforschung beteiligt werden
- die eigene Wissenschaftsdisziplin Logopädie durch eine enge Verknüpfung von theoretischer Begründung und klinischer Praxis mitgestalten
- den Anschluss an den medizinischen Fortschritt wie auch an den Fortschritt der anderen Bezugswissenschaften (Linguistik und Psychologie) aber auch den
- Anschluss an die europäische und internationale Entwicklung finden und halten können (Rausch 2003)
- die Möglichkeit erhalten den fortlaufenden Wissenszuwachs in die Berufsausübung zu integrieren die Qualifikation des wissenschaftlichen Denkens und evidenzbasierten Praxis erlernen (Rausch 2010)
- interdisziplinär handeln sowie die Therapieprozesse und -programme nach ihrem Wert beurteilen bzw. bewerten können (Therapieevaluation) (Grönke & Mebus 2011).

Bei den Kostenträgern der Versorgung (GKV und andere Sozialversicherungsträger) und auch bei den Arbeitgeber/innen dominiert hingegen vornehmlich die Befürchtung vor Kostensteigerungen durch eine Akademisierung der Logopädie (Rausch 2011). Dass nicht akademisierte Logopäden/innen der Entwicklung eher kritisch gegenüber stehen, zeigt eine Studie von Riederer & Friedrich (2012). Als Grund hierfür wird u. a. die Sorge vor einer Zweiklassengesellschaft, die Degradierung der Logopäden/innen ohne akademische Zusatzqualifikation sowie unzureichendes Praxiswissen/ fachpraktische Qualifizierung studierter Logopäden/innen angeführt.

Auch die Delegationsfähigkeit der Leistungen sprachlicher Diagnostik und Therapie bestimmt die Diskussion bezüglich der Akademisierung mit (vgl. hierzu das Positionspapier des dbl, Rausch 2009). Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin konstatiert in ihrer Stellungnahme, dass die Diagnostik in den Kernbereich der ärztlichen Behandlung fällt. „Ebenso fraglos wird die sich danach ergebende Behandlungsplanung ausschließlich persönlich dem Arzt obliegen“ (2007, S.3). Siegmüller & Pahn (2009) fordern, dass sich die Befunderhebung und Therapie – im Rahmen der Akademisierung – künftig europaweit mehr in den selbstständigen Zuständigkeitsbereich der behandelnden therapeutischen Fachkräfte verlagern muss. Rausch (2009) führt in diesem Zusammenhang an, dass die formalen Gegebenheiten dafür bereits geschaffen sind, da die Befunderhebung prinzipiell ein Teil der logopädischen Ausbildung ist. Betont wird, dass eine eigenständige Weiterentwicklung der Versorgungsbereiche „Befund und Therapie“ nur auf der Basis einer akademisierten Logopädie realisiert werden kann (vgl. Siegmüller & Pahn 2009).

Vor dem Hintergrund der heterogenen Ausbildungslandschaft (vgl. Abb. 39 und Abb. 40) und des neuen Rechtsrahmens der Modellklausel für die akademische Qualifikation nicht-ärztlicher Heilberufe, wurde im Jahr 2010 von der Dozentenkonferenz des Deutschen Bundesverbandes der akademischen Sprachtherapeuten/innen ein Leitbild für akademische Sprachtherapeuten/innen verabschiedet, indem Standards wissenschaftlicher Berufskompetenz beschrieben werden (dbs 2010). Im Rahmen dieser Kompetenzbeschreibung wird auf internationale Standards verwiesen (vgl. CPLOL 1998, IALP 1998, ASHA 2003, EQR 2008), welche z. T. bereits von der AG MTG (2004 und 2007) als Basis zur Konzipierung und Akkreditierung von Bachelor-Studiengängen in der Logopädie gefordert wurden (vgl. Eckpunktepapier AG MTG 2007)¹⁹⁰. Dieser Schritt war notwendig, da das

190

- Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne, CPLOL (ed.) (1998): Professional Profile of the Speech and Language Therapist. In: CPLOL 1988-1998. 10 years of activities. Isbuergues: L'Ortho-édition, 43-48
- Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne, CPLOL (ed.) (1998): Minimum standards for Initial Education. In: CPLOL 1988-1998. 10 years of activities. Isbuergues: L'Ortho-édition, 60-65

derzeitig 30 Jahre alte Logopädengesetz keine Beschreibung von Kompetenzen und kein Ausbildungsziel enthält, aus dem Qualifikationen abgeleitet werden könnten. Die Modellstudiengänge sind damit aufgefordert, dass „Input-orientierte“ LogAPrO in eine kompetenzorientierte und damit „Bologna-kompatible Modelstruktur“ zu überführen (Pahn et al. 2010, S. 34). Eine weitere Herausforderung für die Hochschulen ist die Bereitstellung von finanziellen und personellen Ressourcen, um die intensive praktische Ausbildung, wie sie derzeit auf Berufsfachschulniveau geboten wird, zu gewährleisten (vgl. 3.2.2.1).

Derzeit existieren in Deutschland 17 Bachelorstudiengänge für Logopädie/ Sprachtherapie¹⁹¹ und fünf Masterstudiengänge¹⁹² (vgl. dBl 2012a). Weiterbildende Studiengänge für den Logopädieberuf existieren seit den 1990er Jahren. Seit 2001 sind mehrere so genannte additive Studiengänge entstanden, die es Logopäden/innen ermöglichen, nach ihrer dreijährigen Ausbildung an den staatlich anerkannten Berufsfachschulen (BFS) für Logopädie, innerhalb von meist drei Semestern nach der Grundausbildung den Bachelorgrad zu erwerben (z.B. Hochschulen in Hildesheim¹⁹³, Osnabrück¹⁹⁴, Mainz¹⁹⁵, Aachen (RWTH)¹⁹⁶) (BDSL 2011). Zu nennen sind auch die dualen Studienmodelle. Als Beispiele können die Hochschule Aachen¹⁹⁷, Münster¹⁹⁸, Brühl und Rostock (ausbildungsintegrierter Studiengang) genannt werden. Seit dem Jahr 2009 besteht zusätzlich die Möglichkeit zur Einrichtung von primärqualifizierenden Studiengängen. Im Rahmen von Modellstudiengängen auf staatlicher Basis und einer Regelstudienzeit von sieben Semestern haben davon bspw. die Hochschule Bochum, Erlangen und Bamberg mit dem Studiengängen Logopädie Bachelor of Science (BSc.) Gebrauch gemacht. Auch die Hochschulen Idstein und Hamburg bieten einen grundständigen Studiengang Logopädie, bei dem die Prüfung gemäß Hessischem Landes- und Hochschulrecht erfolgt. Ferner gibt es zahlreiche andere sprachbezogenen Studiengänge, die zu akademischen Berufsabschlüssen im Bereich Logopädie/ Sprachtherapie führen¹⁹⁹. Die Universität Bielefeld entwickelt derzeit ein ers-

-
- International Association of Logopedics and Phoniatrics, IALP (1995): Guidelines
 - for undergraduate education. In: Folia Phoniatica, 47, 296-301 IALP News (1998): IALP Guidelines for Initial Education in Logopedics (Speech/Language Pathology/Therapy, Orthophony etc.). In Folia Phoniatr Logop, 50; 230-234
 - Initial Education of Speech and Language Therapists / Logopedists (Survey of 1997)
 - Minimum Standards for Initial Education. Directive of the European Parliament and of the Council on the recognition of professional. www.cplol.org/eng/education.htm. The Bologna Declaration on the European space for higher education.
 - The Bologna Declaration on the European space for higher education.

¹⁹¹ Mitinbegriffen sind die Studiengänge B.A. Sprachtherapie an der Universität Köln und LMU München

¹⁹² Master of Science/ Speech and Language Therapy (M. Sc. SLT) an der HAWK Hildesheim; Master of Science (M.Sc.) an der RWTH Aachen; Master of Science (M.Sc.) an der (private) Europäische Fachhochschule (EUFH) in Kooperation mit der EWS und LIN.FOR Rostock (berufsbegleitend); Master of Science (M. Sc.) Therapiewissenschaft an der freien Hochschule Fresenius Idstein (berufsbegleitend); Master of Science (M. Sc.) an der privaten IB-Hochschule

¹⁹³ Studiengang Logopädie (interdisziplinär mit Ergotherapie und Physiotherapie verbunden; Präsenzstudium)

¹⁹⁴ Studiengang Logopädie (interdisziplinär mit Ergotherapie und Physiotherapie verbunden; Vollzeitstudiengang)

¹⁹⁵ Studiengang Gesundheit und Pflege; logopädiespezifisch orientiert, Vollzeitstudium

¹⁹⁶ Studiengang Logopädie (Vollzeitstudium)

¹⁹⁷ Dualer ausbildungsintegrierender Modellstudiengang Logopädie. Die Regelstudienzeit beträgt einschließlich der Ausbildung und der Bachelorarbeit acht Studiensemester und umfasst 180 Credits. Sechs Semester werden ausbildungsbegleitend absolviert. Online verfügbar unter: www.ukaachen.de.

¹⁹⁸ Studiengang Therapie- und Gesundheitsmanagement im Fachbereich Logopädie

¹⁹⁹ Staatlich anerkannte Sprachtherapeuten/innen, staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen, medizinische Sprachheilpädagogen/innen, Diplom-Sprechwissenschaftler/innen, Bachelorabsolventen/innen der Sprachtherapie und der Logopädie, Masterabsolventen/innen der klinischen Linguistik sowie der Sonderpädagogik und Rehabilitationswissenschaften Schwerpunkt Sprach- und Kommunikationstherapie sowie Antragsteller/innen mit weiteren Abschlüssen wie z. B.

tes Promotionsprogramm für die klinische Linguistik. Insgesamt existieren somit weitere unterschiedliche Formen der Qualifizierung in der Logopädie bzw. Sprachtherapie nebeneinander (vgl. Abb. 40).

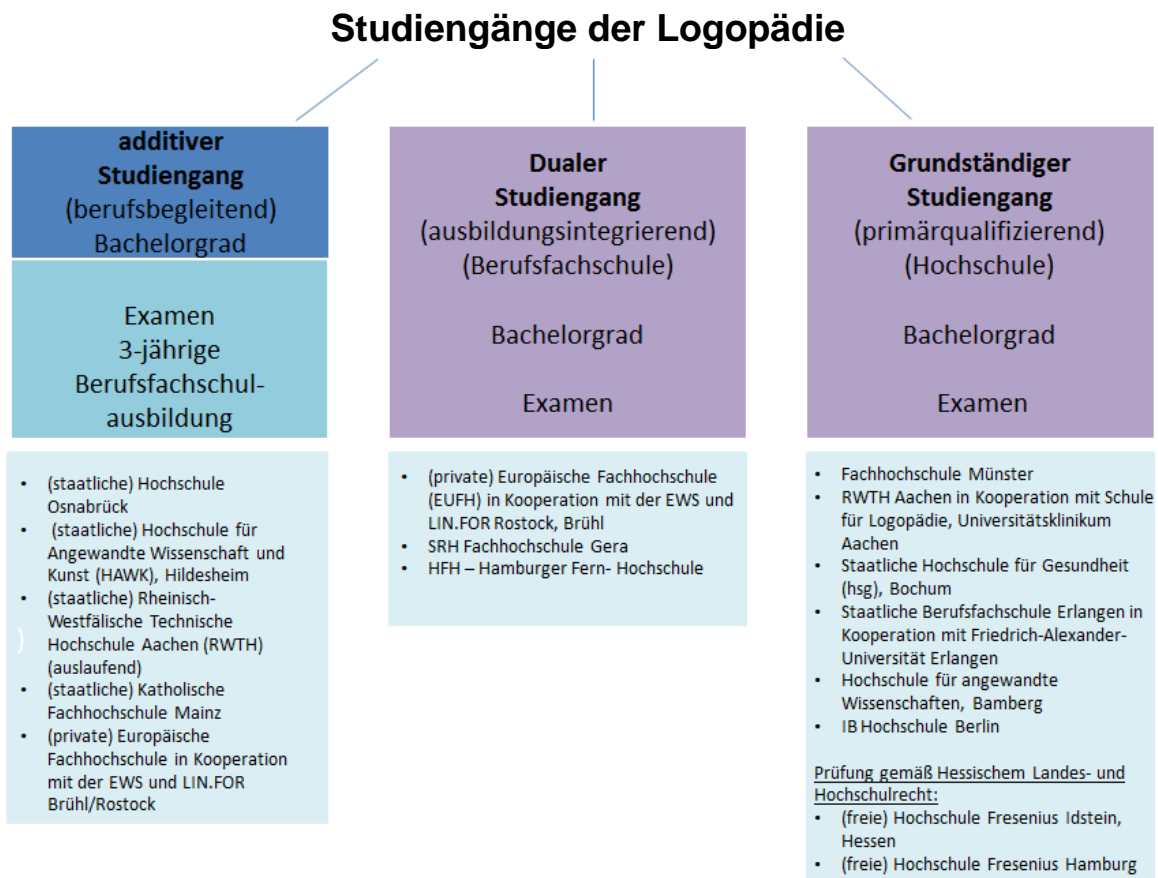


Abb. 40 Studiengänge der Logopädie
Quelle: Eigene Darstellung, Datenquelle (dbl 2012a)

der Patholinguistik, können für bestimmte Leistungen wie z. B. die Therapie kindlicher Sprach- und Sprechstörungen zugelassen werden (Rausch 2011, S. 2).

2.4.2.3 Logopädieausbildung im Ausland

Im Folgenden soll die Logopädieausbildung im europäischen Ausland betrachtet werden. Tabelle 12 liefert einen Überblick über die aktuellen Ausbildungsstrukturen in den Niederlanden (NL), Schweden (S), Großbritannien (UK), Dänemark (DK) und Österreich (A).

Tab. 12 Ländervergleich Logopädieausbildung

Länder	D	NL	S	GB	DK	A
Berufsbezeichnung	Logopädin/Logopäde	Logopedist (Bachelor of Health)	Logoped (magister examen)	Speech and language therapist (BSc Hons)	Talepaedagog/ Logopaed/ Audiologopaed	Logopädin/ Logopäde, (BSc in Health Studies)
Ausbildungsniveau / Akademischer Grad	Secondary Education / Higher Education bachelor degree	Higher Education bachelor degree	Higher Education bachelor degree	Higher Education beachelor degree	Higher Education bachelor degree	Higher Education bachelor degree (vormals Diplom)
Institutionalisierung	staatl. anerkannte Berufsfachschule / Fachhochschule / Universität	Fachhochschule	Universität	Universität	Universität	Universität, Fachhochschule, (Akademie)
Ausbildungsdauer	3-5 Jahre	4 Jahre	4 Jahre	3-4 Jahre	3-5 Jahre	3 Jahre
Zulassung/ Ausbildungsabschluss	mittlere Bildungsabschluss, FH-Reife, Abgeschlossene Berufsausbildung	allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife	allgemeine Hochschulreife	allgemeine Hochschulreife (3 A-Level o. 5 Scottish Highers)	allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife	Fachabitur, allgemeine Hochschulreife (Matura)
Postgraduales Studium	Master	Master	Master	Master, PhD	Master	Master
Aufsichtsführende Institution	Länderministerium für Gesundheit und Soziales oder Kultusministerium	Ministry of Health, Welfar and Sport; Ministry of Education, Culture and Science; HBO-Raad	Ministry of Education, Nationale Behörde für Gesundheit und Wohlfahrt (Socialstyrelsen)	The Health & Care professions Council (HCPC)	Ministerium für Bildung und Wissenschaft, Bundesministerium für Gesundheit	Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, Bundesministerium für Gesundheit
Verschreibungspflicht Logopädie	Ja	Ja	Ja	Nein (England) Ja (Schottland, Wales)	Nein	Ja
Gesundheitssystemtyp	Sozialversicherungssystem	Sozialversicherungssystem	Nationaler Gesundheitsdienst	Nationaler Gesundheitsdienst	Nationaler Gesundheitsdienst	Sozialversicherungssystem
Anzahl an Logopäden	~10.000	4.800	1180	15382	1150	~10.000

Eigene Darstellung, Quelle: CPLOL (2009)

*Zulassung: Für die Ausbildungsstätten alle Länder gilt: Es gibt individuelle Anerkennungsverfahren, die Möglichkeit der Anrechnung bereits vorhandener Abschlüsse, Überprüfung des Gehörs, der Stimme, der Sprach-, Sprech-, Lese- und Schreibfähigkeit. etc.

Im Vergleich zu den anderen EU-Mitgliedstaaten (vgl. CPLOL Summary 2009) stellt sich die Ausbildungs- und Berufslandschaft in der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie in Deutschland als sehr uneinheitlich dar. In allen betrachteten Ländern (NL, S, GB, DK, A) haben – im Gegensatz zu Deutschland – Logopäden/innen mindestens einen Bachelorgrad als berufsqualifizierenden Abschluss und sind durchgehend auf einem höheren Ausbildungsniveau angesiedelt (vgl. Tab. 12). Während die Logopädieausbildung in Schweden und Großbritannien an Universitäten verortet sind, wird sie in Österreich²⁰⁰ und den Niederlanden an Fachhochschulen angeboten.

In den **Niederlanden** bspw. bieten sieben Fachhochschulen eine professionelle Logopädie und sprachtherapeutische Ausbildung auf Bachelor-Niveau an. Die berufsbildenden Hochschulen (hogeschole - HBO) stellen ein berufsbezogenes Studium mit starkem Praxisbezug bereit und sind damit mit den deutschen Fachschulen vergleichbar. Die Studiendauer beträgt hier vier Jahre (Vollzeitausbildung mit 240 ECTS). Nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung wird der Bachelor of Health verliehen. Studienvoraussetzungen sind der Abschluss eines Sprachtests mit zufriedenstellenden Ergebnissen und mindestens die Fachhochschulreife. Allerdings werden häufig Ausnahmen gemacht, wenn bspw. nach der Fachoberschulreife eine Ausbildung abgeschlossen wurde. Nach erfolgreichem

²⁰⁰ Mit Ausnahme eines Masterprogramms an der Donau- Universität Krems

Bachelorabschluss ist es möglich, sich in ein Master-Programm, z. B. in Logopaedic Science, Speech and Language Pathology, Neurolinguistik oder Linguistik, an mehreren niederländischen Universitäten einzuschreiben (Kok 2006).

In **Großbritannien** ist die vierjährige Vollzeitausbildung (ebenfalls 240 ECTS) mit BA-Abschluss notwendig für die staatliche Registrierung und damit Voraussetzung für die Berufstätigkeit. Als Mindestvoraussetzung für die Ausbildung gelten hier die drei „A-Level passes“, was dem deutschen Abitur entspricht. Um in GB als Logopädie tätig sein zu dürfen, muss sowohl ein von der RCSLT (Royal College of Speech and Language Therapists) akkreditierter Abschluss vorliegen als auch eine Registrierung im Health & Care Professions Council (HCPC)²⁰¹ erfolgen.

In **Schweden** handelt sich bei der Logopädie um eine reguläre volle akademische Ausbildung, die von Medizinischen Fakultäten angeboten wird und eine Regelstudienzeit von vier Jahren hat. Nach abgeschlossenem Studium erhalten die Studierenden das Schwedische magister examen. Derzeit gibt es sechs Studiengänge für Logopädie in Schweden (Universität von Lund, Universität Göteborg, Universität für Gesundheit in Linköping, eines am Karolinska Institut in Stockholm, Universität Umeå sowie an der Universität in Uppsala). Um in Schweden als Logopäde arbeiten zu können, wird mit Abschluss des Studiums eine Lizenz durch die Regierungsbehörde erteilt (Kongslöv 2004).

In **Dänemark** wird seit 1982 ein Logopädiestudium an der Universität Kopenhagen und seit dem Jahr 2002 an der University of Southern Denmark angeboten. Formal sind sie beide reguläre volle akademische Ausbildungen, die von der Human Arts Fakultät angeboten werden und eine Regelstudienzeit von fünf Jahren beinhalten. In beiden Fällen ist es möglich, die akademische Ausbildung nach drei Jahren zu beenden und den Bachelor-Abschluss in Logopädie zu erhalten. Die meisten Studierenden absolvieren aber das vollständige Studium, um am Ende den dänischen Candidatus/a magisterii (cand. mag. Grad), der dem Master of Arts entspricht, zu erhalten (Kjaer 2004).

Bis zu dem Jahr 2006 gab es in **Österreich** noch zwei Möglichkeiten, um eine logopädische Erstausbildung zu erwerben: Akademie für den logopädisch-phoniatisch-audiologischen Dienst²⁰² und Fachhochschulen für Logopädie (University of Applied Science).

Der Bundesgesetzänderung im Jahr 2007 entsprechend wurden jedoch bis zum Jahr 2010 sämtliche Akademien in Fachhochschulen umgewandelt (MTD-Bericht 2006). Die bis dahin bestehenden Abschlüsse Diplom und Bakkalaureat sind gleichgestellt. Die Ausbildung an Fachhochschulen ist dabei genauso dem MTD-Gesetz unterworfen, wie jene an den Akademien. Heute bieten sechs österreichische Fachhochschulen Bachelorstudiengänge (180 ECTS) und eine Universität einen Masterstudiengang (120 ECTS) für Logopäden an (Logopädieaustria, Stand: September 2012)

Eine Verschreibungspflicht für Logopädie besteht in allen betrachteten Ländern mit Ausnahme von England und Dänemark (CPLOL 2008). Bei Bedarf an sprachtherapeutischer Hilfe können die Engländer/innen entweder bei ihrem Hausarzt, bei der Bezirkskrankenschwester, bei Lehrern oder bei „health-visitors“ um eine Überweisung bitten. Ferner haben sie auch die Möglichkeit, eigenständig ihren jeweiligen lokalen Logopädie-Service aufzusuchen (RCSLT 2012).

Aufsichtsführende Behörde bzw. die Überprüfung der Ausbildungsstandards erfolgt in Großbritannien über das Health & Care Professions Council (HCPC), während in Schweden, Dänemark und den Niederlanden Bildungsministerien zuständig sind (Ministry of Education). In Österreich liegt die Zuständigkeit für die Logopäden beim Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung und dem Bundesministerium für Gesundheit. Seit dem Jahr 2006 ist die Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen über Fachhochschul-Bachelorstudiengänge für die Gestaltung, Kompetenzen und Mindestanforderungen an die Ausbildung in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten (FH-MTD-AV, BGBl.IINr. 2/2006) die rechtliche Grundlage.

²⁰¹ „Rat der Berufe im Gesundheitswesen“

²⁰² Die Schüler/innen erhalten hier ein "Diplom" nach einer dreijährigen postsekundären Ausbildung.

Jahre	1	2	3	4	5	6	7	8	Institution	Abschluss			
National	BFS			BA (180)	MA (120)					RWTH Aachen, Universität	BSc, MSc Logopädie		
	BFS (90)			BA (90)	MA (120) (berufsbegleitend)						FH Hildesheim	BSc, MSc Logopädie	
	BA (210)											Hochschule Bochum	BSc Logopädie
	BA (240)											HSF, Hamburg/ Idstein	BSc Logopädie
International	BA (240)											FH Hanze University Groningen, NL	Bachelor of Health
	BA (240)				MA (120)	MA (part time)					Newcastle University, GB	BSc (Hons) SLT	
	BA (180)										H Campus Wien; FH Joennum Graz, A	BSc in Health Studies,	

Abb. 41 Ausgewählte primärqualifizierende Ausbildungsstrukturen der Logopädie im europäischen Ausland (NL, GB, A)

Quelle: Scharff-Rethfeldt (2010)

Es lässt sich auch im Rahmen der Logopädieausbildung festhalten, dass sowohl die Terminologie, als auch curriculare Strukturen und das Niveau der Erstausbildung in den betrachteten Ländern z. T. erheblichen variieren. Unterschiede bestehen in der staatlichen Anerkennung und der Überprüfung der Ausbildungsstandards. Da insbesondere Kompetenzen qualifizierter Logopäden auf dieser Basis nicht verglichen werden können, hat die CPOLO das EU-Projekt „Network for Tuning Standards and Quality of Education programmes in Speech and Language Therapy/Logopaedics across Europe (NetQues)“²⁰³ initiiert, dass im Rahmen einer groß angelegten vergleichenden Studie im Zeitraum von 2010-2013 unterschiedliche Ausbildungsprogramme der 31 beteiligten EU-Länder analysieren und bewerten will. Es bleibt abzuwarten, inwieweit diese Ergebnisse für die Weiterentwicklung der Ausbildungsstrukturen in Deutschland Anwendung finden können.

2.4.3 Berufsspezifische Entwicklungen in den Einsatz- und Arbeitsfeldern

Eine große Rolle wird in der Logopädie der raschen Entwicklung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse beigemessen. Zukünftige Aufgabe der Logopädie wird die Entwicklung einer eigenen Wissenschaftstheorie und Forschungsidentität sein. Das berufliche Selbstverständnis lag lange Zeit nur in den veralteten Berufsleitlinien vom dbf für die praktische Logopädie (Fassung von Mai 1998) vor, eine ethische und empirische Wissenschaftstheorie sowie Forschungsidentität, die sich als Wissenschaftspraxis aus der Theorie ableitet, hingegen fehlen (Sieg Müller & Pahn 2009). Daher wurde in der Neufassung der Berufsleitlinien im Jahr 2010²⁰⁴ u. a. als mittelfristiges Ziel ex-

²⁰³ <http://www.netques.eu/wp-content/uploads/2012/07/08MESA-REDONDA-1.pdf>

²⁰⁴ In den Berufsleitlinien werden Ziele für die Ausbildung und Ausübung des Berufs Logopädin/Logopäde beschrieben, die in den nächsten acht bis zehn Jahren erreicht werden können und sollen. Berufsleitlinien in der Fassung vom 04.06.2010.

plizit hervorgehoben, dass Logopäden/innen mit einer entsprechenden Qualifikation das eigene Fach weiterentwickeln und sich aktiv an Forschung und dem wissenschaftlichen Diskurs beteiligen sollen. Laut Wissenschaftsrat (2012) zählt die Logopädie innerhalb der Therapieberufe zu den Vorreitern hinsichtlich ihrer Forschungsaktivitäten. Durch die enge Verbindung zu traditionell verankerten Disziplinen wie den Sprachwissenschaften oder der Neurolinguistik bestehen bereits genuine Forschungsleistungen. Kritisiert wird allerdings, dass die bereits bestehenden Lehrstühle für Logopädie an Universitäten „fast ausnahmslos mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern besetzt sind, die selbst über keine oder nur sehr geringe logopädische Berufserfahrung verfügen“. Somit sei eine genuin logopädische Forschung in Abgrenzung zur sprach- und neurowissenschaftlichen Forschung ebenfalls bisher nur sehr eingeschränkt vorhanden (Wissenschaftsrat 2012, S. 67). Vor allem im Vergleich zum Ausland, gerät die Logopädie aufgrund begrenzter Forschungsmöglichkeiten in einen Rückstand (BDSL 2011, vgl. Kap.2.4.2.3 Tab. 1).

Neben Forschung und Wissenschaft entstehen in der Logopädie v. a. aufgrund des soziodemografischen Wandels weitere neue Aufgabenbereiche und Tätigkeitsfelder (vgl. Kap. 1.2.1.3). Logopäden/innen arbeiten einerseits zunehmend außerhalb des medizinisch-therapeutischen Sektors, insbesondere im Bereich der Beratung und Fortbildung von Eltern und Erziehern/innen, im pädagogischen Sektor, in der Sprachförderung oder sind u. a. in der Prävention tätig (dbl 2010a). Andererseits erfordert die wachsende Zielgruppe der chronisch Erkrankten sowie alten und hochaltrigen Menschen neue Arbeitsfelder im geriatrisch-rehabilitativen Bereich.

Im Folgenden werden ausgewählte zukünftige Einsatz- und Arbeitsfelder exemplarisch erläutert:

Arbeitsfelder im Bereich Entwicklungsförderung und -unterstützung

Entwicklungsförderung und -unterstützung bei Kindern sowie Tätigkeiten von Logopäden/innen in Kindergärten und Schulen werden als zukunftsweisende präventive Arbeitsfelder erachtet²⁰⁵. Bei der Förderung der späten Sprachentwicklung im Vorschul- und Schulalter müssen vor allem sprach- und sprechauffällige Kinder aus prekären Lebensverhältnissen, wie bspw. mit sozial schwachem, mehrsprachigem Hintergrund, berücksichtigt werden (Ewers et. al 2012). Logopäden tragen hier sowohl zur Integration als auch zur Inklusion²⁰⁶ von Kindern bei. Ziel ist die soziale und schulische Partizipation, eine fähigkeitsadäquate Ausbildung sowie eine Verminderung von Benachteiligungen und Sekundärfolgen. Für eine Logopädin bedeutet dies möglicherweise an Schulen ein erweitertes, neues Arbeitsfeld (vgl. Frei & Müller 2010). Auch im Bereich der Primärprävention (z. B. Stimmprophylaxe für Menschen in Sprechberufen, wie z.B. für Erzieher/innen und Lehrer/innen) scheint das Potential der Logopädie im Setting Kindergarten und Schule noch nicht ausgeschöpft.

Laut Ewers et al. (2012) besteht in allen Phasen der kindlichen Entwicklung (Säuglingsalter, Kleinkindalter, Vorschul- und Schulalter) logopädischer Forschungsbedarf. So ist der

²⁰⁵ In Kindergärten wird momentan problematisiert, dass eine angestrebte sprachliche Förderung nicht in ausreichender Qualität gewährleistet werden kann. Hinsichtlich der Sprachstandserhebung für Vierjährige seit dem Jahr 2007 (DELFIN-4: Diagnostik, Elternarbeit, Förderung der Sprachkompetenz In Nordrhein-Westfalen bei 4-Jährigen) wird bemängelt, dass es für Erzieher/innen schwer zu entscheiden ist, ob für die Kinder eine Förderung im Kindergarten oder eine Therapie indiziert ist. Eine systematische Differentialdiagnostik könne dort nicht garantiert werden. Darüber hinaus gewinnt eine Differenzierung für Kinder mit Migrationshintergrund an Bedeutung, welche bislang nicht gewährleistet ist (MAGS 2009).

²⁰⁶ Inklusion betrachtet die Diversität der Kinder und Jugendlichen als Ausgangslage und berücksichtigt nicht nur behinderte Kinder, sondern lässt allen Kindern eine individuelle Unterstützung nach individuellen Bedürfnissen und persönlichem Förderbedarf zuteilwerden (Sander 2004).

wichtige Beitrag der Logopädie zur primären Prävention durch Sprachförderung und sekundären bzw. tertiären Prävention durch Sprachtherapie zwar unumstritten, die Effektivität der Maßnahmen jedoch nur teilweise belegt.

Arbeitsfelder im Bereich Rehabilitation

In Deutschland sind weit mehr als 100.000 Menschen von neurogenen Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen betroffen, davon ist ein Drittel noch im erwerbsfähigen Alter (Ewers et al. 2012). Besonders Schlaganfälle führen häufig zu Sprach- und Sprechstörungen, die meist länger als ein Jahr bestehen. Darüber hinaus wird der Fokus in der Logopädie auf chronisch fortschreitende Erkrankungen, wie z. B. Demenz gerichtet werden müssen (vgl. Kap. 1.2.1.1). Besonders die Kommunikationsfähigkeit ist bei dieser Indikation häufig stark eingeschränkt. Gefordert wird demnach eine bedarfsgerechte Rehabilitation neurogen bedingter Kommunikationsstörungen, um eine Verbesserung der alltäglichen Kommunikation sowie die soziale Teilhabe zu gewährleisten (Ewers et al. 2012). Partizipationorientierte, logopädische Interventionen bspw. tragen zur Förderung des kommunikativen Alltags bei und spielen zukünftig eine wichtige Rolle (ebd. 2012).

Bei älteren und hochaltrigen Menschen kommt es häufig zu Veränderungen der Schluck-, Sprech- und Stimmfunktionen, zu Auffälligkeiten in der Wortfindung und im Redefluss sowie zu Einschränkungen der auditiven, visuellen und handmotorischen Basisfunktionen, die das Sprachverständnis, Lesen und Schreiben betreffen. Diese charakteristischen Veränderungen können beispielsweise durch spezifische Programme zur Förderung der Kommunikation gesunder älterer Menschen behoben werden²⁰⁷. Insbesondere die Beratung von älteren Menschen sowie deren Angehörigen bzw. Betreuern oder Pflegekräften bezüglich spezifischer Kommunikationsstrategien kann zur Vermeidung von sozialer Isolation und zur Steigerung der Lebensqualität der Betroffenen beitragen. Da die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Logopädie jedoch auch im geriatrischen Bereich wenig entwickelt und empirisch validiert sind (Ewers et al. 2012) sind forschungsfreundlicher Ausbildungsstrukturen für die Logopädie notwendig, um den zukünftigen Versorgungsbedarfen adäquat zu begegnen (vgl. Kap. 1.2.1.4).

²⁰⁷ Vor diesem Hintergrund führen Ewers et al.(2012) das Active-Aging-Konzept der WHO als eine Maßnahme an.

2.5 Hebammenwesen

Laut Internationaler Hebammenvereinigung ICM²⁰⁸ (International Confederation of Midwives) werden Hebammen bzw. Entbindungspfleger²⁰⁹ als Personen definiert, die zu einer im jeweiligen Land anerkannten Hebammenausbildung ordnungsgemäß zugelassen wurden, diese erfolgreich abgeschlossen und damit die erforderlichen Qualifikationen für die Zulassung zur Hebamme erworben haben (ICM 2011). In ihrem Berufsverständnis vertreten die derzeit laut Statistischen Bundesamt (2011b) insgesamt 21.000 tätigen Hebammen²¹⁰ in Deutschland den Standpunkt, dass Schwangerschaft, Geburt und Familienentwicklung physiologische, gesunde und soziale Lebensprozesse sind (Sayn-Wittgenstein 2007), die sie unterstützen und damit den Frauen mit ihren individuellen Bedürfnissen beratend zur Seite stehen. Dabei stehen Aufklärung, Beratung und Ressourcenorientierung im Vordergrund, medizinische Interventionen sollen weitgehend vermieden werden (Dachs 2012).

Die bundesweite rechtliche Grundlage für die Hebammenarbeit bildet das Hebammengesetz (HebG) vom 4. Juni 1985 und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom 16.03.1987 (HebAPrV). Neben den Ausbildungszielen regelt sie u.a. die geburtshilflichen Leistungen. Diese sind mit Ausnahme von Notfällen ausschließlich von Ärztinnen und Ärzten sowie Hebammen zu erbringen (§4 HebG). Laut Gesetz besteht somit eine Hinzuziehungspflicht einer Hebamme. Hebammen sind in ihrem Handlungsfeld nicht weisungsgebunden und können unabhängig von Ärztinnen und Ärzten frei entscheiden. Sie sind berechtigt, alle Leistungen, die zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrags beitragen, in Absprache mit den Frauen zu treffen. Dazu zählen die Beratung und Hilfe während der Schwangerschaft, die Vorbereitung auf Geburt und Mutterschaft, die Geburtsbegleitung sowie die Überwachung des Wochenbetts und der Entwicklung des Neugeborenen. Derzeit gibt es keine Leitlinien für die reine Hebammentätigkeit, die die Qualität der Leistungserbringung regeln (Albrecht et al. 2012). Jedoch existieren medizinische Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, die auch für Hebammen handlungsleitend sind (DGGG²¹¹).

Hebammen können in einem Angestelltenverhältnis und/oder freiberuflich sowie klinisch und/oder außerklinisch tätig sein. Darüber hinaus werden Hebammen in Gesundheitsämtern, Elternschulen, Institutionen der Erwachsenenbildung, Beratungsstellen, Schulen oder anderen Einrichtungen eingesetzt (Sayn-Wittgenstein 2007). Hebammen nehmen, wie europaweit gefordert (EU Richtlinie (80/155/EWG) vom 21.1.1980), neben der eigentlichen Geburtshilfe vermehrt präventive und gesundheitsfördernde Aufgaben wahr²¹². Die Leistungsabrechnung der freiberuflichen Hebammen erfolgt mit den Krankenkassen (§134a SGB V) und ist in der Hebammen-Vergütungsvereinbarung geregelt (HebGV).

²⁰⁸ Näheres zum Verband s.u. www.internationalmidwives.org.

²⁰⁹ Der Beruf der Hebamme wird nahezu ausschließlich von Frauen ausgeübt. Aus diesem Grund wird im Folgenden ausschließlich die weibliche Form genannt. Männer sind im inhaltlichen Kontext jedoch stets eingeschlossen.

²¹⁰ 17.300 Hebammen sind derzeit im DHV organisiert (größte Hebammenberufsverband in Deutschland), Stand: Juli 2012.

²¹¹ Vgl. www.awmf.org, Stand: Sept 2012.

²¹² z. B. Aufgaben im Bereich der Familienplanung, Schwangerenvorsorge und in der Versorgung junger Familien im Rahmen interprofessioneller Versorgungsstrukturen.

2.5.1 Aktuelle und künftige Versorgungsbedarfe im Hebammenwesen

Um aktuelle und zukünftige Versorgungsbedarfe im Hebammenwesen zu beschreiben, werden im Folgenden neben den Geburtenraten, der inanspruchnahmeorientierte Bedarf (Inanspruchnahme und Kosten von Hebammenleistungen) und der angebotsorientierte Bedarf (Fachkräftebedarf und Entwicklung der Ausbildungsplätze) berücksichtigt.

Geburtenentwicklungen

Um die Nachfrage an Leistungen von Geburtshelferinnen beurteilen zu können, werden sowohl die Anzahl der Geburten als auch die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter als wichtige Determinanten herangezogen (Albrecht et al. 2012). Seit 1990 ist die Anzahl der in Deutschland geborenen Kinder deutlich zurückgegangen: Während im Jahr 1990 noch rund 906.000 Kinder zur Welt gekommen sind, waren es 20 Jahre später nur noch 678.000 Kinder (2010). Das entspricht einem Geburtenrückgang von ca. 25 Prozent (Statistisches Bundesamt 2012e). Die Zahl der im Krankenhaus geborenen Kinder ist von 833 229 im Jahr 1991 auf 668 950 im Jahr 2010 zurückgegangen (-19,7 Prozent) (Deutscher Bundestag 2012). Die allgemeine Geburtenziffer, die die Zahl der Lebendgeborenen pro Jahr pro 100.000 Frauen beschreibt, bestätigt diese Tendenz: Lag sie 1990 bei 54 Lebendgeborenen, sank sie im Jahr 2010 auf 45 Lebendgeborene pro 100.000 Frauen (Statistisches Bundesamt 2012f).

Die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter (15 bis unter 45 Jahre) geht seit 1998 zurück und wird Vorausberechnungen demzufolge auch weiter abnehmen. Im Jahr 2010 gab es in Deutschland insgesamt 18,4 Millionen Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren, das waren 1,3 Millionen weniger als 1997 (Statistisches Bundesamt 2012e). Über 60 Prozent aller Neugeborenen werden in Deutschland von 26- bis 35-jährigen Müttern zur Welt gebracht. Diese Gruppe ist zwischen dem Jahr 1990 und 2010 um 1,5 Millionen Frauen gesunken und ihr Anteil an allen Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren ist von 33 Prozent auf 26 Prozent zurückgegangen (Statistisches Bundesamt 2012e). Das IGES Institut (Albrecht et al. 2012)²¹³ kommt zu dem Schluss, dass aufgrund des Rückgangs der Geburten und des insgesamt geringen Anteils außerklinischer Geburten, rein quantitativ betrachtet, eine Verringerung des Bedarfs an (freiberuflichen) Hebammenleistungen zu erwarten ist. Gleichzeitig wird jedoch darauf hingewiesen, dass ein deutlich vermehrter Beratungs- und Unterstützungsbedarf der Schwangeren und Wöchnerinnen besteht (vgl. dazu auch Kap. 2.5.3).

2.5.1.1 Inanspruchnahme von Hebammenleistungen

Trotz stetig sinkender Geburtenzahlen (vgl. Kap. 2.5.1.1.), sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Schwangerschaft und Mutterschutz²¹⁴ (ohne stationäre Entbindung) in den vergangenen Jahren gestiegen (vgl. Abb. 42). So weist der GKV-Spitzenverband die Ausgaben für Schwangerschaft und Mutterschutz, die die stationäre Entbindung nicht beinhalten, für das Jahr 2011 mit 1,04 Mrd. Euro aus. Ein Vergleich mit den Ausgaben aus dem Jahr 2006 (870 Mio. Euro) zeigt einen deutlichen Zuwachs um 15 Prozent (GKV-Spitzenverband 2012).

²¹³ Das IGES Institut wurde im Sommer 2011 vom BMG mit der Erstellung eines Gutachtens zur Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe beauftragt. In dem Gutachten werden u. a. die Arbeitssituation der Hebammen und Geburtshelfer, ihr Leistungsangebot, ihre Vergütungs- und Einkommenssituation und die Kosten der Berufsausübung untersucht.

²¹⁴ Bezieht die Leistungen der Ärztinnen und Ärzte mit ein.

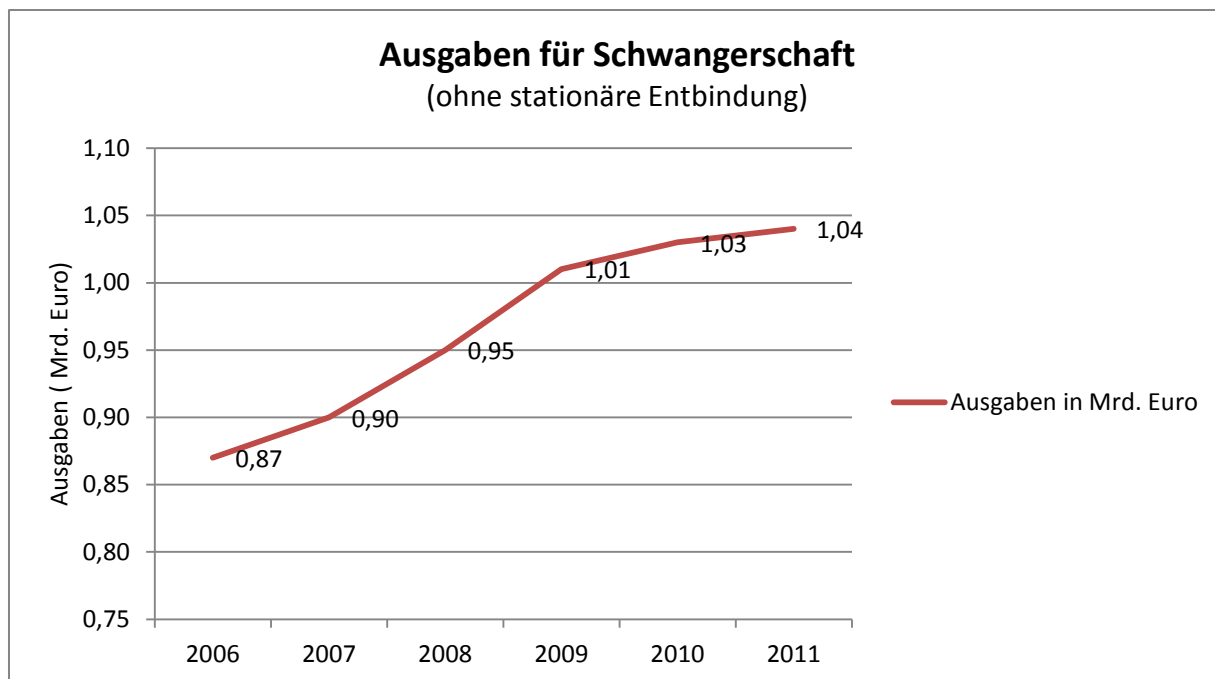


Abb. 42 Entwicklung der Ausgaben für Schwangerschaft (ohne stationäre Entbindung)

Quelle: GKV-Spitzenverband, Amtliche Statistik KJ 1

Auch die Daten des Statistischen Bundesamtes bestätigen diese Tendenz: Die Ausgaben für Mutterschaftsleistungen haben deutlich zugenommen²¹⁵. Die Daten zeigen insgesamt einen Anstieg der Ausgaben von 600 Mio. Euro im Jahr 2000 auf 834 Mio. Euro im Jahr 2010. Bei Betrachtung der Ausgabenträger im Detail ist lediglich bei den öffentlichen Haushalten ein Rückgang zu verzeichnen. Die Ausgaben privater Haushalte bleiben auf annähernd gleichem Niveau (Statistisches Bundesamt 2012g). Von besonderer mengenmäßiger und damit für die Hebammen auch finanzieller Bedeutung sind die Leistungen, die sie im Rahmen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung abrechnen (Albrecht et al. 2012). Nicht zuletzt das Gutachten des IGES-Instituts kommt zu dem Ergebnis, dass die Ausgaben der GKV für Hebammenhilfe in den vergangenen Jahren stetig gewachsen sind. So ist im Zeitraum von 1991 bis 2010 das Ausgabenvolumen um das 5,7-fache angestiegen. Die Ausgaben für die stationäre Entbindung haben sich mehr als verdoppelt (ebd. 2012).

Am häufigsten wurden im Jahr 2010, bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter Positionen, Leistungen für Vorsorge und Schwangerenbetreuung (51%²¹⁶) sowie Leistungen während der Wochenbettbetreuung (35%) abgerechnet. Die Betreuung der Geburt (Geburtshilfe) an sich nimmt mit 1 Prozent nur einen geringen Stellenwert ein, da naturgemäß eine Geburt nur einmal pro Schwangere abgerechnet wird, während Leistungen der Vorsorge und am Wochenbett mehrmals erbracht werden können.

Ebenso verhält es sich bei der Betrachtung des Ausgabenvolumens. Den größten Kostenfaktor nahmen im Jahr 2010 Wochenbett- (79,8 Mio. Euro) und Schwangerenbetreuung (54,3 Mio. Euro) ein. Die Leistungen zur Geburtshilfe beliefen sich auf 23,4 Mio. Euro (Albrecht et al. 2012). Als Leistung mit höchster Abrechnungshäufigkeit und höchstem Vergütungsanteil zugleich, stellte sich im Jahr 2010 die „aufsuchende Wochenbettbetreuung bei der Wöchnerin nach Geburt“²¹⁷ heraus (ebd. 2012). Die Steigerung der Kosten für Hebammenhilfe in der GKV werden im Rahmen einer Routine-

²¹⁵ Sie umfassen alle Leistungen, die im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und/oder durch die Entbindung durch eine Hebamme entstehen. Dazu werden nicht die Ausgaben für ärztliche Leistungen, Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie Kosten für Pflege, Unterkunft und Verpflegung im Falle einer stationären Entbindung gezählt (Destatis 1995-2010, S. 9).

²¹⁶ Anteil an Gesamtzahl abgerechneter Positionen

²¹⁷ Positionsnummer 1800

datenanalyse von Angelescu (2012) mit Gebührenerhöhungen und einer Ausweitung der Leistungen diskutiert, wobei die Leistungsausweitung durch die Verschiebung der Hebammen­tätigkeit vom Angestelltenverhältnis zur Freiberuflichkeit erklärt wird.

2.5.1.2 2 Aktueller und zukünftiger Fachkräftebedarf

Die Hebammen bilden mit einem Anteil von 0,7% an allen Gesundheitsberufen eine relativ kleine Gruppe im Versorgungssystem (Wissenschaftsrat 2012). Da es bundesweit keine einheitliche und umfassende Statistik gibt, stellt es eine besondere Herausforderung dar, die genaue Anzahl derzeitig berufstätiger Hebammen zu erfassen (Albrecht et al. 2012). In der amtlichen Krankenhausstatistik werden u.a. Hebammen nicht aufgeführt, die ausschließlich in der Wochenbett- und Neugeborenenpflege tätig sind. Die ambulanten Daten erfassen lediglich Unternehmen, die explizit „Hebammenwesen“ im Namen tragen; Unternehmen mit Hebammen in Anstellung werden nicht erfasst. Zudem ergibt sich aufgrund der getrennten Datenerfassung das Problem der doppelten Zählung, da Hebammen häufig freiberuflich sowie angestellt arbeiten (Sayn-Wittgenstein 2007).

Mit den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes, welches Daten aus dem stationären Bereich (Amtliche Krankenhausstatistik) sowie aus dem ambulanten Bereich (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) zusammenfasst, kann eine ungefähre Anzahl geschätzt werden (Sayn-Wittgenstein 2007). Im Ergebnis wurden im Jahr 2010 ca. 21.000 tätige Hebammen registriert. Im Vergleich zum Jahr 2000, hier waren es 16.000 Hebammen, kann ein Zuwachs von 24 Prozent verzeichnet werden (Statistisches Bundesamt 2011b) (vgl. Abb. 43)²¹⁸.

Bezogen auf Vollzeitäquivalente ergibt sich insgesamt eine Anzahl von 17.000 beschäftigten Hebammen im Jahr 2010 (Statistisches Bundesamt 2011b). Für das **Land Nordrhein-Westfalen** wies das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter für das Jahr 2009 insgesamt 2.176 Hebammen aus (MGEPA 2011).

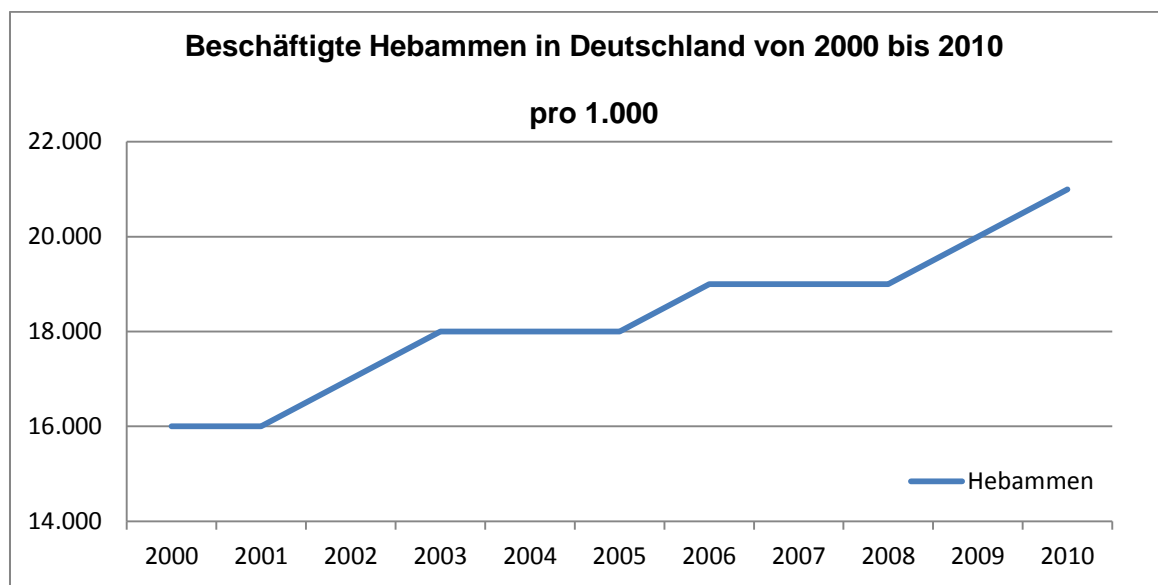


Abb. 43 Beschäftigte Hebammen in Deutschland von 2000 bis 2010 pro 1.000 Einwohner
Quelle: Statistisches Bundesamt 2011b

²¹⁸ Das IGES-Institut schätzt die Anzahl der tätigen Hebammen anhand der Vertragspartnerliste des GKV-Spitzenverbandes, der tatsächlich mit der GKV abrechnenden Hebammen, der Daten der Berufsgenossenschaft und der Krankenhausstatistik auf rund 15.100 bis 17.800 (Albrecht et al. 2012). Die Anzahl der freiberuflichen Hebammen wird auf 12.000 bis 15.100 geschätzt (ebd.).

Einsatzgebiete

Etwa die Hälfte der Hebammen war im Jahr 2010 stationär/teilstationär (10.000) beschäftigt, die andere Hälfte ist im ambulanten Sektor tätig (11.000) (Statistisches Bundesamt 2012d). Dieses Verhältnis hat sich in den letzten zehn Jahren grundlegend verändert. Während die Anzahl stationär tätiger Hebammen auf gleichem Niveau blieb, verdoppelte sich die Anzahl ambulant tätiger Hebammen von 5.000 im Jahr 2000 auf 11.000 im Jahr 2010 (Statistisches Bundesamt 2012d) (vgl. Abb. 44), obwohl die Anzahl ambulanten bzw. außerklinischer Geburten²¹⁹ nur sehr marginal zugenommen hat. Im Jahr 2010 wurden 11.463 Kinder außerklinisch geboren, im Jahr 2010 waren es 10.595 Kinder (Albrecht et al. 2012).

Laut Deutschem Hebammenverband sind von den gut 17.000 organisierten Hebammen etwa 60 Prozent rein freiberuflich und 30 Prozent sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig. Nur knapp 500 Hebammen sind ausschließlich angestellt tätig (Wolber 2012). In den Kliniken besteht das Kreissaalteam aus ökonomischen Gründen inzwischen zunehmend aus freiberuflichen Beleghebammen (Albrecht et al. 2012).

Erklärt wird die deutliche Verschiebung der Beschäftigungsform hin zur Freiberuflichkeit mit strukturellen Veränderungen, wie etwa Umstrukturierungen in den Kliniken mit Einführung eines Belegsystems, Privatisierungen sowie dem Abbau von Hebammen- und Pflegeplanstellen in den Kreißsälen und Stationen. Als weiterer Grund wird die vergleichsweise schlechte Bezahlung der angestellten Tätigkeit angeführt (Jeschke 2012). Zudem kommt die Freiberuflichkeit dem Wunsch vieler Hebammen entgegen, eigenständig, nicht ärztlich geleitet und autonom arbeiten zu können (Selow 2012, Sayn-Wittgenstein 2007). Darüber hinaus besteht für Hebammen eine unbegrenzte Niederlassungserlaubnis. Ob diese Entwicklung so anhält, bleibt abzuwarten und wird sicherlich auch vom Ergebnis der aktuellen Debatte um die gestiegenen Haftpflichtversicherungsbeiträge²²⁰ und der Höhe der Hebammen-Honorare abhängen.

²¹⁹ außerklinischen Geburten finden zumeist in hebammengeleiteten Einrichtungen (Geburtshäusern) oder in Form von sog. Hausgeburten statt.

²²⁰ Nach Angaben der Hebammenverbände müssen freiberuflich tätige Hebammen 4.200 Euro € pro Jahr für die Berufshaftpflicht und damit gegenüber 2009 um 56 Prozent höhere Prämien zahlen (Albrecht et al. 2012). Schon in den Vorjahren waren die Versicherungsbeiträge teils stark gestiegen. Im Jahr 1998 lag die Prämie noch bei umgerechnet 394 € (ebd. 2012). Die Berufsverbände befürchten deshalb, dass weitere finanzielle Belastungen die wirtschaftliche Existenz freiberuflicher Hebammen bedroht (DHV 2010). Aktuell haben die Hebammenverbände in den Verhandlungen mit dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) einen Teilerfolg errungen. Freiberufliche Hebammen bekommen von den Krankenkassen nun einen Ausgleich für die erhöhten Haftpflichtversicherungsbeiträge. Über die Höhe der Hebammen-Honorare konnten sich die Hebammenverbände mit den Krankenkassen bisher nicht einigen. Der Deutsche Hebammen-Verband (DHV) fordert eine Anhebung des Stundenlohnes von derzeit knapp 7,50 Euro auf 10,00 Euro.

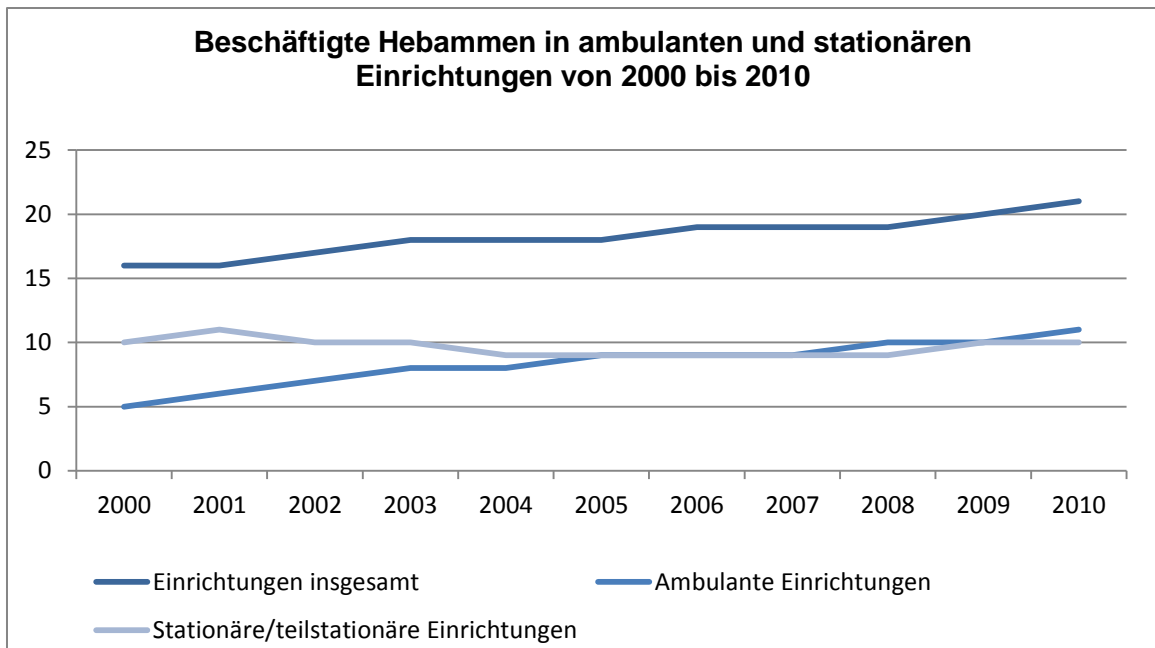


Abb. 44 Beschäftigte Hebammen in ambulanten und stationären Einrichtungen von 2000 bis 2010

Quelle: Statistisches Bundesamt 2012d

Altersstruktur

Die Altersstruktur der beschäftigten Hebammen hat sich im letzten Jahrzehnt verändert (vgl. Abb. 45): Im Zeitraum von 2000 bis 2010 stieg die Zahl der älteren Beschäftigten stärker als die Zahl der jüngeren²²¹. Letztere stagnierte bzw. hat nur sehr geringfügig zugenommen (Wissenschaftsrat 2012). Von einem Fachkräftemangel ist jedoch im Gegensatz bspw. zur Gesundheits- und Krankenpflege nicht auszugehen, da die Nachfrage an Ausbildungsplätzen hoch ist (vgl. Kap. 2.5.1.3) und gleichzeitig die Geburtenrate in Deutschland weiter sinkt (vgl. Kap. 2.5.1).

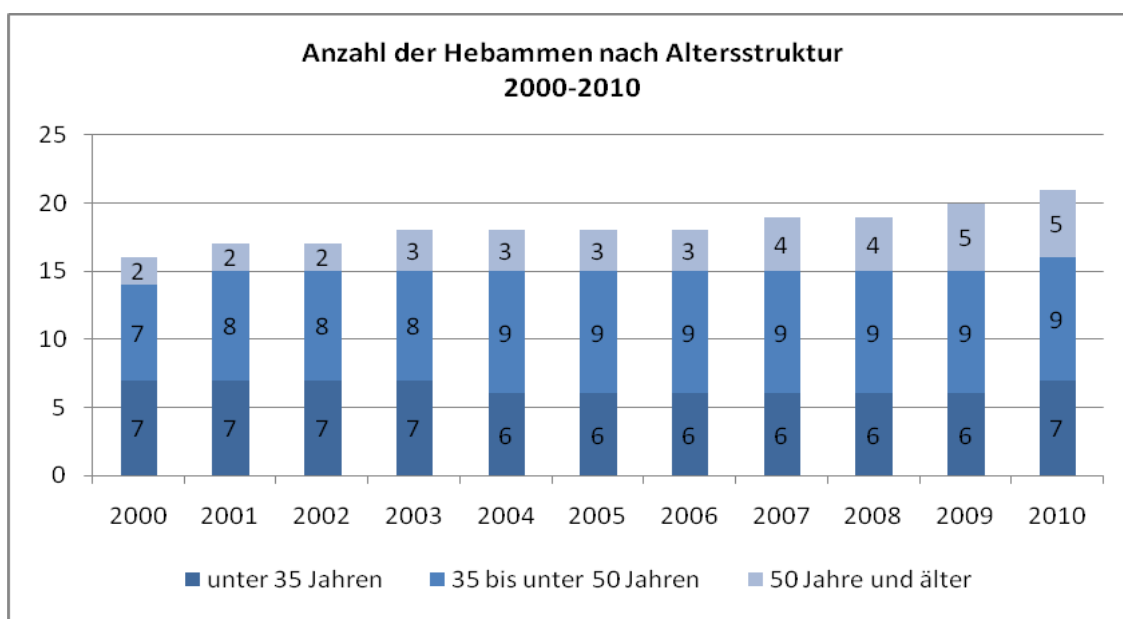


Abb. 45 Hebammen (total in Tausend) im deutschen Gesundheitswesen nach Altersgruppen im Zeitraum von 2000 bis 2010

Quelle: Eigene Darstellung; Datengrundlage Wissenschaftsrat (2012)

²²¹ Dies gilt in allen Berufen der Gesundheitsversorgung (Wissenschaftsrat 2012).

2.5.1.3 Entwicklung der Ausbildungsplätze

Derzeitig kann bundesweit an 58 Schulen die Ausbildung zur Hebamme absolviert werden (BfHD, Stand: 2012). Im gleichen Berichtsjahr wurden insgesamt 1.913 Frauen als Schülerinnen registriert, davon befanden sich 35 Prozent (672 Schülerinnen) im ersten Ausbildungsjahr. Eine Betrachtung der bundesweiten Ausbildungsplätze im Zeitraum von 2003 bis 2011 zeigt ein nahezu gleichbleibendes Niveau (vgl. Abb. 46) (Statistisches Bundesamt 2003-2010). Die Anzahl der bestandenen Abschlussprüfungen pro Jahr kann anhand der Statistik der beruflichen Schulen und des statistischen Bundesamtes ermittelt werden und liegt im Mittel in den Jahren zwischen 1990 und 2010 bei 532 Schulabgängerinnen (IGES 2012).

Ergebnisse der vom Deutschen Hebammen Verbund e.V. im Herbst 2011 durchgeführten Umfrage an Hebammenschulen verdeutlichen die hohe Nachfrage an Ausbildungsplätzen. Im Jahr 2011 kamen laut DHV insgesamt zehn Bewerbungen auf einen Ausbildungsplatz. Jedoch ist seit dem Jahr 2008 ein Rückgang der Nachfrage von ca. 40 Prozent zu verzeichnen²²² (DHV 2012a).

Das **Land Nordrhein-Westfalen** bietet an zehn Schulen die Möglichkeit, den Beruf der Hebamme zu erlernen. Im Jahr 2010/2011 nahmen 446 Schülerinnen, davon 34 Prozent (152) im ersten Ausbildungsjahr, dieses Angebot in NRW in Anspruch (Statistisches Bundesamt 2011a). Eine Zeitreihenbetrachtung für das Land NRW belegt, dass auch hier sich die Ausbildungsplätze in den letzten Jahren auf einem konstanten Niveau befinden: 2008 wurden 458 sowie 2009 445 Schülerinnen registriert (vgl. Abb. 46).

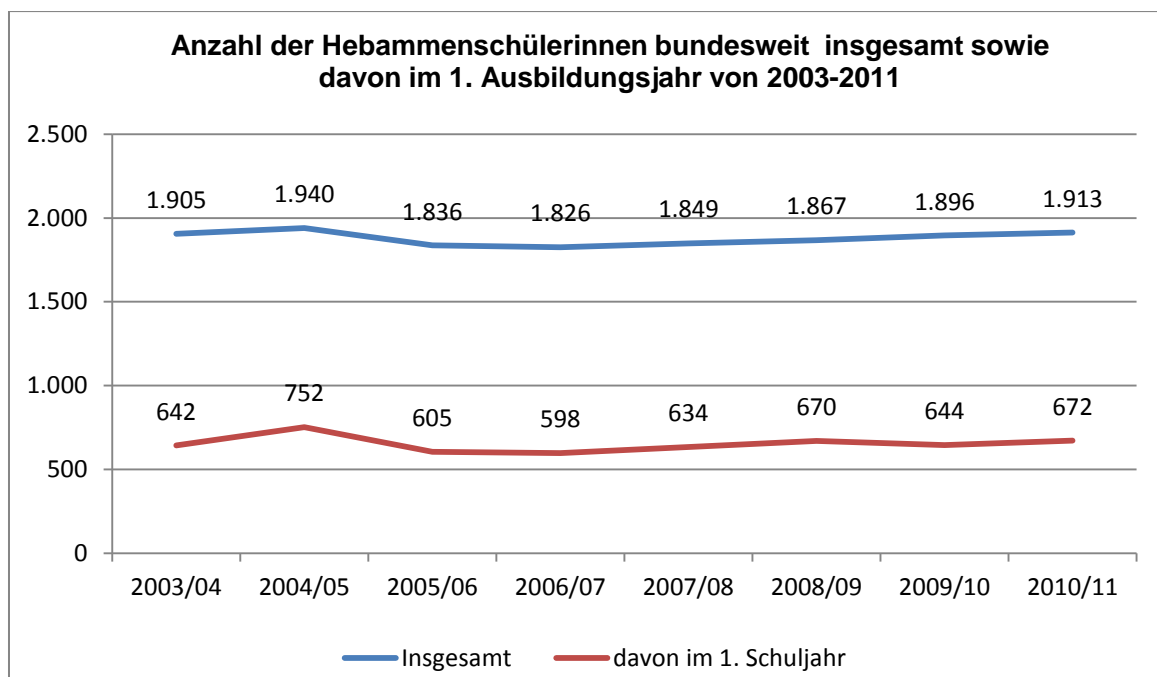


Abb. 46 Anzahl der Hebammenschülerinnen bundesweit insgesamt sowie davon im 1. Ausbildungsjahr von 2003 - 2011

Quelle: Statistisches Bundesamt (2003-2011) – Berufliche Schule

²²² Die Bewerberzahlen variieren zwischen 1500 und 300 Bewerbungen an den einzelnen Schulen pro Kurs mit einer Schülerinnenzahl zwischen 12 und 20 Ausbildungsplätzen.

2.5.2 Aus- und Weiterbildung

2.5.2.1 Aktuelle Ausbildungsstrukturen

In Deutschland erfolgt die Hebammenausbildung in Form einer dreijährigen Berufsausbildung mit staatlicher Abschlussprüfung und ist bundeseinheitlich im Hebammengesetz (HebG) von 1985 geregelt. Im Hebammengesetz sind die Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung, das Ausbildungsziel, der rechtliche Rahmen der Ausbildung sowie der Schutz der Berufsbezeichnung und die Vorschriften über die Erteilung der Berufserlaubnis festgelegt. Die ebenfalls auf Bundesebene geltende Hebammen-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (HebAPrV) vom 16. März 1987 regelt Ausbildungsinhalte²²³ sowie den Ablauf und die Zugangsvoraussetzungen der Prüfungen.

Auf Länderebene reguliert die Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBO) Aufgaben und Pflichten in Abgrenzung zur ärztlichen Tätigkeit, Schweigepflicht, Dokumentationspflicht, Anwendung von Arzneimitteln, Qualitätssicherung, Fortbildungspflicht sowie besondere Pflichten (z. B. eine ausreichende Haftpflichtversicherung abzuschließen).

Die Ausbildung für Hebammen und Entbindungspfleger umfasst mindestens 1.600 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht sowie 3.000 Stunden praktische Ausbildung (§1 Abs. 1 HebAPrV). Das Ausbildungsziel ist im Hebammengesetz (§ 5 HebG) wie folgt definiert: „Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen, Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett Rat zu erteilen und die notwendige Fürsorge gewährleisten, normale Geburten zu leiten, Komplikationen des Geburtsverlaufes frühzeitig zu erkennen, Neugeborene zu versorgen, den Wochenbettverlauf zu überwachen und eine Dokumentation über den Geburtsverlauf anzufertigen“.

Von großer Bedeutung für die Arbeit der Hebammen in Deutschland ist die Bestimmung in § 4 HebG²²⁴. Hier überträgt der Gesetzgeber den Hebammen die Leitung der normalen Geburt als vorbehaltende Tätigkeit. Voraussetzung für den Zugang zu einer Ausbildung ist nach HebG § 7 Abs. 1-3 neben der gesundheitlichen Eignung zur Ausübung des Berufs entweder:

- „ein Realschulabschluss, eine gleichwertige Schulbildung sowie eine andere abgeschlossene zehnjährige Schulbildung
- ein Hauptschulabschluss, eine gleichwertige Schulbildung, sofern der Bewerber eine mindestens zweijährige Pflegevorschule erfolgreich besucht hat oder eine Berufsausbildung mit einer vorgesehenen Ausbildungsdauer von mindestens zwei Jahren erfolgreich abgeschlossen hat
- die Erlaubnis als Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehelfer“

Hebammen durchlaufen ihre dreijährige Ausbildung an Hebammenlehranstalten/-schulen, die vergleichbar mit den Pflegeschulen als Schulen der besonderen Art nicht in das Berufsbildungsgesetz (BBiG) integriert sind. Somit hat die Hebammenausbildung in Deutsch-

²²³ Die Ausbildung hat insbesondere die Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln, die die Hebamme und den Entbindungspfleger befähigen, mindestens die in Artikel 40 der Richtlinie 2005/36/EG des europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. EG Nr. L 255 S. 22) in der jeweils geltenden Fassung aufgeführten Tätigkeiten und Aufgaben in eigener Verantwortung durchzuführen (§1 Abs.3 HebAPrV).

²²⁴ (1) Zur Leistung von Geburtshilfe sind, abgesehen von Nötfällen, außer Ärztinnen und Ärzten nur Personen mit einer Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Hebamme" oder "Entbindungspfleger" sowie Dienstleistungserbringer im Sinne des § 1 Abs.2 berechtigt. Die Ärztin und der Arzt sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass bei einer Entbindung eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger zugezogen wird.

(2) Geburtshilfe im Sinne des Absatzes 1 umfasst Überwachung des Geburtsvorgangs von Beginn der Wehen an, Hilfe bei der Geburt und Überwachung des Wochenbettverlaufs

land aufgrund ihrer gesetzlichen Regelung eine Sonderstellung im beruflichen Bildungssystem (vgl. Kap. 1.2.1.1). Die Hebammenschulen können direkt an Kliniken mit geburts-hilfflichen Abteilungen angeschlossen sein oder bilden mit diesen Ausbildungsverbände (Zoege 2005). Die Dienst- und Fachaufsicht liegt in der Hand der Bundesländer und wird von den Ministerien für Gesundheit²²⁵ übernommen. Für Bayern und Sachsen liegen rechtsverbindliche Lehrpläne vor, die gemeinsam von Hebammenschulen und dem zuständigen Kultusministerium erarbeitet wurden (Greening 2011). Mit der Empfehlenden Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Hebammenschulen hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen die neuen Anforderungen an den Hebammenberuf (vgl. Kap. 1.2.1.2) bereits aufgegriffen und liefert damit curriculare Vorarbeiten, die auch über NRW hinweg genutzt werden (vgl. Dörpinghaus et al. 2005).

Die praktische Ausbildung erfolgt zum Großteil in der Klinik des Trägers, mit dem die Schülerinnen einen Ausbildungsvertrag abschließen. Die Schülerinnen werden – nach unterschiedlichen Stellenschlüsseln – anteilig auf den Stellenplan des Krankenhauses angerechnet (vgl. Zoege 2004; Sayn-Wittgenstein 2007; BDH 2004). Die praktische Ausbildung umfasst Einsätze im Kreißsaal, auf der Wochenstation, der Neugeborenenstation, operativen und nichtoperativen Pflegestationen, dem Operationssaal, der Kinderklinik und in einer freien Praxis. Die Ausbildung endet mit der staatlichen Prüfung. Sie besteht aus einem schriftlichen, mündlichen und praktischen Teil (HebAPrV § 2 Abs. 1). Während der Ausbildung wird ein Ausbildungsentgelt gezahlt, das sich im ersten Ausbildungsjahr auf 700,00€, im zweiten 750,00€ und im letzten Ausbildungsjahr auf 850,00€ beläuft.²²⁶ Anzumerken ist, dass Krankenhäuser bislang nicht verpflichtet sind, außerklinische Einsätze der Schülerinnen zu bezahlen und sich daher die Erfahrung in der außerklinischen Schwangerenvorsorge, Geburt und der Wochenbettbetreuung oft auf ein Mindestmaß beschränkt (vgl. Nieting & Albrecht 2009).

Weiterqualifizierungen

Da die berufliche Ausbildung nur den Grundstein für die künftige Hebammentätigkeit legen kann, dienen Fort- und Weiterbildungen vor allem der Erweiterung und Aktualisierung beruflichen Wissens im Sinne eines lebenslangen Lernprozesses (Zoege 2004). Das quantitative und inhaltliche Angebot von Fort- und Weiterbildungen ist in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen. Allein in dem 10-Jahres-Zeitraum (1988-1999) hat sich die Anzahl der Angebote nahezu verfünffacht (Zoege 2004).

Laut den §§ 2 und 70 des SGB V sind bundesweit grundsätzlich alle Leistungserbringer dazu verpflichtet, den Beruf nach anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse auszuüben. In den Hebammen-Berufsordnungen der Länder wird diese Fortbildungspflicht jedoch unterschiedlich präzisiert und lässt einen erheblichen Ermessensspielraum. In der Hebammen-Berufsordnung NRW vom 4. Mai 2002 wird bspw. festgelegt, dass Hebammen innerhalb von 3 Jahren mindestens 60 Stunden Fortbildung der zuständigen Behörde nachweisen müssen (§ 7 HebBO NRW). Andere Länder hingegen sehen eine Fortbildung nur dann für notwendig an, wenn dies zur „Erhaltung und Entwicklung der zur Berufsausübung notwendigen Fachkenntnisse“ erforderlich wird (vgl. www.hebammengesetz.de). Dies setzt dementsprechend die intrinsische Motivation der Geburtshelferinnen zur kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung voraus. Zoege (2004) fand in ihrer Untersuchung heraus, dass originäre Hebammentätigkeiten, die nicht in der Ausbildung vermittelt werden können, am häufigsten in Form von Fort- und Weiterbildungen nachgefragt wurden. Die Ursache ist u. a. in den strukturellen Rahmenbedingungen zu suchen. Da die praktische Berufsausbildung an Kliniken angesiedelt ist, stehen sehr oft pathologische und selten physiologische, komplikationslose Fälle im Vordergrund (vgl.

²²⁵ Außer in Sachsen, Thüringen und Bayern. Hier unterliegt die Dienst- und Fachaufsicht dem Kultusministerium (Sayn-Wittgenstein 2007).

²²⁶ <http://www.ausbildung-hebamme.de/Gehalt-Hebamme.html> Stand: 1.10.2012.

dazu auch Kap. 2.5.3), so dass v.a. freiberuflich tätige Hebammen ihr Wissen hinsichtlich originärer Aufgaben vertiefen müssen (ebd.).

Nachfolgend wird die Weiterqualifizierung zur **Familienhebamme**, die sich zunehmend etabliert hat, kurz skizziert:

Familienhebammen sind staatlich examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation (DHV 2009). Dabei liegt der Schwerpunkt in der Beratung und Betreuung von Familien, die sich in gesundheitlich, medizinisch-sozial oder psychosozial belastenden Situationen befinden (Grieshop 2009) mit dem Ziel, die Gesundheit von vulnerablen Frauen und ihren Kindern zu fördern sowie förderliche soziale Strukturen aufzubauen und zu festigen (BDH 2004). Ayerle & Sadowski (2007) bieten eine ausführliche Beschreibung der Risikofaktoren und Zielfamilien/Klientinnen.

Kennzeichnend für die Tätigkeit ist eine starke Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Institutionen der Jugendhilfe (Schäfers, 2011). Vor allem sehr junge Frauen, Frauen mit niedrigem Bildungsniveau und/oder Frauen mit Migrationshintergrund nehmen die in Deutschland bestehenden Versorgungsstrukturen weniger in Anspruch und sind in der Folge schlechter hinsichtlich Schwangerschaft, Geburt und Kindeserziehung informiert (Sayn-Wittgenstein 2007). Um negative gesundheitliche Folgen zu vermeiden, vertreten Familienhebammen insbesondere die Interessen der Kinder und suchen die betroffenen Familien in ihrem häuslichen Umfeld auf.

Mit einem Betreuungszeitraum vom Beginn der Schwangerschaft bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres des Kindes wird eine deutlich längere Betreuung erreicht, als es die Vergütungsvereinbarung für die freiberufliche Tätigkeit vorsieht (Sayn-Wittgenstein 2007). Dabei können die Geburtshelferinnen entweder von den Frauen selbst angefordert oder von sozialen Einrichtungen vorgeschlagen werden. Das Betreuungskonzept der Familienhebamme ist damit eine Reaktion auf die sich wandelnden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Mit der Veränderung familiärer Bindungen und dem Aufbrechen von sozialen Unterstützungssystemen nimmt die Anzahl an Familien, Frauen und Kindern, die sich in schwierigen Lebenssituationen befinden, zu. Gleichzeitig bewirkt der ökonomische Druck des Gesundheitssystems eine frühe Verlagerung der gesundheitlichen Versorgung von Wöchnerinnen in das häusliche Umfeld, so dass im klinischen Setting kaum mehr die Möglichkeit besteht, vulnerablen Gruppen adäquate Hilfe anzubieten. Vor diesem Hintergrund sieht das zu Jahresbeginn 2012 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz – BKiSchG) die finanzielle Förderung von Familienhebammen vor. Der Hebammenverband begrüßt die Stärkung der Familienhebammen und betont die präventive Bedeutung originärer Hebammenarbeit. Gleichzeitig weist der Verband darauf hin, dass originäre Hebammenarbeit schon immer „Frühe Hilfe“ war und ist. Zu den Aufgaben originärer Hebammenarbeit gehört ein aufsuchendes, niedrigschwelliges Hilfsangebot (Pressemeldung des Deutschen Hebammenverbandes e.V. vom 14.12.2010)

Voraussetzung für die Fortbildung zur Familienhebamme ist derzeit eine abgeschlossene Hebammenausbildung sowie mind. 3 Jahre Berufserfahrung als Hebamme. Seit dem Jahr 2005 besteht ein Fortbildungscurriculum mit 200 Fortbildungsstunden, die modular aufgebaut sind. Fortbildungsschwerpunkte sind u. a. Beratungs-, Kommunikationskompetenz, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Krisenmanagement / Kindeswohlgefährdung und Handlungsorientiertes Lernen (vgl. Jaque-Rodney 2009).

2.5.2.2 Akademisierung

Im Zuge des Bologna-Prozesses sollte bis zum Jahr 2010 europaweit ein einheitlicher Hochschulraum geschaffen werden, der es ermöglicht, eine internationale Wettbewerbsfähigkeit, Mobilität und Beschäftigungsfähigkeit zu fördern (Greening 2011). Die vereinbarten EU-Richtlinien (80/155/EWG²²⁷) und (80/154/EWG²²⁸) vom 21. Januar 1980 hatten

²²⁷ Richtlinie „zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften betreffend die Aufnahme und Ausübung der Tätigkeiten der Hebamme“ (80/155/EWG)

zum Ziel, die Anerkennung und Ausbildung der Hebammen innerhalb des EU-Raumes zu verbessern bzw. anzugleichen. So wurde sukzessive die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in Deutschland verändert (Zoege 2004) und im Jahr 2000 die Erklärung von München unterschrieben, die u. a. den Zugang zu einer akademischen Pflege- und Hebammenausbildung verbessern sollte (Fischer & Danzon 2000). Durch die Einführung gestufter Studienabschlüsse ist dem Hebammenberuf die wichtige Verknüpfung von beruflicher und akademischer Bildung ermöglicht worden (Räbiger et al. 2008). Vor diesem Hintergrund sind vereinzelte additive bzw. integrative Studiengänge für Hebammen entstanden, die aufgrund der bis dahin geltenden Berufsgesetze jedoch nur über eine dreijährige vorgeschaltete oder parallele Fachschulausbildung erreicht werden konnten. Mit der Modellklausel im HebG §6 Abs. 3²²⁹ seit dem Jahr 2009 wurde erstmals ermöglicht, Modellstudiengänge bis zum Jahr 2017 zu implementieren und damit primärqualifizierende Studiengänge anzubieten (vgl. Kap. 1.2.2.3).

Gründe für eine Akademisierung der Hebammen wurden beispielsweise im Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe beschrieben (AG MTG 2011) und im Kap. 1.2 näher erläutert. Sowohl die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) als auch der Hebammenverband (DHV) sprechen sich für eine Vollakademisierung und generelle Ablösung von der bisherigen Fachschulausbildung aus (DGHWi 2012, DHV 2011a). Der DHV legt in seinem Positionspapier „Hebammenausbildung an die Hochschule“ (DHV 2011a) die inhaltlichen und strukturellen Reformbedarfe dar, um dem Versorgungsauftrag von Hebammen durch adäquate berufliche Bildung auf europäischem Niveau begegnen zu können. Als wesentliche Argumente kristallisieren sich neben der **Benachteiligung auf dem europäischen Arbeitsmarkt**, die **strukturellen Probleme der derzeitigen Hebammenausbildung** und eine vorherrschende **Bildungssackgasse**, heraus (vgl. Kap. 1.2.1.1).

Mit der „neuen“ EU-Richtlinie 2005/36/EG, die die fünfzehn früheren Richtlinien, u. a die sektoralen EU- Richtlinien für die Krankenpflege (77/452/EWG) und das Hebammenwesen (80/154/EWG) zur Anerkennung von Berufsqualifikationen zu einer einzigen zusammengefasst²³⁰ wurde festgelegt, dass die Hochschulreife als Zugangsvoraussetzung zur Hebammenausbildung vorliegen muss (Artikel 41 2005/36/EG). In Deutschland ist jedoch weiterhin der mittlere Bildungsabschluss als Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung auf Berufsfachschulebene festgeschrieben. Somit wird zwar auf Grund der Ausbildungsrichtlinie 80/155/EWG das deutsche staatliche Examen anerkannt, jedoch i.d.R. der Nachweis über eine zweijährige Berufserfahrung gefordert, um im europäischen Ausland arbeiten zu können (vgl. Tab. 1, Kap. 2.5.2.3). Daraus resultieren deutliche Mobilitätseinschränkungen für die deutschen Berufsanfängerinnen auf dem europäischen Arbeitsmarkt. Nach den Ergebnissen der DHV- Umfrage an Hebammenschulen (DHV 2012a) weisen bereits 57,6 Prozent der Schülerinnen ein Abitur, 22,7 Prozent eine Fachschulreife und 15 Prozent der Schülerinnen einen mittleren Bildungsabschluss auf. Weitere 3,35 Prozent der

²²⁸ Richtlinie „über die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise für Hebammen und über Maßnahmen zur Erleichterung der tatsächlichen Ausübung des Niederlassungsrechts und des Rechts auf freien Dienstleistungsverkehr“ (80/154/EWG)

²²⁹ (3) Zur Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung des Hebammenberufs unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen sowie moderner berufspädagogischer Erkenntnisse dienen sollen, können die Länder von Absatz 1 Satz 3 abweichen. ²Abweichungen von der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger sind nur zulässig, soweit sie den theoretischen und praktischen Unterricht in § 1 Absatz 1 Satz 1 sowie die Anlage 1 der Verordnung betreffen. ³Im Übrigen gilt die Verordnung unverändert mit der Maßgabe, dass an die Stelle der Schule die Hochschule tritt. ⁴Dabei haben die Hochschulen die praktische Ausbildung im Rahmen einer Regelung mit Krankenhäusern sicherzustellen. ⁵Durch die Erprobung darf das Erreichen des Ausbildungsziels nicht gefährdet werden. ⁶Die Vereinbarkeit der Ausbildung mit der Richtlinie 2005/36/EG ist zu gewährleisten.

²³⁰ Dabei bleibt es beim automatischen Anerkennungsverfahren nach der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie für Hebammen und Gesundheits- und Krankenpfleger/innen (vgl. Kap. 1.2.1.1).

werdenden Hebammen haben bereits ein abgeschlossenes Studium vorzuweisen. Insgesamt verfügen somit bereits heute mindestens 83,65 Prozent aller Schülerinnen über eine Hochschulzugangsberechtigung und erfüllen die Zulassungsvoraussetzung für eine akademische Ausbildung.

Die strukturellen Probleme der derzeitigen Hebammenausbildung ergeben sich aus der rechtlichen Sonderstellung der Hebammenausbildung im beruflichen Bildungssystem (vgl. Kap. 1.2.1.1) und sind vornehmlich durch ein fehlendes einheitliches und strukturiertes Ausbildungscurriculum sowie fehlende Mindeststandards an pädagogischer und akademischer Qualifikation der Lehrer/innen für Hebammenwesen gekennzeichnet (Pehlke-Milde 2009; Sayn-Wittgenstein 2007; Zoege 2004, Hellmers 2002). Mangelnde Ressourcen behindern berufsfeldspezifische Forschung sowie die Verbindung zwischen Forschung und Lehre (DHV 2011a). Neben der Heterogenität der Schulqualität und der dort vermittelten Lerninhalte wird der große Einfluss von Ärzten/innen auf die theoretische und praktische Ausbildung mit Verengung des Blickwinkels auf stark medizinische und pathogenetische Konzepte in der Vermittlung von Lerninhalten kritisiert (Zoege 2004). Ein Nachweis pädagogischer Fähigkeiten muss von Ärzten/innen und nebenamtlichen Dozenten/innen, die einen Großteil der theoretischen Unterrichtsstunden übernehmen, nicht erbracht werden (vgl. Zoege 2004; Sayn-Wittgenstein 2007). Aus pädagogisch–didaktischer Sicht ergeben sich neue Anforderungen an Ausbildungsstrukturen, die die Forderungen nach eigenverantwortlichem reflektiertem Handeln ermöglichen. Wichtige Grundlagen der Hebammentätigkeit können in den aktuellen Ausbildungsstrukturen nur marginal erworben werden. Wie auch in den Pflege- und therapeutischen Berufen entspricht es dem modernen Anforderungsprofil einer Hebamme, evidenzbasierte Entscheidungen treffen und begründen zu können sowie die Qualität der Hebammentätigkeit erfassen, dokumentieren, evaluieren, hinterfragen und modifizieren zu können. Um die Qualitätsanforderungen in der freiberuflichen Berufsausübung in ambulanten Versorgungsstrukturen sichern zu können, werden erweiterte ökonomisch-organisatorische Kompetenzen notwendig (Pehlke-Milde 2009, Sayn-Wittgenstein 2007, DHV 2011a). Diese Grundlagen gilt es in primärqualifizierenden Studiengängen anzulegen und damit anschließende Entwicklungsmöglichkeiten zu schaffen (vgl. DHV 2011a). Zur Konzipierung und Akkreditierung von Bachelor-Studiengängen für das Hebammenwesen verweist die AG MTG (2007) auf europäische Standards, die bei der curricularen Gestaltung des Studiengangs Grundlage sein sollen (vgl. Eckpunktepapier der AG MTG 2007, S.5).²³¹

Bisher zeigt sich die noch sehr junge Akademisierung der Hebammen an dem vergleichsweise geringen Angebot an Studiengängen zur wissenschaftlich fundierten Hebammen-Arbeit. Nach derzeitigem Stand gibt es bundesweit fünf Bachelorstudiengänge²³² sowie seit Herbst 2009 einen Masterstudiengang an der Medizinischen Hochschule Hannover²³³ (vgl. Abb. 47) (DHV 2012b, Stand: 10/2012 <http://www.hebammenverband.de/>).

231

- WHO (2001a): Europäische Standards für Pflegende und Hebammen: Informationen für EU Beitrittsländer, EUR/00/5019308
- WHO (2001b): Pflegende und Hebammen für Gesundheit. WHO-Strategie für die Ausbildung von Pflegenden und Hebammen in Europa, EUR/01/5019304
- WHO (2001 c): How to develop educational programmes for health professionals. In der Reihe: Learning to Work for Health Series No. 3 EUR/ICP/DL VR 01 04 01
- ICM (2002): "Essential Competencies for Basic Midwifery Practice"
- Richtlinie 2005/36/EG vom 07.09.2005

²³² Hochschule für Gesundheit in Bochum: BSc in Hebammenkunde, Hochschule Fulda: BSc in Hebammenkunde, Hochschule Osnabrück: BSc in Midwifery, Hochschule Ludwigshafen: BA Hebammenwesen; Katholische Hochschule NRW in Köln (KatHO): BSc in Hebammenkunde

²³³ Der Europäische Masterstudiengang für Hebammenwissenschaft ist ein Kooperationsprojekt folgender europäischen Universitäten: Medizinische Hochschule Hannover (D), Glasgow Caledonian University (GB), Zuyd University Maastricht (NL), University College of Health Studies, Ljubljana (SLO) und Haute Ecole de la Santé, Lausanne (CH). Die enge Kooperation der sechs Partneruni-

Zusätzlich haben Hebammen die Möglichkeit, berufsbegleitend im Rahmen eines Fernstudiums an der Glasgow Caledonian Universität (GCU) die Abschlüsse (BSc/BSc (hons) Midwifery oder MSc Midwifery) zu erlangen. Der BSc Midwifery wird an der GCU verliehen, wenn 180 ECTS erworben werden. Dabei wird die deutsche Hebammenausbildung mit 140 ECTS, Berufserfahrung im Umfang einer mindestens einjährigen Tätigkeit mit zehn ECTS angerechnet (Ramsayer et al. 2008).

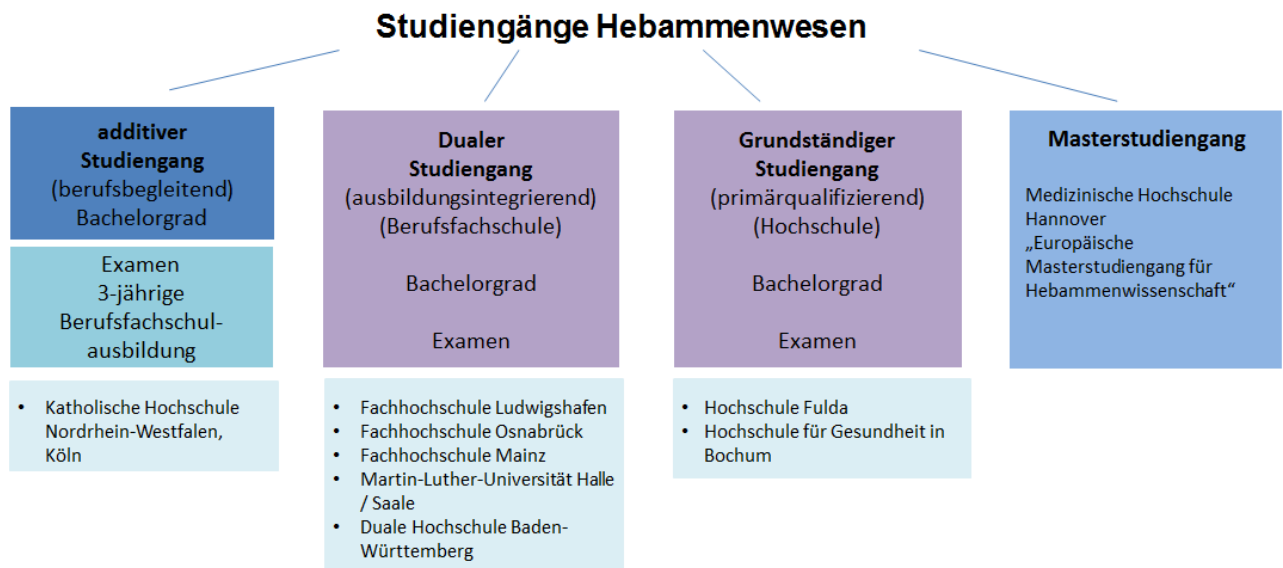


Abb. 47 Studiengänge Hebammenwesen

Quelle: Eigene Darstellung

*mitinbegriffen sind hier weitere berufsübergreifende Studiengänge, wie z. B. BSc Gesundheit & Pflege an der Fachhochschule Mainz, BSc in Gesundheits- und Pflegewissenschaften der MLU Halle-Wittenberg, in denen sich Hebammen weiterqualifizieren können.

2.5.2.3 Hebammenausbildung im Ausland

In den letzten Jahrzehnten haben sich in vielen europäischen Ländern Änderungen im Rahmen der Hebammenausbildung ergeben. Während in Schweden und Großbritannien die Hebammenausbildung bereits vor mehr als zehn Jahren auf ein universitäres Niveau angehoben wurde, bieten nun auch Länder wie Österreich und Deutschland eine Ausbildung auf akademischem Niveau an. Folgende Tabelle 13 liefert einen Überblick über die aktuellen Ausbildungsstrukturen in den Niederlanden (NL), Schweden (S), Großbritannien (UK), Dänemark (DK) und Österreich (A).

versitäten soll ein weites Spektrum unterschiedlicher Module in verschiedenen Sprachen ermöglichen.

Tab. 13 Ländervergleich Hebammenausbildung

Länder	D	NL	S	GB	DK	A
Berufsbezeichnung	Hebamme / Entbindungspfleger	vroedvrouwen	bammorska	Midwife	jordemor	Hebamme
Ausbildungsniveau / Akademischer Grad	Secondary Education / Higher Education bachelor degree	Higher Education bachelor degree	Higher Education bachelor degree	Higher Education beachelor degree, BSc/BSc (hons)	Higher Education bachelor degree	Higher Education bachelor degree, (vormals Diplom)
Institutionalisierung	staatl. anerkannte Berufsfachschule / Fachhochschule / Universität	Fachhochschule, (Akademie)	Universität ("or equivalent higher educational institution")	Universität + "Clinical practice"	Universität ("university colleges")	Fachhochschule (Hebammenaka- demie)
Ausbildungsdauer	3 -5 Jahre	4 Jahre	18 Monate (spezielle Hebammen- ausbildung im Anschluss an eine 3-jährige Ausbildung zur Krankenschwester)	3 Jahre oder 18 Monate (als registrierte Krankenschwester) 4 Jahre in Schottland	3,5 Jahre	3 Jahre
Zulassung/ Schuljahre	10 sec. Educ. /12- 13 High. Educ.	10	12	10	12	12
Postgraduales Studium	Master	Master	Master	Master / PhD	Master	Master
Aufsichtsführende Institution	Länderministerium für Gesundheit und Soziales oder Kultusministerium	Ministry of Health	National Ministry of Health, The National Board of Health and Welfare	Nursing and Midwifery Council	The National Board of Health	The National Board of Austrian Midwives
Hebammen je 100.000 Frauen	45,5	30,4	144,1	105,4	53,9	30,0 (nur im Krankenhaus angestellte Hebammen)

Quellen: Büscher et al. (2010); ONSF-Survey of European Midwifery Regulators (2010); NMC (2009); Malott et al. (2009); Emons & Luiten o.J., OECD (2011)

Im europäischen Ländervergleich zeigt sich, dass in allen hier betrachteten Ländern die Hebammenausbildung mit einem Bachelor-Titel abschließt und - mit Ausnahme von Deutschland²³⁴ - ausschließlich im tertiären Bildungssektor angesiedelt ist. In Schweden und Großbritannien findet die Ausbildung an Universitäten statt, in Dänemark an drei sogenannten „University Colleges“ und in Österreich und den Niederlanden an Fachhochschulen. In Österreich wird die Ausbildung zur Hebamme seit der Überführung der bisher an den Akademien angesiedelten medizinisch-technischen Ausbildungen an Fachhochschulen im Zeitraum von 2007 - 2010²³⁵ in Form eines primärqualifizierenden Bachelor-Studiums angeboten (vgl. DK, UK, NL). Zugangsvoraussetzung ist die Fachhochschulreife bzw. allgemeine Hochschulreife (Matura) oder eine Studienberechtigungsprüfung. In der Regel beträgt die Studienzeit an den sieben Standorten sechs Semester und umfasst 180 ECTS.²³⁶ In den Niederlanden gibt es insgesamt drei Akademien, die an eine Fachhoch-

²³⁴ In manchen Ländern neben Deutschland bestehen zwei Ausbildungsniveaus parallel.

Sowohl in Weißrussland als auch in Kroatien durchlaufen die meisten Hebammen eine Berufsausbildung, auch wenn vereinzelt universitäre Ausbildungen angeboten werden. In der Schweiz ist das Ausbildungsniveau vom jeweiligen Kanton abhängig; im französisch sprachigen Teil ist ein vergleichsweise höherer Anteil an akademischer Ausbildung zu verzeichnen (Büscher et al. 2010).

²³⁵ Der Bundesgesetzänderung im Jahr 2007 entsprechend, wurden bis zum Jahr 2010 sämtliche Hebammenakademien in Fachhochschulen umgewandelt. Dis bis dahin bestehenden Abschlüsse Diplom und Bakkalaureat sind gleichgestellt.

²³⁶ Studienstandorte sind: Wien, Niederösterreich (FH Krens), Kärnten (Klagenfurt), Oberösterreich (Linz, Salzburg), Steiermark und Tirol. Im Oktober 2007 wurde in Österreich an der „fh gesundheit - university of applied sciences tyrol“ der erste akademische Ausbildung für Hebammen möglich. Seit Oktober 2010 gibt es an der fh gesundheit einen Master of Science in Advanced Practice Midwifery <https://www.fhg-tirol.ac.at/>

schule angegliedert sind²³⁷. Die Studienzeit beträgt 4 Jahre und umfasst 240 ECTS (Geus 2012). Hebammen müssen sich in den Niederlanden wie auch in Großbritannien in einem landesweiten Register (BIG register for individual health care professions) aufnehmen lassen, um arbeiten zu können.

Aufgrund des unterschiedlichen Ausbildungsniveaus und verschiedener Institutionalisierung ergeben sich voneinander abweichende Zulassungsbedingungen. Laut WHO-Survey „Nurses and Midwives“ (Büscher et al. 2010) erfordert die Zulassung zur Ausbildung in Schweden, Dänemark und Österreich zwölf Schuljahre, in Großbritannien, Deutschland und den Niederlanden hingegen nur zehn Schuljahre. Die Ausbildungsdauer variiert in den aufgeführten Ländern zwischen 18 Monaten und vier Jahren (vgl. Tab 13). Ursachen dafür sind die unterschiedlichen Zulassungsbedingungen. In Schweden beispielsweise ist die Qualifizierung zur Hebamme (innerhalb von 18 Monaten) nur möglich, wenn zuvor eine Ausbildung zur Krankenschwester („qualified nurse“) absolviert wurde²³⁸. In Großbritannien hingegen bestehen zwei Ausbildungsmodelle parallel, um sich zur Hebamme zu qualifizieren. Die spezialisierte Hebammengrundausbildung kann hier von einer 3-jährigen Dauer (BSc (Hons) Midwifery i.d. R. 180 ECTS) auf 18 Monate²³⁹ verkürzt werden, wenn der Bewerber eine Ausbildung zur Krankenschwester („registered nurse“) vorweisen kann und bereits vom „Nursing & Midwifery Council“ (NMC) als registrierte Krankenschwester geführt wird (NMC 2009).²⁴⁰

Während postgraduale Studiengänge von allen betrachteten Ländern angeboten werden, bietet lediglich Großbritannien die Chance zu promovieren.²⁴¹ Im Vergleich der Aufsichtführenden Behörden zeigt sich, dass die Hebammenausbildung entweder dem Bereich der Gesundheitsministerien (D,NL,S,DK) untergeordnet ist oder autonome Regulierungsbehörden bestehen (UK - NMC; A- Österreichisches Hebammengremium).

Grundsätzlich ist anzumerken, dass das Tätigkeitsspektrum und die Handlungsautonomie von Hebammen in den unterschiedlichen Ländern z. T. erheblich variieren. In Dänemark, den Niederlanden und Schweden werden Hebammen als „autonome Professionelle“ angesehen (vgl. Malott et al. 2009). Sie stellen hier i.d.R. eine selbstständig praktizierende Berufsgruppe dar, die andere Professionen konsultiert, wenn zusätzliche medizinische oder soziale Belange der Mutter oder des Kindes dies erfordern (ebd.). In Großbritannien sind Hebammen hingegen i. d. R. an Hausärzte, sogenannte General Practitioners, oder an Krankenhäuser angegliedert. Im Setting Krankenhaus sind sie ebenfalls autonom tätig und konsultieren nur, wenn Komplikationen auftreten. Da letztendlich jedoch auch hier die Ärzte für die Geburt verantwortlich sind, werden sie üblicherweise zu den Geburten hinzugerufen (vgl. Deutschland).

Im OECD- Durchschnitt kommen 69,8 Hebammen auf 100.000 Einwohner (OECD 2011). Demnach weisen sowohl Schweden als auch Großbritannien eine überdurchschnittliche Versorgungsdichte mit Hebammen auf (vgl. Tab. 13).

²³⁷ Midwifery Academy Amsterdam and Groningen (Amsterdam university of applied sciences), Midwifery Academy Maastricht (Zuyd University), Midwifery Academy Rotterdam (Rotterdam University of applied sciences)

²³⁸ Gleiche Voraussetzung gilt auch in Norwegen, Spanien, Portugal, Zypern und Luxemburg (ONSF 2010)

²³⁹ Full time Pre-registration midwifery education program (18 months)

²⁴⁰ Diese Möglichkeit des Zugangs zur Hebammenausbildung im Anschluss an eine Ausbildung zur Krankenschwester („formal qualification as a nurse“) besteht auch in Polen, Belgien, der Slowakei, der Schweiz und in Irland (ONSF 2010).

²⁴¹ Weiter Promotionsmöglichkeiten bestehen in Neuseeland und Australien (vgl. Malott et al. 2009)

2.5.3 Berufsspezifische Entwicklungen der Einsatz- und Arbeitsfelder

Die Anforderungen an den Hebammenberuf sind in den letzten Jahren immer komplexer geworden. Sowohl das Aufgabenspektrum als auch die Form der Berufsausübung haben sich dabei grundlegend verändert (Pehlke-Milde 2009). Der soziodemografische Wandel, der mit einem veränderten generativen Verhalten der Bevölkerung einhergeht, die Veränderungen in den Versorgungsstrukturen (vgl. Kap. 1.2) und die steigende Bedeutung von Maßnahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention bieten nicht nur neue Einsatzfelder, sondern fordern von Hebammen erweiterte Qualifikationen (Sayn-Wittgenstein 2007, WHO – Erklärung von München 2000).

Zu den konkreten Herausforderungen für die Hebammentätigkeit gehören der Geburtenrückgang, die Zunahme von früh- und spätgebärenden Müttern²⁴², die Zunahme von Risikoschwangerschaften und das häufigere Auftreten von chronischen Erkrankungen. Sie erfordern erweiterte Kompetenzen, die stark auf die Begleitung, Beratung, Anleitung und Förderung von Frauen und ihren Familien fokussiert sind (vgl. Kap. 1.2.1.2). Besonders die immer wichtiger werdende ambulante Hebammenhilfe unterstreicht die Bedeutung von präventiven und gesundheitsfördernden Konzepten in der Hebammenhilfe (vgl. Kap. 1.2.1.3), wenn hier auch noch großer Forschungsbedarf bzgl. niedrigschwelliger und wohnortnaher Betreuungsansätze besteht (vgl. Ewers et al. 2012). Hebammen übernehmen zunehmend auch Schnittstellenfunktionen (Beispiel der Familienhebamme Kap. 2.5.3.1) und sorgen für Kontinuität in der Betreuung (vgl. McNeill et al. 2010). Zusammenfassend zeigen sich - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - folgende berufsspezifische Entwicklungen im Bereich der Einsatz- und Arbeitsfelder²⁴³:

Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe bei zunehmender Risikoorientierung und Technisierung

Immer häufiger werden Frauen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge als Risikoschwangere eingestuft und damit anschließend engmaschig fachärztlich überwacht (Ewers 2012). Laut den Bundesauswertungen des AQUA-Instituts (2011) gelten gut 73 Prozent der Frauen im Jahr 2010 als sogenannte Risikoschwangere. Vor allem die zunehmende Technisierung und Medikalisierung wird als Ursache für die verstärkte Risikofokussierung angeführt. Es besteht eine Überversorgung von Frauen ohne Schwangerschaftsrisiken bei gleichzeitiger Unterversorgung tatsächlicher Risikoschwangerer (Schwarz & Schücking 2004; Braun 2006). In dem Zusammenhang kommt der Betreuung durch Hebammen eine besondere Bedeutung zu. Sie müssen mit einem umfangreichen Wissen ausgestattet sein, um gezielt fach- und sachkundig zu beraten, Sicherheit zu vermitteln und in geeigneten Situationen sinnvoll an Fachärztinnen und -ärzte zu verweisen.

Die Studie von Schwarz & Schücking (2004) bestätigt, dass Medikalisierung und Technisierung von Schwangerschaft und Geburt großen Einfluss auf den Berufsalltag von Hebammen haben. Die vorherrschende Risikoorientierung setzt sich auch während des Geburtsprozesses fort, angezeigt durch einen routinemäßigen verstärkten Einsatz von Technik und Medikamenten, wie z. B. CTG, Wehenmittel, Periduralanästhesie etc.. Dabei finden immer wieder medizinische Interventionen statt, obwohl die Geburt normal verläuft, die Evidenz des Technikeinsatzes umstritten ist und sich dadurch der Zustand der Neugeborenen nicht weiter verbessert (Schwarz & Schücking 2004 S.2 ff.) Heute werden nahezu alle Geburten im klinischen Setting durchgeführt (98,2% im Jahr 2008) (Statistisches Bundesamt 2009). Gleichzeitig ist zu beobachten, dass die Kaiserschnittraten seit Jahren

²⁴² Im Jahr 1995 betrug das durchschnittliche Alter der Mütter bei der Geburt des ersten Kindes noch rund 28,2 Jahre, während es im Jahr 2010 dagegen auf rund 29,2 Jahre angestiegen ist (vgl. Statistisches Bundesamt 2012e).

²⁴³ Im Kap. 1.4 wurden bereits aktuelle und künftige Einsatzfelder, die alle Gesundheitsfachberufe betreffen, erläutert. Dabei stellten sich u. a. die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention, die Beratungs- und Bildungssektoren, sowie die Bereiche Forschung und Wissenschaft als auch Integration in neue Versorgungsmodelle als wachsende Arbeitsfelder für alle Gesundheitsfachberufe heraus.

kontinuierlich zunehmen. Dies gilt besonders für Zwillingschwangerschaften (Ewers et al. 2012), aber auch bei den Einlingen wird nahezu jedes dritte Kind (31%) per Kaiserschnitt geboren (AQUA-Institut 2010).²⁴⁴

Hebammen benötigen demnach mehr denn je erweiterte Kompetenzen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, um künftig die physiologische Geburt wieder stärker in den Fokus zu rücken und zum Erhalt und/oder der Wiederherstellung von Gesundheit im Kontext von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit beizutragen (Pehlke-Milde 2009; DHV 2008; Sayn-Wittgenstein 2007). Zudem erfordert die vermehrte Verlagerung der Geburt in den klinischen Bereich bei gleichzeitigem Anstieg von ärztlichen Interventionen evidenzbasierte Konzepte für hebammengeleitete Geburtshilfen im Krankenhaus (Wissenschaftsrat 2012).

Zunehmende Bedeutung von Beratung und psychosozialer Betreuung

Beratung und psychosoziale Betreuung haben bereits Einzug in den Arbeitsalltag der Hebammen gehalten. Laut der Definition der ICM (2011) haben Hebammen wichtige Aufgaben in der Gesundheitsberatung, nicht nur für Frauen, auch innerhalb der Familie und der Gesellschaft. Heute umfasst die Arbeit der Geburtshelferinnen alle Problemlagen in der Zeit von Frühschwangerschaft bis Spätwochenbett. Dabei hat die Komplexität im Bereich der Beratung und Patientenedukation sowie in der Geburtenbetreuung deutlich zugenommen (Wissenschaftsrat 2012). Als Gründe für den vermehrten Unterstützungs- und Beratungsbedarf werden neben einem zunehmenden Mangel an familiärer Unterstützung der Verlust der "Intuition" der Frauen sowie eine größere Unsicherheit und Verunsicherung der Frau im Vergleich zu früher angeführt (Albrecht et al. 2012). Psychosozial belastete Frauen gelten als eine wichtige unterversorgte vulnerable Gruppe, welcher deutlich mehr Aufmerksamkeit bedarf (v. Rhaden et al. 2005; Simoes et al. 2004; Zoega, 2004). Kritik besteht vor allem darin, dass derzeitige Versorgungskonzepte ihren Schwerpunkt auf die Überwachung der körperlichen Vorgänge legen mit der Konsequenz, dass psychosoziale Bedürfnisse marginalisiert werden (Sayn-Wittgenstein 2007). Neben neuen Sachkenntnissen erfordert dies eine umfangreiche psychosoziale und ethisch begründete Entscheidungsfindung und Betreuung. Auch mit Hinblick auf die wachsenden Zahlen der Wunschkaiserschnitte (Ewers et al. 2012) sind Hebammen mehr denn je in ihrer beratenden Tätigkeit gefordert.

Zunahme originärer Hebammentätigkeiten

Durch die strukturellen Veränderungen aufgrund der Ökonomisierungstendenzen, Einsparmaßnahmen im Zuge der DRG-Einführung, High-Tech-Überwachung etc. haben sich die Hebammentätigkeiten im klinischen Alltag verdichtet und die Anforderungen gewandelt. Jedoch gewinnen durch die veränderten Rahmenbedingungen auch originäre Hebammentätigkeiten wieder zunehmend an Bedeutung, da insbesondere die verkürzten Liegezeiten der Wöchnerinnen eine Verschiebung der Wochenbettbetreuung in den häuslichen Bereich bewirkten und einen steigenden Bedarf an ambulant tätigen (freiberuflichen) Hebammen zur Folge haben (vgl. Kap. 2.5.1.2; Schelter 2002). Betrug die Liegezeit in den 60er Jahren noch 10 bis 14 Tage (Zoega 2004), so verbleiben die heutigen Wöchnerinnen maximal 3 Tage im stationären Setting. Diese Entwicklung bewirkt eine Ausdehnung der geburtshilflichen Tätigkeiten in der postpartalen Phase. Im Wochenbett handelt es sich v. a. um die originären Tätigkeiten wie bspw. Beratung, Betreuung, Rückbildungs- und Beckenbodengymnastik, Stillberatung etc. Hebammenhilfe im Wochenbett kann frühzeitig Hilfestellungen leisten und Komplikationen vermeiden (z.B. postpartale Depression). Das Fortbildungsangebot und -verhalten verdeutlicht die Bedeutung von originären Hebammentätigkeiten (vgl. Kap. 2.5.2).

²⁴⁴ Als Gründe für die augenscheinlich unkritische Annahme der Interventionen im Rahmen der Schwangerenvorsorge und Geburt wird häufig der Informationsmangel über Risiken von Untersuchungen sowie deren Alternativen angeführt (BDH 2006; Braun 2006; Schäfers 2011).

3 Zusammenfassung und Fazit

Ziel des vorliegenden Berichtes ist die Darstellung des Status-Quo in den Gesundheitsfachberufen Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Hebammenwesen. Er stellt damit den ersten Baustein (Arbeitspaket A) innerhalb der Evaluation der Modellstudiengänge im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) dar.

Inhaltlich werden unterschiedliche Fragestellungen verfolgt, die in den Ausführungen für die jeweiligen Gesundheitsfachberufe untersucht wurden. Die Ergebnisse der Studie (Recherchezeitraum: Mai 2012 bis September 2012) liefern einen umfassenden Überblick über aktuelle Entwicklungen in den jeweiligen Berufen und geben darüber hinaus wichtige Hinweise für die zukünftige Weiterentwicklung der Berufsfelder und Ausbildungsstrukturen.

Die nachfolgenden zentralen Ergebnisse werden entlang der für den Bericht forschungsleitenden Fragen (s. u.) zusammenfassend dargestellt.

- Welche aktuellen und zukünftigen Versorgungsbedarfe können identifiziert werden?
- Wie stellt sich die derzeitige Ausbildungslandschaft dar und wie sind konkrete Ausbildungsstrukturen für die einzelnen Berufe gestaltet?
- Welche zukünftigen Einsatz- und Arbeitsfelder sind in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit zu identifizieren?
- Wie müssen die Ausbildungsstrukturen weiterentwickelt werden, um zukünftigen Anforderungen gerecht zu werden?

1. Welche aktuellen und zukünftigen Versorgungsbedarfe können identifiziert werden?

Um diese Frage zu beantworten, wurde in den Ausführungen sowohl der inanspruchnahmeorientierte Bedarf²⁴⁵ als auch der angebotsorientierte Bedarf²⁴⁶ berücksichtigt. Im Folgenden sollen die Kernergebnisse zu aktuellen und zukünftigen Versorgungsbedarfen für jede betrachtete Berufsgruppe zusammenfassend dargestellt werden:

- **Anzahl der Pflegebedürftigen wird in den nächsten Jahren weiterhin kontinuierlich zunehmen**

Insbesondere im ambulanten und teilstationären Bereich ist in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg des pflegerischen Versorgungsbedarfs zu verzeichnen. Derzeit findet die pflegerische Versorgung größtenteils zu Hause statt und die informelle bzw. familiäre Pflege bildet bislang noch die wichtigste Säule in der Versorgung. Infolge gesellschaftlicher Veränderungen (vgl. Kap. 1.2.1.1) bricht dieser Bereich jedoch zunehmend weg. Der Bedarf an professionellen Pflegekräften steigt sowohl im ambulanten (Altenpflege-)Sektor als auch in der stationären (Langzeit-)Pflege deutlich an.

²⁴⁵ z. B. Inanspruchnahme von Heilmitteln, Kosten, Indikatoren, wie bspw. Geburtenrate und Pflegebedürftigkeit

²⁴⁶ z. B. Fachkräfteentwicklung, Entwicklung der Anzahl von Schulen, Schülern und Absolventen

- **Kontinuierlicher Anstieg der Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen**

Physiotherapeutische Leistungen weisen die höchste Inanspruchnahme und damit die höchsten Kosten im Bereich Heilmittel auf. Die Inanspruchnahme von therapeutischen Leistungen unterliegt insgesamt zahlreichen Einflussfaktoren und aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen²⁴⁷ (vgl. Kap. 1.2.1.2). Es muss demnach betont werden, dass die analysierte Inanspruchnahme nicht den eigentlichen Bedarf widerspiegeln kann, jedoch sehr nützliche Hinweise auf altersspezifische Zielgruppen, Indikationen und regionale Differenzen in der Versorgungsdichte liefert:

- Die wichtigsten Zielgruppen therapeutischer Leistungen sind Kinder und Jugendliche (0-15 Jahre) (Logopädie und Ergotherapie) sowie Patienten/innen zwischen 75 und 80 Jahren (Physiotherapie).
- Gegenwärtig werden die Heilmittel hauptsächlich zu kurativen Zwecken eingesetzt: Die wichtigsten Indikationen sind Wirbelsäulenerkrankungen (Physiotherapie), Schädigungen des zentralen Nervensystems (Ergotherapie) und Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung (Logopädie).
- Die häufigsten Heilmittelleistungen sind Krankengymnastik (Physiotherapie), Einzelbehandlungen von sensorisch/ perzeptiven Störungen (Ergotherapie) sowie die 45-minütige Sprachtherapie (Logopädie).
- Regionale Unterschiede in den Heilmittelmengen und –ausgaben weisen auf unterschiedliche Versorgungsdichten hin.²⁴⁸
- Ferner bestätigen die Heilmittelanalysen, dass mit zunehmendem Alter und Rehabilitationsbedarf die Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen steigt. Somit ergibt sich aufgrund des soziodemographischen Wandels rein quantitativ ein zukünftiger Mehrbedarf an therapeutischen Leistungen.

- **Anstieg der Kosten für Schwangerschaft und Mutterschutz trotz abnehmender Geburtenzahlen**

Vorsorge und Schwangerenbetreuung sowie Leistungen während der Wochenbettbetreuung sind derzeit die häufigsten und kostenintensivsten Hebammenleistungen. Gegenwärtig finden nahezu alle Geburten im klinischen Setting statt. Die Kaiserschnittraten sind seit Jahren kontinuierlich gewachsen. Parallel dazu sind die Kosten für stationäre Entbindungen erheblich angestiegen. Die Leistung mit höchster Abrechnungshäufigkeit und höchstem Vergütungsanteil zugleich ist die „aufsuchende Wochenbettbetreuung bei der Wöchnerin nach Geburt“.

²⁴⁷ Allgemeine Kostendämpfungsbestrebungen seitens der Krankenkassen, Restriktionen und ärztliche Budgeteinschränkungen bzw. Androhung von Regressforderungen bei Budgetüberschreitungen beeinflussen die Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen.

²⁴⁸ Während in der Physio- und Ergotherapie ein Ost-West-Gefälle mit deutlich höheren Versorgungswerten im Osten (v. a. Sachsen) vorliegt, weist die Logopädie ihre höchste Versorgungsdichte in den norddeutschen Bundesländern Schleswig-Holstein und Hamburg auf. Die Ursachen dafür können vielfältig sein (vgl. Kap. 2.2.1.1-2.4.1.1).

- **Fachkräfteentwicklung: Kontinuierlicher Zuwachs der Beschäftigtenzahlen in allen Gesundheitsfachberufen** ²⁴⁹

Die Anzahl Berufsangehöriger in den Gesundheitsfachberufen hat in den letzten zehn Jahren deutlich zugenommen (vgl. Kap. 2.1.1.2 - 2.5.1.2). Parallel dazu ist es - mit Ausnahme der Pflege²⁵⁰ - im gleichen Zeitraum zu einem kontinuierlichen Anstieg der Ausbildungsstätten im sekundären Bildungsbereich gekommen. Resultierend ist die Anzahl der Schüler/innen und Absolventen/innen mit Ausnahme der Hebammenschülerinnen und Ergotherapieschüler/innen²⁵¹ konstant gestiegen (vgl. Kap. 2.1.1.3 - 2.5.1.3).

- **Deutlicher Beschäftigungszuwachs im ambulanten Versorgungsbereich**

Die Entwicklungen der Beschäftigtenzahlen in unterschiedlichen Einsatzgebieten zeigen einen besonders starken Bedeutungszuwachs des ambulanten Versorgungsbereichs in allen betrachteten Gesundheitsfachberufen. Ein ebenfalls zu bemerkender Beschäftigungszuwachs in Pflegeheimen gilt insbesondere für Pflegeberufe und Ergotherapeuten/innen (vgl. Kap. 2.1.1.2; Kap. 2.3.1.2).

- **Fachkräftemangel und Imageprobleme in den Pflegeberufen** ²⁵²

Im Gegensatz zu den Gesundheitsfachberufen Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Hebammenwesen kann für die Pflegeberufe von einem bereits vorherrschenden und sich in Zukunft noch weiter verschärfenden Fachkräftemangel ausgegangen werden. Gleichzeitig lässt das Interesse an Pflegeberufen durch ein deutliches Imageproblem erkennbar nach, was die Situation vor dem Hintergrund kommender geburtschwacher Jahrgänge zuspitzt (vgl. Kap. 2.1.1.2).

2. Wie stellt sich die derzeitige Ausbildungslandschaft dar und wie sind konkrete Ausbildungsstrukturen für die einzelnen Berufe gestaltet?

- **Heterogene Ausbildungsstrukturen der Gesundheitsfachberufe auf sekundärer und tertiärer Bildungsebene**

Die bildungspolitische Sonderstellung der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe in Deutschland (vgl. Kap. 1.2.1.1) geht mit unterschiedlichen Eigenheiten bzgl. der rechtlichen und administrativen Zuständigkeit, institutionellen Verortung sowie pädagogischen Qualifikation einher. Aufgrund des föderalen Organisationsprinzips bleibt es jedem Bundesland selbst überlassen, wie die „neue“ Möglichkeit der parallelen Berufs- und Hochschulausbildung im Detail ausgestaltet wird. Die Vielfalt der bisher angebo-

²⁴⁹ Es existiert bislang keine valide Statistik, die Auskunft über die genaue Anzahl von Ergotherapeuten/innen und Logopäden/innen in Deutschland gibt. Das Statistische Bundesamt führt in seiner Übersicht zum Gesundheitspersonal lediglich Daten zu den Beschäftigten in therapeutischen Berufen von insgesamt 108.000 auf.

²⁵⁰ Die Entwicklung der Anzahl der Schulen in der Pflege verzeichnet in den letzten Jahren einen leichten Rückgang, der insbesondere der Abnahme von Schulen, an denen Gesundheits- und Krankenpfleger/innen ausgebildet werden, geschuldet ist.

²⁵¹ Eine Betrachtung der Schüler/innen- und Absolventen/innenzahlen dieser Berufe im Zeitraum von 2000 bis 2011 zeigt ein nahezu gleichbleibendes Niveau.

²⁵² Aussagen zu einem zukünftigen Bedarf an Fachkräften können nur konkreter für die Pflege getroffen werden, da hier auf prognostische Modellrechnungen und Studien zurückgegriffen werden kann.²⁵² Für die anderen Gesundheitsfachberufe liegen lediglich sehr vereinzelt spezifische regionale Analysen zum Fachkräftebedarf vor (vgl. IWAK-Studie für Rheinland-Pfalz), deren Ergebnisse nicht generalisiert bzw. auf das ganze Bundesgebiet übertragen werden können.

tenen Studiengänge und das Nebeneinander verschiedener Studiengangmodelle für alle Gesundheitsfachberufe verdeutlichen die heterogene und intransparente Studienlandschaft (vgl. Kap. 1.2.3).

- **Defizite in der nicht akademischen Ausbildungsstruktur aufgrund fehlender einheitlicher Standards**

Da die teils 20-30 Jahre alten Berufszulassungsgesetze (AltPflG von 2003, KrPflG von 2003, MPhG von 1994, ErgThG von 1976, LogopG von 1980 und HebG von 1985) anstelle des Berufsbildungsgesetzes den gesetzlichen Rahmen der Ausbildungen darstellen und diese nicht dem öffentlich-rechtlichen Schulberufssystem unterstehen, ergeben sich Mängel im Rahmen der nicht akademischen Ausbildung, die durch eine vorherrschende Zuständigkeitsvielfalt, Qualitätsunterschiede²⁵³, unklare fachliche Qualifikation des Lehrpersonals²⁵⁴, mangelnde horizontale und vertikale Durchlässigkeit, unzureichende Kompatibilität mit dem Hochschulrecht sowie mangelnden EU-Anschluss gekennzeichnet sind (vgl. Kap. 1.2.1.1).

Insgesamt betrachtet steht die Ausbildung auf Sekundärniveau (Berufsfachschulebene) in allen betrachteten Gesundheitsfachberufen unter zunehmender Kritik, notwendige Kompetenzen nicht adäquat vermitteln zu können. Die Forderungen nach wissenschaftlich fundiertem, evidenzbasiertem, qualitätsbewusstem, reflektiertem sowie inter- und transdisziplinärem Handeln ergeben sich aus den zukünftigen Anforderungen an die Berufe (vgl. Kap. 1.2.1.2). Im Hinblick auf die „neuen“ Qualifikationserfordernisse, erhöhte Mobilität, Wettbewerbsfähigkeit im internationalen Vergleich sowie Wirksamkeits- und Versorgungsforschung ist die Professionalisierung und Akademisierung der Gesundheitsfachberufe eine notwendige Voraussetzung.

- **Anstieg von dualen und primärqualifizierenden Studiengängen**

Seit Beginn der Akademisierungsbestrebungen in den Gesundheitsfachberufen²⁵⁵ hat die Anzahl insbesondere dualer (ausbildungsintegrierender) und primärqualifizierender Studiengänge an Hochschulen deutlich zugenommen (insb. Physiotherapiestudiengänge). Die verspätet eingesetzte Akademisierung der Therapeutischen Berufe und des Hebammenwesens wird jedoch im Hinblick auf die höhere Anzahl von Pflegestudiengängen sichtbar (vgl. Tab. 2, Kap. 1.2.3). Gleichzeitig kann eine Diskrepanz zwischen angebotenen Bachelor- und Masterstudiengängen festgestellt werden, die alle aufgeführten Gesundheitsfachberufe betrifft. Die gegenwärtig in den Gesundheitsfachberufen i. d. R. am häufigsten vertretenen ausbildungsintegrierenden und dualen Studiengänge (vgl. Kap. 2.1.2.2- 2.5.2.2) stellen international eine Besonderheit dar. Eine entscheidende Herausforderung bei diesem Studienmodell ist die curriculare Konstruktion unter Berücksichtigung der geltenden Berufsgesetze der Gesundheitsfachberufe. Das primärqualifizierende Studium stellt das Qualifikationsprofil der Vollakademisierung dar und bietet nicht nur die Chance zur Akademisierung der gesamten Berufsausbildung der Gesundheitsfachberufe, sondern geht auch mit einer Verlagerung des Zuständigkeitsbereichs zugunsten der Möglichkeit einer einheitlichen Qualitätssicherung der Ausbildung einher, die den Standards der Berufsbildungsgesetze entspricht.

²⁵³ Insgesamt betrachtet ist der Präzisionsgrad der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die jeweiligen Gesundheitsfachberufe eher gering angelegt, so dass die konkreten Ausgestaltungen der Ausbildung den einzelnen Bundesländern überlassen bleibt, was eine bundesweite Heterogenität in der Schul- bzw. Ausbildungsqualität zur Folge hat.

²⁵⁴ Die Pflege ist hier ausgenommen

²⁵⁵ Pflege seit den 1990ern, Therapeutische Berufe und Hebammen seit der Jahrtausendwende

- **Unterschiedliche Qualifikationsprofile als Folge der heterogenen Ausbildungslandschaft**

Aufgrund der heterogenen Ausbildungsstrukturen auf sekundärer und auch tertiärer Ebene sind unterschiedliche Qualifikationsprofile in den jeweiligen Berufen die Folge, deren Auswirkung bislang nicht untersucht wurde. Die unterschiedlichen Kompetenzprofile sind dabei nicht nur der parallelen Existenz der Fachschulausbildungen und der akademischen Ausbildung geschuldet²⁵⁶, sondern auch durch die sehr unterschiedliche inhaltliche Ausrichtung der Studiengänge. Die Logopädie ist bspw. zusätzlich aus historischen Gründen stärker zersplittert als die anderen Gesundheitsfachberufe (vgl. Kap. 2.4.2.1). Anders als bei der Physio- und Ergotherapie gibt es auf dem Gebiet der Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie neben der Logopädie weitere Berufsgruppen, wie z. B. Sprachtherapeuten/innen etc., die weitere unterschiedliche Ausbildungswege und akademische Berufsabschlüsse aufweisen. Ernsthaftige Bestrebungen zur Vereinheitlichung dieser Berufsbilder sind bislang nicht zu erkennen.

- **Deutsche Ausbildung hinkt dem europäischen Ausland hinterher**

Der exemplarische Vergleich europäischer Ausbildungsstrukturen der Gesundheitsfachberufe (Kap. 2.1.2.3 - 2.5.1.3) zeigt, dass die Ausbildungen in der Regel auf Hochschulniveau angesiedelt sind und eine allgemeine (Fach-)Hochschulreife voraussetzen. Die hierzulande in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (AltPflAPrV, KrPflAPrV, PhysTh-APrV, ErgThPrV, LogAPrO, HebAPrV) festgelegte Zulassungsvoraussetzung des „mittleren Bildungsabschlusses“ für die nicht akademische Ausbildung der Gesundheitsfachberufe stellt im europäischen Ländervergleich damit eine Ausnahme dar und gefährdet die internationale Anschluss- und Konkurrenzfähigkeit. Die Pflege leidet diesbezüglich zusätzlich noch unter der systemischen Trennung der Berufsgesetze Altenpflege sowie Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege (vgl. Kap. 2.1.2.1). Ein Nachholbedarf besteht insbesondere an der Einrichtung von Masterstudiengängen, universitären Lehrstühlen sowie Promotionsmöglichkeiten, um wissenschaftliche Karrieremöglichkeiten zu ermöglichen.

3. Welche zukünftigen Einsatz- und Arbeitsfelder sind in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit zu identifizieren?

Aktuelle und zukünftige Einsatz- und Arbeitsfelder ergeben sich aus dem Anforderungswandel an die Gesundheitsfachberufe (vgl. Kap. 1.2.1.2) und der damit zusammenhängenden Erweiterung des Leistungsspektrums zur Anpassung an gesellschaftspolitische Veränderungen und Modernisierungsprozesse. Im Zuge des notwendigen Ausbaus von Gesundheitsförderung und Prävention, des Beratungsbereichs, integrierter bzw. vernetzender Versorgungsformen und dem Ausbau von Forschungsstrukturen (vgl. Kap. 1.2.1.3) entwickeln sich derzeit neue Einsatz- und Arbeitsfelder, auf die alle betrachteten Gesundheitsfachberufe zukünftig vorbereitet werden müssen.

- **Einsatz- und Arbeitsfelder im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention**

Gesundheitsförderung und Prävention in unterschiedlichen Settings gewinnt für alle Gesundheitsfachberufe an Bedeutung. Berufsspezifische Entwicklungen zeigen (vgl. Kap. 2.1.3 - 2.5.3), dass präventive und gesundheitsfördernde Konzepte besonders in Betrieben, Schulen und Kindergärten sowie Familien neue und notwendige Einsatzfelder bieten. Organisatorische und finanzielle Rahmenbedingungen sind bei diesen „aufsuchenden“ Angeboten größtenteils noch zu entwickeln. Vor allem der vermehrte Einsatz von Heilmitteln zu präventiven Zwecken verdeutlicht den berufsübergreifenden

²⁵⁶ die seit den jeweiligen Modellklauseln in den Berufsgesetzen nicht verzahnt bzw. aufeinander aufbauend konzipiert werden müssen

Paradigmenwechsel von der Krankheits- zur Gesundheitsorientierung (vgl. Kap. 2.2.3 - 2.4.3).

- **Einsatz- und Arbeitsfelder im Beratungsbereich**

Beratung, Schulung und Anleitung stellen für alle Gesundheitsfachberufe weiterhin wichtige zukünftige Aufgaben dar. Der ambulante Sektor und niederschwellige Dienste gewinnen dabei besonders an Bedeutung. Die berufsspezifischen Ausführungen (vgl. Kap. 2.1.3 - 2.5.3) zeigen, dass sich zukünftig eine Vielzahl von Aufgabenkomplexen für eine zielgruppenspezifische Beratung und Hilfestellung zur Erhaltung der selbstständigen Lebensführung vom präventiven bis zum rehabilitativen Versorgungsbereich eröffnen.

- **Einsatz- und Arbeitsfelder in vernetzten und multidisziplinären Versorgungsformen**

Um zukünftig eine bedarfsgerechte Versorgung im Rahmen des sich wandelnden Krankheitsspektrums hin zu chronischen Langzeiterkrankungen und Multimorbidität sicherzustellen, werden neue Versorgungs- und Kooperationsformen notwendig, die verstärkt interdisziplinäre bzw. multiprofessionelle Arbeitsweisen erfordern (vgl. Kap. 1.2.1.2). Dabei nehmen für die Gesundheitsfachberufe Aufgabenkomplexe, die im Zusammenhang mit Versorgungsprozessessteuerung stehen (Schnittstellenmanagement, Care- und Case Management) auf allen Ebenen der Versorgung (Mikro-, Meso- und Makroebene) an Bedeutung zu (vgl. Kap. 1.2.1.3).

- **Einsatz- und Arbeitsfelder in Forschung und Wissenschaft**

Aus dem Nachholbedarf und dem Professionalisierungsdruck der Gesundheitsfachberufe ergibt sich im Rahmen der Akademisierung die Chance und Notwendigkeit zum Auf- und Ausbau einer eigenständigen Wissenschaft (Forschung und Lehre) (vgl. Kap. 1.2.1.4).

- **Einsatz- und Arbeitsfelder mit mehr Handlungskompetenz**

Berufsspezifische Entwicklungen und Diskussionen über Delegation oder Substitution heilkundlicher Tätigkeiten sowie über den Direktzugang (vgl. 2.1.3; Kap. 2.2.3) weisen auf zukünftige Einsatz- und Arbeitsfelder mit mehr Autonomie und Handlungsspielraum hin. Damit einhergehend ist eine Neudefinition der Berufsfelder und Kompetenzprofile notwendig sowie die Definition von Verantwortungs- und Haftungsbereichen der einzelnen Berufsprofile, insbesondere von akademisch qualifizierten Personen..

4. Wie müssen die Ausbildungsstrukturen weiterentwickelt werden, um zukünftigen Anforderungen gerecht zu werden?

Unter Berücksichtigung empirischer und theoretischer Ansätze sowie der Workshopergebnisse mit verantwortlichen Personen der Modellstudiengänge (vgl. Kap. 4) werden nachfolgende relevante Qualitätsdimensionen für die Weiterentwicklung der Modellstudiengänge herausgearbeitet:

1. Befähigung zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand
2. Vermittlung klinischer Kompetenzen auf Bachelorniveau
3. Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses
4. Förderung von interprofessionellem Lernen und Handeln

4 Qualitätsdimensionen für die Weiterentwicklung der Modellstudiengänge der Pflege- und Gesundheitsfachberufe (Ingrid Darmann-Finck)

Da die Qualitätsdimensionen zur Weiterentwicklung der Berufsfelder weniger für die Evaluation der Modellstudiengänge im engeren Sinne zugrunde gelegt werden können, beschränken wir uns in diesem Arbeitsschritt nur auf die Qualitätsdimensionen für die Weiterentwicklung der Modellstudiengänge. Für die Weiterentwicklung der Ausbildungen insgesamt bzw. der Berufsfelder sind darüber hinaus z. B. die Qualitätsdimensionen „Entwicklung eigenständiger wissenschaftlicher Disziplinen und Forschung“, „Förderung von Kooperation und Interdisziplinarität“, „Eröffnung eigener Zuständigkeits- und Verantwortungsbereiche“ und „Sicherstellung von Durchlässigkeit“ relevant. Diese Qualitätsdimensionen werden vor allem in Arbeitspaket C („Bewertung der Ergebnisse und Empfehlungen“) bedeutsam sein.

Für die Ermittlung der Qualitätsdimensionen, die für eine zukunftsweisende Gestaltung der Modellstudiengänge relevant sind, wurden zunächst die vorliegenden Status Quo – Berichte einer Analyse auf Gemeinsamkeiten unterzogen. Im zweiten Schritt wurden außerdem theoretische Ansätze hinzugezogen, die das professionelle Handeln in der Gesundheitsversorgung zu konzeptionalisieren vermögen, da sich Qualitätsdimensionen als normative Kategorien nicht allein aus Zustandsbeschreibungen ableiten lassen, nämlich:

- Die strukturtheoretische Professionalisierungstheorie von Oevermann (1996; 2002) lässt sich als eine Reflexionsfolie für das professionelle Handeln in den Gesundheitsfachberufen nutzen (z. B. Weidner 2011; Raven 2009), auch wenn sich nicht alle Punkte übertragen lassen (Darmann-Finck 2009). Professionen sind mit der stellvertretenden Krisenbewältigung von Laien befasst, wobei die Gesundheitsfachberufe auf die (Wieder-) Herstellung der somato-psycho-sozialen Integrität der Menschen gerichtet sind. Die Strukturlogik professionalisierten Handelns ist Oevermann zufolge durch die widersprüchliche Einheit der **Anwendung einer wissenschaftlich fundierten generalisierten Wissensbasis** auf der einen Seite und der **Rekonstruktion des individuellen Falls einer/eines Klientin/Klienten im Arbeitsbündnis** zwischen Professionellen und Klient/innen auf der anderen Seite gekennzeichnet. Indem die Gesundheitsfachberufe stellvertretend für die Krise bzw. das Gesundheits- oder Pflegeproblem einer/eines individuellen Patientin/Patienten eine Intervention finden müssen, ist das Handeln nur bedingt standardisierbar und in der letzten Konsequenz von Nicht-Wissen geprägt. Da die Gesundheitsfachberufe wie Professionen insgesamt mit zentralen Werten (hier der somato-psycho-sozialen Integrität der Menschen) zu tun haben und weil die professionelle Beziehungsstruktur anfällig ist für Rollenkonfusionen, ist des Weiteren **ethisch-moralische Kompetenz** unabdingbar.
- Um zugleich die berufsfeldspezifischen Aspekte zu berücksichtigen, wird neben der Oevermannschen Professionalisierungstheorie der Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft von Friesacher (2008) hinzugezogen. Zwar handelt es sich um eine Pflegetheorie, diese ist aber auf einem hohen Abstraktionsniveau angesiedelt und lässt sich daher in ihren Komponenten auch auf die anderen Gesundheitsfachberufe, die an den zu evaluierenden Modellstudiengänge beteiligt sind, übertragen. Zudem liegt für die anderen Berufe bislang kein vergleichbares theoretisches Konstrukt vor. Auch Friesacher bezieht sich zunächst auf den o.g. Oevermannschen Ansatz, zusätzlich greift er auf die Habermassche kritische Gesellschaftstheorie zurück und erweitert diese durch Honneths Theorie der Anerkennung. Diese Theorien liefern nicht nur einen kritischen Maßstab zur moralischen Bewertung der Praxis in der Gesundheitsversorgung, sondern sie bieten

zugleich eine **normative bzw. eine moralische Basis für das Handeln** von Professionellen. Schließlich ergänzt Friesacher seine kritische pflegewissenschaftliche Theorie um eine kritische Theorie der Natur und Technik im Anschluss an Böhme und Manzei (Böhme/Manzei 2003). Im **sinnlich-leiblichen Zugang zum Patienten/Klienten** sieht Friesacher die Spezialität der Pflege, u.E. gilt dies ebenfalls, vielleicht zum Teil in unterschiedlicher Ausprägung, ebenso für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe und die Hebammen, auch wenn dieses in diesen Berufen selbst noch nicht thematisiert wird.

Unter Berücksichtigung dieser beiden Zugänge, also eines empirischen (Status- quo Berichte) und eines theoretischen Zugang wurden vorläufige Kategorien entwickelt, die den Programmverantwortlichen der Modellstudiengänge am 2.11.2012²⁵⁷ zur Diskussion vorgelegt wurden. Auf der Basis der Rückmeldungen der Kolleginnen und Kollegen sowie nach erneuter Lektüre der theoretischen Literatur wurden die Kategorien einer Überarbeitung unterzogen und sowohl modifiziert als auch erweitert.

1. Befähigung zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand

Allen Berufsgruppen gemeinsam ist, dass die Anforderungen an die Wissensbasierung des professionellen Handelns gestiegen sind. Die Angehörigen der Pflege- und Gesundheitsfachberufe sollen in der Lage sein, ihr Handeln anhand von aktuellen wissenschaftlichen Evidenzen zu überprüfen und anzupassen.

In die Diskussion mit den Kolleg/innen am 2.11.12 wurde vom Evaluationsteam zunächst die Formulierung „Vermittlung eines wissenschaftlichen Habitus“ eingebracht. Die Kolleginnen und Kollegen beanstandeten zu Recht, dass dieser Anspruch für einen Bachelorstudiengang zu hoch gegriffen ist und es wurde die Frage gestellt, welcher Anspruch für einen Bachelorstudiengang angemessen ist. Oevermann (2002, 29) selbst differenziert zwischen der „Anwendung methodisierten Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand“ und der „Lösung von Krisen der Wissensbasis“. Während er diese verschiedenen Ziele noch den Fachhochschulen einerseits und den Universitäten andererseits zuweist, könnte damit u. E. besser eine Unterscheidung zwischen Bachelor- und Masterniveau getroffen werden. Die „Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand“ enthält auch die Fähigkeiten zur Recherche und Bewertung des Wissens.

Als Frage an die Studiengänge ergibt sich daraus „Wie fördert der Studiengang die Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand?“

2. Vermittlung klinischer Kompetenzen auf Bachelorniveau

Die beruflichen Ausbildungen in den Pflege- und Gesundheitsfachberufen in Deutschland sind dadurch gekennzeichnet, dass sie einen großen Schwerpunkt auf die praktische Ausbildung legen mit dem Ziel, klinische Handlungskompetenz zu fördern. Den Berufsgesetzen zufolge erstreckt sich die Ausbildung in der Praxis zwischen 1600 (Physiotherapie) und 3000 (Hebammenwesen) Stunden. Demgegenüber liegen die theoretischen (und praktischen) Anteile, die in Form von Unterricht erteilt werden, zwischen 1600 (Hebammenwesen) und 2900 Stunden (Physiotherapie). In der klinischen Ausbildung verortet Oevermann die zweite Professionalisierung, bei der die Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf die Lösung eines konkreten Falls im Mittelpunkt im Arbeitsbündnis mit

²⁵⁷ Arbeitstreffen der Modellstandorte und Auftragnehmer zur Durchführung der begleitenden Evaluation im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.

der/dem Patientin/Patienten steht. Der hohe Stellenwert, den die klinische Ausbildung in Deutschland hat, führt dazu, dass die Ausbildungsabsolvent/innen unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung bereits auf der Kompetenzstufe der „Kompetenten“ angesiedelt werden können, legt man das Kompetenzmodell von Benner (1994) zugrunde.²⁵⁸ International und explizit in den Ländern, in denen die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe schon weiter vorangeschritten ist, wird die klinische Ausbildung stärker auf die Sozialisation nach Abschluss der Ausbildung verlagert, was zumindest im amerikanisch-kanadischen Raum zum Teil erhebliche Probleme mit sich bringt (z. B. kurze Verweildauer im Beruf) (für die Pflege z. B. PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute 2007). Dies könnte als Argument dafür genommen werden, den hohen Anteil an klinischer Ausbildung beizubehalten. Dagegen lässt sich allerdings einwenden, dass die hohen Stundenzahlen für die klinische Ausbildung mit den Anforderungen an akademische Studiengänge zum Teil kollidieren und dass die klinische Ausbildung häufig stark auf Anpassung ausgerichtet ist und dort derzeit auch kaum die Bedingungen vorherrschen, um Bachelorstudierende in die Aufgaben einzuführen, die sie später übernehmen sollen. Insbesondere haben sie bislang kaum die Gelegenheit, die Vermittlung von Theorie (wissenschaftlichem Wissen) und Praxis (der individuelle Patientenfall) im Arbeitsbündnis zu erproben.

In der Diskussion am 2.11. wurde zunächst die Formulierung „Sicherstellung einer fundierten klinischen Ausbildung und der Verzahnung mit der hochschulischen Ausbildung“ vorgestellt. Diese Formulierung wurde nach den Rückmeldungen der Kolleg/innen verworfen, da nicht definiert ist, was mit „Sicherstellung“ und „fundiert“ gemeint ist. Anstelle von „Sicherstellung“ wird nun eine offene Frage gewählt, „fundiert“ lässt sich als Gelegenheit spezifizieren, wissenschaftliches Regelwissen auf den Fall eines/einer Patientin/Patienten im Arbeitsbündnis anzuwenden.

An die Modellstudiengänge lässt sich aus dem Gesagten die Frage ableiten, wie, also anhand welcher Ansätze sie die klinische Ausbildung, die auf Kompetenzen zur Anwendung des wissenschaftlichen Wissens auf die singuläre Situation einer/eines Patientin/Patienten im Arbeitsbündnis vor dem Hintergrund komplexer systemischer Anforderungen abzielt, als Bestandteil der hochschulischen Ausbildung gestalten?

Eine offene Frage, die u. E. nicht im Rahmen der vorliegenden Evaluation geklärt werden kann, besteht darin, wo und wie die Studierenden die Gestaltung und Reflexion des sinnlich-leiblichen Zugangs zur/m Patientin/Patienten lernen, eines Zugangs, der für das Fallverstehen von hoher Bedeutung ist?

3. Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses

In allen Gesundheitsfachberufen verschiebt sich, das geht aus den Status Quo Berichten hervor, bedingt durch den demographischen Wandel und die Veränderung des Krankheitspanoramas das Aufgabenspektrum zugunsten von Gesundheitsförderung und Prävention auf der einen und Rehabilitation sowie Palliation auf der anderen Seite. Diese Aufgaben erfordern noch stärker als eine kurativ ausgerichtete Gesundheitsversorgung die Berücksichtigung individueller, biographisch geprägter Besonderheiten der Patient/innen etwa im Rahmen von Beratung. Die Herausforderung bei der Gestaltung dieser Aufgaben besteht zwar auch in der Beherrschung technisch-instrumenteller Verfahren etwa der Patientenedukation, aber mehr noch in der Entwicklung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses zwischen Professionellen und Patient/innen. Oevermann (2002, 35) zu-

²⁵⁸ Benner et al. (2000, 105) gehen davon aus, dass diese Stufe „normalerweise“ nach ca. zwei Jahren Berufstätigkeit erreicht wird. „Auf der Stufe der/des kompetenten Pflegenden hat sich eine Pflegeperson die Fähigkeit angeeignet, gewisse typische Fortschritte im Genesungsprozess vorherzusehen und fühlt sich dementsprechend unbehaglich, wenn die Fortschritte, die die/der Patient/in macht, diesen auf Erfahrung beruhenden Erwartungen zuwiderlaufen.“ (Benner et al. 2000, ebd.).

folge ist das Arbeitsbündnis von Professionellen durch die widersprüchliche Einheit von Elementen der rollenförmigen und der diffusen Sozialbeziehung geprägt. Friesacher (2008) spezifiziert die Anforderungen an die Beziehungsgestaltung, indem er Habermas Theorie des kommunikativen Handelns als Rahmen für einen kritisch-emanzipatorischen Begriff des professionellen Handelns nutzt und um Honneths Theorie der Anerkennung erweitert. Während die Theorie des kommunikativen Handelns eine rationale Verständigung über Geltungsansprüche fordert, hebt die Theorie der Anerkennung stärker auf die Fürsorge für eine notleidende Person in ihrer Besonderheit ab. Charakteristisch für die professionelle Gesundheitsversorgung ist eine „leichte Fürsorge“ (Friesacher 2008, 301), bei der es sich um eine grundlegende Handlung und Einstellung der Fürsorge handelt, die von dem Bewusstsein der „Nicht-Identität“ und Andersheit der/des Anderen geprägt ist.

Die Modellstudiengänge sollen vor diesem Hintergrund daraufhin untersucht werden, wie sie die Studierenden dazu befähigen, ein Arbeitsbündnis mit Patient/innen zu entwickeln und zu reflektieren.

4. Förderung von interprofessionellem Lernen und Handeln

In keinem Papier, das sich mit Anforderungen an die Gesundheitsversorgung der Zukunft beschäftigt, fehlt die Forderung nach Kooperation und Interprofessionalität (z. B. Sachverständigenrat 2007; 2009; Wissenschaftsrat 2012; Robert Bosch Stiftung 2011). Um den zukünftigen Bedarfen in qualitativer und quantitativer Hinsicht gerecht werden zu können, muss die Zusammenarbeit der Berufe stärker von kooperativen Strukturen und geteilter Verantwortung geprägt sein als bisher. Dass darüber die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessert werden kann, belegen empirische Studien (Zwarenstein et al. 2009). Für die Modellstudiengänge folgt daraus, dass sie Kompetenzen anbahnen müssen, die für eine Zusammenarbeit der Berufe auf Augenhöhe notwendig sind.

In der Diskussion mit den Kolleginnen und Kollegen der Modellstudiengänge am 2.11.2012 wurde darauf hingewiesen, dass insbesondere die Zusammenarbeit mit der Medizin in den Blick zu nehmen ist und im Studium auch die Bezugswissenschaften zu berücksichtigen sind.

Für die Untersuchung der Studiengänge resultiert aus dieser Dimension die Frage, wie die Studiengänge die Befähigung zu interprofessionellem Lernen und Handeln fördern?

5 Literatur

Adler, G.; Knesebeck, J.-H von dem (2010): Auf akademischen Wegen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 107 (9), S. A386-A390.

Afentakis, A.; Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und –angebots in Pflegeberufen bis 2025. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Auszug aus *Wirtschaft und Statistik*, Wiesbaden. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/ProjektionPersonalbedarf112010.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 04.01.2013.

AG MTG - Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (2004): Eckpunkte der AG MTG. zur Konzipierung und Akkreditierung von Bachelor - Studiengängen für Ergotherapie, Hebammenwesen, Logopädie, Orthoptik, Physiotherapie.

AG MTG - Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (Hrsg.) (2007): Eckpunkte der AG MTG. Zur Konzipierung und Akkreditierung von Bachelor - Studiengängen für Ergotherapie, Hebammenwesen, Logopädie, Orthoptik, Physiotherapie. Online verfügbar unter: http://212.227.175.98/dokumente/arbeitsgemeinschaften/eckpunkte_akkreditierung.pdf, zuletzt geprüft am 12.11.2012.

AG MTG - Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (2011): Positionspapier der AG MTG. Zur Akademisierung der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe. Köln. Online verfügbar unter: http://www.agmtg.de/_pdf/Positionspapier.pdf, zuletzt geprüft am 12.09.2012.

AG MTG - Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (2012): Zuordnung der Gesundheitsfachberufe im DQR. Stellungnahme, März 2012.

Albrecht, M.; Loos, S.; Sander, M.; Schliwen, A.; Wolfschütz, A. (2012): Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. IGES Institut GmbH. Berlin.

Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften (1980): EU Richtlinie des Rates (80/154/EWG). Über die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweisen für Hebammen und über Maßnahmen zur Erleichterung der tatsächlichen Ausübung des Niederlassungsrecht und des Rechts auf freien Dienstleistungsverkehr. Online verfügbar unter: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:1980:033:0001:0007:DE:PDF>, zuletzt geprüft am 23.11.2012.

Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften (1980): EU Richtlinie des Rates (80/155/EWG). Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften betreffend die Aufnahme und Ausübung der Tätigkeiten der Hebamme. Online verfügbar unter: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31980L0155:DE:HTML>, zuletzt geprüft am 22.11.2012.

Angelescu, K. (2012): Inanspruchnahme von Leistungen der Hebammenhilfe durch GEK- Versicherte Schwangere 2008- 2009. Eine explorative Analyse von Routinedaten einer gesetzlichen Krankenkasse. (Masterarbeit). Universität Bremen. Bre-

men. Online verfügbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:46-00102787-10>, zuletzt geprüft am 14.12.12.

AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (Hrsg.) (2010): 16/1 - Geburtshilfe. Qualitätsindikatoren. Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2009. Göttingen. Online verfügbar unter: http://www.sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2009/bu_Gesamt_16N1-GE BH_2009.pdf, zuletzt geprüft am 09.11.2012.

AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (Hrsg.) (2011): 16/1 - Geburtshilfe. Qualitätsindikatoren. Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2010. Göttingen. Online verfügbar unter: http://www.sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2010/bu_Gesamt_16N1-GE BH_2010.pdf, zuletzt geprüft am 09.11.2012.

Augurzky, B.; Krolop, S.; Mennicken, R.; Schmidt, H.; Schmitz, H.; Terkat, S. (2011): Pflegeheim Rating Report 2011. Boom ohne Arbeitskräfte? Executive Summary. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.). RWI Materialien Heft 68, 07/2011, Essen. Online verfügbar unter: <http://www.rwi-essen.de/publikationen/rwi-materialien/250/>, zuletzt geprüft am 04.01.2013.

ASHA - American Speech-Language-Hearing Association (2003): Code of Ethics. Online verfügbar unter: www.asha.org, zuletzt geprüft am 14.12.2012.

AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.) (2012): Aktuelle Leitlinien. o.O. Online verfügbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien/II-liste/deutsche-gesellschaft-fuer-gynaekologie-und-geburtshilfe-dggg.html>, zuletzt geprüft am 22.11.2012.

Ayerle, G. M.; Sadowski, K. (2007): Familienhebammen in Sachsen-Anhalt. In: Gesundheit Berlin (Hrsg.): Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Berlin.

Bals, T. (2010): Interprofessionalität als zentrale Herausforderung. Gewinnung neuer Kompetenzprofile für die Berufe des Gesundheitswesens. Vortrag auf dem Symposium der der Robert Bosch Stiftung „Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen“ vom 11.06.10. Stuttgart.

Bals, T. (2011): Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), Schattauer 2011, S. 68-74. ISBN/EAN: 978-3-7945-2868-4.

Bals, T. ; Weyland, U. (2010): Berufliche Fachrichtung Gesundheit. In: Pahl, J.-P./Herkner, V. (Hrsg.): Handbuch Beruflicher Fachrichtungen. Bielefeld, 521-533.

BAOT - Der Britische Verband für Ergotherapeuten (British Association of Occupational Therapists and College of Occupational Therapists (2012): (COT). <http://www.baot.org.uk>, zuletzt geprüft am 10.01.2013.

Barzel, A.; Ketels, G.; Schön, G.; van den Bussche, H. (2011a): Erste deutschlandweite Befragung von Physio- und Ergotherapeuten zur Berufssituation. Teil 2: (Beruf-) Alltag als Therapeut. In: *physioscience* 7 (02), S. 55–62.

Barzel, A.; Ketels, G.; Schön, G.; van den Bussche, H. (2011b): Erste deutschlandweite Befragung von Physio- und Ergotherapeuten zur Berufssituation. Teil 3: Physio-

und Ergotherapeuten zwischen Kooperation und Konkurrenz. In: *physioscience* 7 (03), S. 91–98.

Barzel, A.; Ketels, G.; Schön, G.; van den Bussche, H. (2011c): Erste deutschlandweite Befragung von Physio- und Ergotherapeuten zur Berufssituation. Teil 4: Zufriedenheit im Beruf. In: *physioscience* 7 (04), S. 159–166.

Bährle, R. (2010): Fortbildungskosten und Rückzahlungsklauseln - was ist rechtlich möglich? In: *Et Reha* 49 (8), S. 38–40.

BÄK - Bundesärztekammer (2011): Tätigkeitsbericht 2011 der Bundesärztekammer. Fachberufe im Gesundheitswesen. Online verfügbar unter: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Taetigkeit2011_10.pdf, zuletzt geprüft am 13.09.2012.

BDH - Bund Deutscher Hebammen (Hrsg.) (2004): Die Familienhebamme. Karlsruhe.

BDH - Bund Deutscher Hebammen (Hrsg.) (2006): Expertise des Bund Deutscher Hebammen e.V. im Rahmen der Anhörung vor dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen am 24. August 2006 in Berlin zum Thema: „Neue Aufgabenverteilungen und Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsberufen im Sinne einer Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung“, Karlsruhe.

BDSL - Bundesverband Deutscher Schulen für Logopädie (2011): Positionspapier der BDSL. Zur Akademisierung der Gesundheitsfachberufe der Therapie - hier: Logopädie. Online verfügbar unter: http://bdslev.de/files/bdsl_positionierung_april_2011.pdf, zuletzt geprüft am 18.09.2012.

Behrens, J. ; Görres, S.; Schaeffer, D.; Bartholomeyczik & Stemmer, R. (2012): Agenda Pflegeforschung für Deutschland, Halle (Saale). Online verfügbar unter: http://www.ipp.uni-bremen.de/srv/www.ipp.uni-bremen.de/web/downloads/abteilung3/agenda_pflegeforschung.pdf, zuletzt geprüft am 10.01.2013.

Benner, P. (1994): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern usw.: Huber.

Benner, P.; Tanner, C. A.; Chesla, C. A. (2000): Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik. Bern usw.: Huber.

Beushausen, U.; Walther, W. (2010): Clinical Reasoning in der Logopädie. Therapeutische Entscheidungen bewusst treffen und fundiert begründen. Forum *Logopädie* Heft 4 (24) Juli 2010 30-37.

Beyerlein, C. (2010): Direktzugang in der Physiotherapie - Wie entscheiden sich Physiotherapeuten im Management ihrer Patienten? Universität Ulm. München.

Beyermann, G. (2001): Woher-Wohin? Didaktischer Leitfaden zur Ausbildungsplanung in den Gesundheitsberufen am Beispiel der Ergotherapie. Schulz-Kirchner.

BfHD - Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e. V. (Hrsg.) (2012): Hebammenschulen. Online verfügbar unter: <http://www.bfhd.de/ausbildung-zur-hebamme/hebammenschulen.html>, zuletzt geprüft am 22.11.2012.

BGBI (Bundesgesetzblatt) (1994): - MPhG - Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz). Abschnitt 3 Ausbildung als Physiotherapeut. Online verfügbar unter: www.buzer.de/gesetz/1314/b3694.htm, zuletzt geprüft am 28.08.2012.

Billig, M. (2011): Gesundheitsfachberufe: Drang zu akademischer Ausbildung. Deutsches Ärzteblatt 2011; 108(1-2): A-30 / B-22 / C-22.

Bischoff-Wanner, C.; Reiber, K. (2006): Studienmodelle mit Bachelor und Master in der Pflege in nationaler und internationaler Perspektive. Ein hochschuldidaktisches Forschungs- und Entwicklungsprojekt. Abschlussbericht. Unter Mitarbeit von Hanka Bendig. Gefördert von der Robert Bosch Stiftung GmbH Stuttgart. Hochschule Esslingen.

BLAWP - Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ (2012): Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes. Eingesetzt vom BMFSFJ und dem BMG (Hrsg.), Berlin. Online verfügbar unter: <http://bmg.bund.de/pflege/pflegekraefte/eckpunkte-pflegeberufegesetz.html>, zuletzt geprüft am 07.01.2013.

BLGS - Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (2012): Stellungnahme zu den Eckpunkten zur Vorbereitung eines neuen Pflegeberufegesetzes der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Online verfügbar unter: http://www.blgs-ev.de/images/download_pdf/20120517_stellungnahme_eckpunkte.pdf, zuletzt geprüft am 1.12.2012.

BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (2011): Vergleich EQF-/DQR-Systematik und Terminologie. ¹ Online verfügbar unter: http://www.ecvet-info.de/_media/Vergleich_EQF-DQR-Systematik_und_Terminologie.pdf, zuletzt geprüft am 03.01.2013.

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2011a): Daten des Gesundheitswesens 2011. Rostock. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Daten_des_Gesundheitswesens_2011.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2013

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2011b): Fünfter Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Online verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_der_Bundesregierung_ueber_die_Entwicklung_der_Pflegeversicherung_und_den_Stand_der_pflegerischen_Versorgung_in_der_Bundesrepublik_Deutschland.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2013

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2012a): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung 10/2012. Online verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/2012_04_Zahlen_und_Fakten_Pflegeversicherung.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2013.

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2012b): Finanzierung der Pflege durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG). Online verfügbar unter:

<http://www.bmg.bund.de/pflege/das-pflege-neuausrichtungsgesetz/finanzierung.html>, zuletzt geprüft am 05.02.2013.

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Stand: 15.08.2006. Online verfügbar unter <http://www.cotec-europe.org/userfiles/file/%20ot%20summary/Summary%202012.pdf>, zuletzt geprüft am 10.11.2012.

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2008): Pflegeausbildung in Bewegung. Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Online verfügbar unter: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/PiB_Abschlussbericht.pdf, zuletzt geprüft am 07.01.2013.

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012): Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege 2012 – 2015. Vereinbarungstext der Bundesregierung, der Länder und Kommunen, der Wohlfahrtsverbände, der Fach- und Berufsverbände der Altenpflege, der Bundesagentur für Arbeit, der Kostenträger und Gewerkschaften, Berlin. Online verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/vereinbarung-ausbildungs-und-qualifizierungsoffensive,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, zuletzt geprüft am 04.01.2013

BOD - Bundesverband der Orthoptistinnen Deutschlands e. V. (2012): Online verfügbar unter: <http://www.orthoptik.de/html/index.php?str=0>, zuletzt geprüft am 10.01.2013.

Bode, H.; Schröder, H.; Waltersbacher, A. (2008): Heilmittel-Report 2008. Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie: eine Bestandsaufnahme. Unter Mitarbeit von Steultjens et al. 2004 und M. Clure et al 2005, C. Voight-Radlof et al. 2004. Stuttgart: Schattauer.

Böhme, G.; Manzei, A. (Hrsg.) (2003): Kritische Theorie der Technik und Natur. München: Wilhelm Fink Verlag.

Bomball, J., Schwanke, A., Stöver, M., Schmitt, S.; Görres, S. (2010): Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten - Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufs. Ergebnisbericht. Erstellt im Auftrag des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege. Online verfügbar unter: http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/abteilung3/Image_Abschlussbericht.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2013.

Borgetto, B.; Siegel, A. (2009): Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Eine Einführung in die sozialwissenschaftlichen Grundlagen des beruflichen Handelns. 1. Aufl. Bern: Huber.

bpb- Bundeszentrale für politische Bildung (2012): Zahlen und Fakten. Die soziale Situation in Deutschland. Haushalte nach Zahl der Personen. Online verfügbar unter: <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61587/haushalte-nach-zahl-der-personen>, zuletzt geprüft am 10.12.12.

- Brasch, M. (2010):** Akzeptanz des Direktzuganges unter Physiotherapeuten- Welchen Einfluss haben die fachlichen Kompetenzen? Alice - Salomon Hochschule. Berlin.
- Brasch, M.; Rübiger, J. (2011):** Wie Patienten vom Direktzugang zur Physiotherapie profitieren (könnten). In: *Public Health Forum* 19 (1), S. 23.
- Brauer, T.; Tesak, J. (2010):** Logopädie - was ist das? Idstein: Schulz-Kirchner.
- Braun, B. (2006):** Geburten und Geburtshilfe in Deutschland. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Bundesagentur für Arbeit (2011):** Arbeitsmarktberichterstattung: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland, Nürnberg. Online verfügbar unter: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berichte-Broschueren/Arbeitsmarkt/Generische-Publikationen/Gesundheits-und-Pflegeberufe-Deutschland-2011.pdf>, zuletzt geprüft am 04.01.2013.
- Bundeseinheitliches Heilmittelpositionsnummernverzeichnis.** Online verfügbar unter: <http://www.dmrz.de/positionsnummern-verzeichnis-sonstige-leistungserbringer.pdf>, zuletzt geprüft am 12.09.2012.
- Bundesinstitut für Berufsbildung (2012).** Internetversion des BIBB-Datenreports zum Berufsbildungsbericht 2011 – Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung, Bonn. Online verfügbar unter: <http://datenreport.bibb.de/html/dr2012.html>, zuletzt geprüft am 04.01.2013.
- Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e. V.** Online verfügbar unter <http://www.bed-ev.de/home/default.aspx>, zuletzt geprüft am 13.09.2012.
- Büscher, A.; Sivertsen, B.; White, J. (2010):** Nurses and Midwives: A force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization 2009. WHO (Hrsg.). Copenhagen Ø, Denmark. Online verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/114157/E93980.pdf, zuletzt geprüft am 01.12.2012.
- BVerwG - Bundesverwaltungsgericht (2010):** Heilpraktikererlaubnis für Physiotherapeuten. Urteil vom 26.08.2009. In: *Gesundheitsrecht*. 9(1): 39.
- Childs, J. D.; Whitman, J. M.; Sizer, P. S.; Pugia, M. L.; Flynn, T. W.; Delitto, A. (2005):** A description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions. In: *BMC Musculoskeletal Disord* 6 (1), S. 32.
- COTEC - Council Occupational Therapists European Countries (2012):** Summary of the occupational therapy profession in Europe. Online verfügbar unter: <http://www.cotec-europe.org/userfiles/file/%20ot%20summary/Summary%202012.pdf>, zuletzt geprüft am 27.11.2012.
- CPLOL - Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne (Hrsg.) (1998):** Minimum standards for Initial Education. In: CPLOL 1988-1998. 10 years of activities. Isbuergues. L'Ortho-édition, 60-65.
- CPLOL - Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne (Hrsg.) (2003):** Rechtliche Grundlagen zur Berufsausübung und Anerkennung von Logopäden in Europa - Ergebnisse einer Umfrage des CPLOL. Ar-

beitispapier der Kommission Ausbildung/Berufsprofil des CPOLOL. Online verfügbar unter: http://www.dbl-ev.de/fileadmin/media/fachinformationen/ausbildung_und_studium/cplol_umfrage_grundl_akad.pdf, zuletzt geprüft am 13.12.2012.

CPOLOL - Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne (Hrsg.) (2006): Speech and Language Therapy in France. Online verfügbar unter: <http://www.cplol.eu/eng/SLTinFrance.htm>, zuletzt geprüft am 13.12.2012.

CPOLOL - Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne (Hrsg.) (2008): Report on Speech and language therapy in the European Union. Online verfügbar unter: http://www.cplol.eu/files/SLT_PP_EU_2008.pdf, zuletzt geprüft am 18.09.2012.

CPOLOL - Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne (Hrsg.) (2009): Annual Statistics of Initial SLT Education Data in Europe: 31 December 2007 and 2008. Online verfügbar unter: http://www.cplol.eu/fra/Annual_Statistics_Summary_2008.pdf, zuletzt geprüft am 18.09.2012.

DACHS – Projekt (Deutschland, Austria, Schweiz, Südtirol) (2005): Weiterentwicklung des Berufes und der Ausbildung der Ergotherapie insbesondere in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention unter Berücksichtigung von Arbeitsmarkt und Berufsbefähigung. Online verfügbar unter: <http://www.dachs.it/>, zuletzt geprüft am 05.12.2012.

Daker-White, G.; Carr, A. J.; Harvey, I.; Woolhead, G.; Bannister, G.; Nelson, I.; Kammerling, M. (1999): A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. In: *J Epidemiol Community Health* 53 (10), S. 643–650.

Darmann-Finck, I. (2009). Professionalisierung durch fallrekonstruktives Lernen? In: Darmann-Finck, I.; Böhnke, U.; Straß, K. (Hrsg.) (2009): Fallrekonstruktives Lernen in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit. Frankfurt/Main: Mabuse, S. 11-36.

Darmann-Finck, I. (2012): Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien. In *Pflege & Gesellschaft*, 17 (3). Beltz Juventa, 216-232.

dbl - Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (Hrsg.) (1998): Berufsleitlinien. Duisburg. Online verfügbar unter: <http://www.logopaedie-becker-frankfurt.de/img/Berufsleitlinien.pdf>, zuletzt geprüft am 13.12.2012.

dbl - Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (Hrsg.) (2010a): Logopädie - Ausbildung und Beruf. Daten und Fakten - Stand Januar 2010. Online verfügbar unter: http://www.dbl-ev.de/fileadmin/media/publikationen/ausbildung_beruf.pdf, zuletzt geprüft am 18.09.2012.

dbl - Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (Hrsg.) (2010b): Berufsleitlinien in der Fassung des Beschlusses der Mitgliederversammlung vom 04.06.2010. Online verfügbar unter: <http://www.dbl-ev.de/fileadmin/media/publikationen/Berufsleitlinien.pdf>, zuletzt geprüft am 18.09.2012.

- dbl - Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (Hrsg.) (2011):** Definition der Logopädie: Ergebnis einer internationalen Zusammenarbeit auf CPOOL-Ebene. Meldung, 14.11.2011. Online verfügbar unter [http://dbl-ev.de/index.php?id=1507&tx_ttnews\[tt_news\]=2245&cHash=d387c75350](http://dbl-ev.de/index.php?id=1507&tx_ttnews[tt_news]=2245&cHash=d387c75350), zuletzt geprüft am 18.09.2012.
- dbl - Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (Hrsg.) (2012a):** Studiengangsübersicht. Logopädiespezifisch orientiert. Online verfügbar unter: http://www.dbl-ev.de/fileadmin/media/fachinformationen/ausbildung_und_studium/0603_2012_Uebersicht_Studiengnge_Logo_222.pdf, zuletzt geprüft am 13.12.2012.
- DBM - Deutscher Berufsverband der Motopädinnen und Motopäden e. V. (2012).** Online verfügbar unter: <http://www.motopaedie-verband.de/12.html>, zuletzt geprüft am 13.12.2012.
- DBR – Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2007):** Pflegebildung offensiv – Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe 2006. Urban & Fischer, München.
- DBR - Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2009):** Pflegebildung offensiv – Eckpunkte zum Bildungskonzept. Kurzfassung. Elsevier, Urban & Fischer Verlag. Online verfügbar unter: www.bildungsrat-pflege.de/includes/tng/pub/tNG_download4.php?id_mnu=103&id_mod=2&nPath=95&language=1&KT_download13=f8cb03e68d9c81fb4152fd22664a2c0c, zuletzt geprüft am 04.01.2013.
- dbs - Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (Hrsg.) (2010):** Leitbild „Akademischer Sprachtherapeut /Akademische Sprachtherapeutin“. dbs-Dozentenkonferenz 2010. Online verfügbar unter: http://www.dbs-ev.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/dbs_Leitbild.pdf?PHPSESSID=c520230e76d2b70522d624cf59ab55ae, zuletzt geprüft am 18.09.2012.
- Dehn-Hindenberg, A. (2008):** Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Idstein. Schulz-Kirchner.
- De Jong, A.; Landenberger, M. (2005).** Ausbildung Pflege- und Gesundheitsberufe in den Niederlanden. In: Landenberger, M.; Stöcker, G.; Filkins, J.; de Jong, A.; Them et al., C.: Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. S. 111 – 137. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover .
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (Hrsg.) (2007):** Überlegungen zur Delegationsfähigkeit ärztlicher Leistungen. Eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. Online verfügbar unter: http://www.dgim.de/portals/pdf/%C3%9Cberleg-Delegationsf%C3%A4higkeit_2007.pdf, zuletzt geprüft am 13.12.2012.
- Deutscher Bundestag (2006):** Gesetzgebung im Bereich Logopädie und Sprachtherapie Drucksache 16/1575. Online verfügbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/017/1601762.pdf>, zuletzt geprüft am 18.09.2012.
- DPR & DBR- Deutscher Pflegerat e.V.; Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2012).** Stellungnahme „Entwurf eines Pflegegesetzes – Stand 01.03.2012“.

Dachs, C. E. (2012): Auftrag und Anforderungen an das Hebammenwesen in Deutschland. Rechte und Pflichten der Hebammen in der Ausübung ihres Berufes. Hauptstadtkongress. Berlin.

Deutscher Bundestag (2011): BKiSchG - Bundeskinderschutzgesetz. Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen. o. O.

Deutscher Bundestag (2012): Die belegärztliche Geburtshilfe in Deutschland. Drucksache 17/10627.

DGGG - Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Hrsg.) (2012): Aktuelle Leitlinien. Online verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien/ll-liste/deutsche-gesellschaft-fuer-gynaekologie-und-geburtshilfe-dggg.html>, zuletzt geprüft am 22.11.2012.

DGHWi - Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (Hrsg.) (2012): Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi e.V.) zur Reform der Pflegeausbildung. Neufassung der europäischen Berufsanerkenntnisrichtlinie (Richtlinie 2005/36/EG).

DHV - Deutscher Hebammenverband e.V. (Hrsg.) (2008): Rahmencurriculum für eine modularisierte Hebammenausbildung. Pädagogischer Fachbeirat des DHV. Karlsruhe.

DHV - Deutscher Hebammenverband e.V. (2009): Qualität in der freiberuflichen Hebammentätigkeit. Karlsruhe.

DHV - Deutscher Hebammenverband e.V. (2010): Die Petition. Karlsruhe. Online verfügbar unter: <http://www.hebammenverband.de/index.php?id=1341>, zuletzt geprüft am 22.11.2012.

DHV - Deutscher Hebammenverband e.V. (Hrsg.) (2011a): Hebammenausbildung an die Hochschule. Positionspapier des Pädagogischen Fachbeirates im Deutschen Hebammenverband e. V. Karlsruhe.

DHV - Deutscher Hebammenverband e.V. (Hrsg.) (2011b): Stellungnahme des Deutschen Hebammenverbandes zum Referentenentwurf des Versorgungsgesetzes 2011.

DHV - Deutscher Hebammenverband e.V. (2012a): Ergebnisse aus der Umfrage des DHV bei den Hebammenschulen vom Herbst 2011. Online verfügbar unter: <http://www.hebammenverband.de>, zuletzt geprüft am 14.12.2012.

DHV - Deutscher Hebammenverband e. V. (2012b): Studium. Stand 10/2012. Online verfügbar unter: <http://www.hebammenverband.de/>, zuletzt geprüft am 14.12.2012.

Dielmann, G. (2012): „Akademisierung der Gesundheitsfachberufe ja, aber ... „- Voraussetzungen und Konsequenzen aus Gewerkschaftssicht. Vortrag auf der Tagung: Die Zukunft der Gesundheitsberufe Was können Hochschulen dazu beitragen? Alice Salomon Hochschule Berlin am 29. November 2012 http://www.ash-berlin.eu/fileadmin/user_upload/pdfs/Infothek/Presse-_und_%C3%96ffentlichkeitsarbeit/Veranstaltungen/z12-11-29-tzgb-dielmann.pdf, zuletzt geprüft am 08.12.2012.

- Dörpinghaus, S.; Schröter, B. & Weidner, F. (2005):** Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Hebammenschulen in NRW. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter:
http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/pflege_und_gesundheitsberufe/ausbildungsrichtlinien/ausbildungsrichtlinien-hebammen-nrw_barr.pdf, zuletzt geprüft am 09.10.2012.
- Dörpinghaus, S. (2011):** Trendreport - Rehabilitation in Nordrhein - Westfalen. Cluster Gesundheitswirtschaft Nordrhein - Westfalen. Bielefeld.
- DQR – Deutscher Qualifikationsrahmen (2012).** Stand der Umsetzung. Online verfügbar unter:
http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de/de/der_dqr/stand_der_umsetzung/stand-der-umsetzung_fkntsaw6.html?&highlight=1&keys=stand+der+umsetzung&lang=1, zuletzt geprüft am 3.01.2013.
- DVE - Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (Hrsg.)(2004):** Revidierte Mindeststandards für die Ausbildung von Ergotherapeuten 2002, deutsche Übersetzung der "Revised Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists 2002" des Weltverbandes der Ergotherapeuten (WFOT), DVE-Geschäftsstelle Karlsbad 2004.
- DVE - Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (2007):** Definition Ergotherapie. Online verfügbar unter: <http://www.dve.info/fachthemen/definition-ergotherapie.html>, zuletzt geprüft am 13.09.2012.
- DVE - Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (2008):** Prävention in der Pädiatrie. In: *Ergotherapie & Rehabilitation* 47 (1), S. 12–13.
- DVE - Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (2011):** DVE-Liste der Ergotherapie-Studiengänge. Karlsbad. Online verfügbar unter:
http://www.dve.info/fileadmin/Userfiles/downloads/pdf/studiengaenge/Liste_ET_Studiengaenge_0611.pdf, zuletzt geprüft am 27.11.2012.
- DVE - Deutscher Verband der Ergotherapeuten (Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten) (2012):** Neue Wege zur Gesunderhaltung – Entwicklungen in der Ergotherapie. o. O. Online verfügbar unter:
<http://www.dve.info/presse/detail/article/neue-wege-zur-gesunderhaltung-entwicklungen-in-der-ergotherapie.html>, zuletzt geprüft am 13.09.2012.
- Ehrhard, T.; Ostwald, D.A. ; Franz, P. (2011):** Neue Berufe und Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen - Stand und Perspektiven. In P. Hensen, C. Kölzer (Hrsg.). *Die gesunde Gesellschaft*. Wiesbaden: VS Verlag. S. 105-121.
- Emons, J. K.; Luiten, M. I. J. (o. J.):** Midwifery in Europe. An inventory in fifteen EU-member states. EMLC - The European Midwives Liaison Committee (Hrsg.). Bilthoven - Netherlands. Verfügbar unter
http://www.deloitte.nl/downloads/documents/website_deloitte/GZpublVerloskundeinEuropaRapport.pdf, zuletzt geprüft am 1.12.2012.
- ENOTHE – European Network of Occupational Therapy in Higher Education (Hrsg.) (2000a):** Ergotherapie-Ausbildung in Europa: Curriculum- Richtlinien, Amsterdam 2000.

ENOTHE – European Network of Occupational Therapy in Higher Education (Hrsg.) (2000b): Occupational Therapy Education in Europe: an exploration, Amsterdam 2000.

ENOTHE - European Network of Occupational Therapy in Higher Education (Hrsg.) (2004): Specific Competences of the Occupational Therapist at BA Level (TUNING project), Mai/Juni 2004.

ENOTHE – European Network of Occupational Therapy in Higher Education (Hrsg.) (2012): Online verfügbar unter: <http://www.enothe.eu/>, zuletzt geprüft am 05.12.2012.

Eschenbeck, P.; Hoppstädter, W.; Muth-Köhne, M; Kerstin Radojewski, K. & Walkenhorst, U. (2011): Grundständiger Bachelor - Studiengang Ergotherapie an der Hochschule für Gesundheit Bochum. In: *ergoscience* 6 (4), S. 159–163.

ETF - dänischer Berufsverband für Ergotherapeuten (2012): Ergoterapeutforeningen, Online verfügbar unter: <http://www.etf.dk/>, zuletzt geprüft am 10.01.2013.

EQR - Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Europäische Union (2008): Online verfügbar unter: <http://europa.eu>, zuletzt geprüft am 14.12.2012.

Europäisches Parlaments und des Rates (2005): Richtlinie 2005/36/EG - über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Online verfügbar unter: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:de:PDF>, zuletzt geprüft 29.11.2012.

Evers, T.; Nauerth, A. (2004): Machbarkeitsstudie zur Entwicklung eines hochschulzertifizierten Fachweiterbildungsangebotes für die Angehörigen der nichtärztlichen Heilberufe in NRW. Fachhochschule Bielefeld im Auftrag des MAGS Düsseldorf. Unveröffentlicht.

Ewers, M.; Grewe, T.; Höppner, H.; Huber, W.; Sayn-Wittgenstein, F.; Stemmer, R.; Voigt-Radloff, S; Walkenhorst, U. (2012): Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. In: *Dtsch med Wochenschr* 2012; 137 (Suppl. 02), S.37-73. Georg Thieme Verlag KG. Stuttgart. Online verfügbar unter: http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/DMW_Supplement_Gesundheitsfachberufe_2012.pdf, zuletzt geprüft am 08.01.2013.

Fischer, A.; Danzon, M. (2000): Erklärung von München – Pflegende und Hebammen – ein Plus für Gesundheit. WHO - World Health Organisation (Hrsg.). Dänemark.

Fischer, A. (2007): Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Ergotherapieschulen in NRW. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Online Verfügbar unter: http://www.mags.nrw.de/08_PDF/002/Ergotherapieausbildung.pdf, zuletzt geprüft am 12.1.2013.

Fischer, A. (o. J.): Professionalisierung. Gesundheitsberufe auf dem Weg zu einem modernen Selbstverständnis. Vortrag, online Verfügbar unter: http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/uploads/media/HIT-Professionalisierung_02.pdf, zuletzt geprüft am 19.11.2012.

Fortbildungsfinder (2012): Fortbildungen für Sprachtherapeuten und Logopäden. Logopäden, Atem-, Sprech- und Stimmlehrer, Sprachheilpädagogen, Sprechwissenschaftler, Sprachheillehrer, Sprachtherapeuten. Online verfügbar unter: <http://www.fortbildungsfinder.de/>, zuletzt geprüft am 13.12.2012.

Frei, O. ; Müller, K. (2010): Logopädie und Integration - Interventionen in der Schweiz. Bachelor - Arbeit. Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich. Zürich.

Freitag, W. (Hrsg.) (2009): Neue Bildungswege in die Hochschule. Anrechnung beruflich erworbener Kompetenzen für Erziehungs-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bielefeld: wbv – Wilhelm Bertelsmann Verlag.

Freitag, W.; Ernst A. Hartmann, E.A.; Loroff, C.; Stamm-Riemer, I.; Völk, D. & Buhr, R. (Hrsg.) (2011): Gestaltungsfeld Anrechnung. Hochschulische und berufliche Bildung im Wandel. Waxmann 2011. Münster / New York / München / Berlin.

Friedrichs, A.; Schaub, H.-A (2011): Akademisierung der Gesundheitsberufe – Bilanz und Zukunftsperspektive. In: *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 28 (4), S. 1–13.

Friesacher, H. (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Osnabrück: V&R uni-press.

GBE - Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2010): Nichtärztliches Personal in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Funktionsbereich/Beruf, Art der Beschäftigung, Einrichtungsmerkmale (Einrichtungsart /Art der Zulassung). Online verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-in-stall/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=24472486&nummer=535&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=34860209, zuletzt geprüft am 18.09.2012.

GBE - Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2011a): Gestaltbare Tabelle: Pflegebedürftige (absolut, je 100.000 Einwohner, in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Art der Betreuung; Statistisches Bundesamt (Hrsg.) <http://www.gbe-bund.de>

GBE - Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2011b): Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Art der Beschäftigung, Berufe; Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Online verfügbar unter: <http://www.gbe-bund.de>

GBE - Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012a): Personal in Pflegeheimen (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Berufsabschluss, Tätigkeitsbereich, Beschäftigungsverhältnis. Online verfügbar unter: <http://www.gbe-bund.de/>, zuletzt geprüft am 04.12.2012.

GBE - Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012b): Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahresdurchschnitt (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Kassenart, Versichertengruppe. Online verfügbar unter: <http://www.gbe-bund.de/oowa921-in->

stall/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=2087217&nummer=254&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=1567464, zuletzt geprüft am 14.12.2012.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011): Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL. über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Online verfügbar unter: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-532/HeilM-RL_2011-05-19_bf.pdf, zuletzt geprüft am 06.09.2012.

Gerst, T.; Hibbeler, B. (2012): Gesundheitsfachberufe. Auf dem Weg in die Akademisierung. Deutsches Ärzteblatt. Jg. 109, Heft 49, 7. Dezember 2012.

Geus, M. de (2012): Midwifery in the Netherlands. KNOV. Netherlands.

GKV - Spitzenverband: GKV- Kennzahlen. Online verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp#lightbox, zuletzt geprüft am 23.08.2012.

GKV - Spitzenverband (2010): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV - Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. Berlin. Online verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/GKV_Leitfaden_Praevention_RZ_web4_2011.pdf, zuletzt geprüft am 23.08.2012.

GKV – Spitzenverband (Hrsg.) (2012): Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung. Ausgaben für Schwangerschaft /Mutterschaft. Juni 2012. Berlin.

GKV - Spitzenverband (2012): HIS - Heilmittel - Schnellinformation nach § 84 Abs. 5 i. V. m. Abs. 8 SGB V. Bundesbericht Januar - Dezember 2011. Online verfügbar unter: http://www.gkv-his.de/upload/HIS-Bericht-Bund_201104_871.pdf, zuletzt aktualisiert am 12.06.2012, zuletzt geprüft am 23.08.2012.

Golombek, J.; Fleßa, S. (2011): Einflussfaktoren auf die Verweildauer im Beruf und die Standortwahl des Arbeitsplatzes bei Gesundheits- und Krankenpflegern. Eine exemplarische Analyse bei Gesundheits- und Krankenpflegeschülern im zweiten und dritten Ausbildungsjahr in Berlin und im Land Brandenburg. Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät, Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement (Hrsg.). In: Heilberufe SCIENCE, Vol. 2, No. 1, p. 3-10.

Görres, S; Böckler, U. (2004): Innovative Potenziale und neue Märkte für zukünftige Dienstleistungen in der Pflege – Ergebnisse einer Delphistudie. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, Vol. 17/No. 2, S. 105 – 112, Verlag Hans Huber.

Görres, S.; Krippner, A.; Stöver, M. ; Bohns, S. (2006). Pflegeausbildung von morgen - Zukunftslösungen heute. Das Modellprojekt Integrierte Pflegeausbildung in Bremen im Diskurs. Wissenschaftliche Beiträge und praktische Erfahrungen. Lage: Verlag Hans Jacobs.

- Görres, S.; Hasseler, M.; Mittnacht, B. (2007).** Neue Herausforderungen und Aufgaben für Pflegeberufe. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 6, S. 328 – 329.
- Görres, S. (2008):** Akademisierung der grundständigen Ausbildung in der Pflege. Hohe Pflegequalität durch mehr Kompetenz. In: Die Schwester Der Pfleger, 4/ Jahrg. 05/08.
- Görres, S.; Reif, K. (2010):** Neue Steuerungsaufgaben in der Pflege. In: D. Schaeffer & K. Wingenfeld (Hrsg.). Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa Verlag, S. 581-598.
- Görres, S.; Behrens, J. ; Schaeffer, D. (2012):** Pflege braucht Eliten: Für eine Akademisierung von Gesundheitsfachberufen. Pressemitteilung der Universität Bremen Nr. 258/ 20.Juli 2012 SC. Online verfügbar unter: <http://www.ipp.uni-bremen.de/pages/aktuell.php?archiv=1>, zuletzt geprüft am 14.02.2013.
- Greening, M. (2011):** Identifizierung von Belastungsfaktoren und Beanspruchung von Hebammenschülerinnen während der Berufsausbildung. Eine qualitative und quantitative Studie zur Erfassung und Bewertung von Belastungsfaktoren und Beanspruchung von Hebammenschülerinnen. Technische Universität Darmstadt. Darmstadt.
- Greß, S.; Kiselev, J.; Mohokum, M.; Kuss, K.; van Wagenveld, A. (2011):** Die Rolle der Physiotherapie bei der Versorgung chronischer Erkrankungen. Internationale Erfahrungen und nationale Defizite. In: *Sozialer Fortschritt* 60 (7), S. 151–159.
- Grieshop, M. (2009):** Wie können die Rahmenbedingungen für die -Arbeit der Familienhebammen verbessert werden? In: *Hebamme* 22 (04), S. 250–253.
- Groll, T.; Zalpour C.; Lutz, C.; Kunstreich, S.; Speicher, S. (2005):** Auf dem Weg zur Professionalisierung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 2005 102 (14), S. A 966–968, zuletzt geprüft am 23.08.2012.
- Groth (2006):** "Early Intervention" als Präventionsmaßnahme in Betrieben - eine Aufgabe für die Ergotherapie? unveröffentlichte Bachelorarbeit. Hildesheim, Holzminden, Göttingen.
- Grönke, C.; Mebus, M. (2011):** Aphasie Partizipations Training. ICF-basierte Übungen für pragmatisch-kommunikative Alltagsfertigkeiten. 1. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Grötzbach, H. (Hrsg.) (2009):** ICF in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis ; [ein Praxis-Handbuch]. 1. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Hammer, E.; Bartjes, H. (2005):** Mehr Männer in den Altenpflegeberuf. Eine Expertise im Rahmen des Gender Mainstreaming erstellt vom Caritasverband der Diözese-Rottenburg-Stuttgart e.V. Herausgegeben von der Entwicklungspartnerschaft des EQUAL-Projektes „Dritt-Sektor Qualifizierung in der Altenhilfe“ – ein Kooperationsprojekt des Caritasverbandes der Diözese Rottenburg-Stuttgart e.V., des Diakonischen Werkes Württemberg e.V., des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Baden-Württemberg e.V. und anderer, Stuttgart.
- Hanika, H.; Roßbruch, R. (2007):** Europa und die Pflegequalifikationen in Deutschland – Die neue EG-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (1. Teil). Aus der Praxis 2/2007. Online verfügbar unter: <https://www.htw->

saarland.de/Members/robert.rossbruch/veroeffentlichungen/europa-und-die-berufsqualifikationen-teil-1.pdf, zuletzt geprüft am 12.9.2012.

Handgraaf, M.; Rößler, A.; Oelke & Klemme, B. (2005): Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Physiotherapieschulen in NRW. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter:

http://www.mags.nrw.de/08_PDF/002/ausbildungsrichtlinien-physiotherapie-nrw.pdf, zuletzt geprüft am 10.01.2013.

Hasseler, M.; Meyer, M. (2004): Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft. Professionalität erhöhen – Wettbewerbsvorteile sichern. Hannover. Schlütersche.

Havelková, O. (2006): Speech and Language Therapy in Czech Republic. CPLOL - Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne (Hrsg.). Online verfügbar unter: <http://www.cplol.eu/eng/SLTinCzechRep.htm>, zuletzt geprüft am 13.12.2012.

Heilmittelkatalog online (2011). Nachschlagewerk zur Ermittlung verordnungsfähiger Heilmittel entsprechend den Indikationen. Online verfügbar unter <http://www.heilmittel-katalog.de>, zuletzt geprüft am 01.12.2012.

Hellmers, C. (2002): Praxisanleitung in der Hebammenausbildung. Handlungsempfehlungen für Hebammen. Aachen: Shaker.

Hengeveld (2011): Untersuchen als Prozess, Clinical Reasoning. 2. Aufl. Hrsg. v. Antje Hüter-Becker. Stuttgart u.a.: Thieme.

Hirschberg, v. K. – R.; Kähler, B.; Kromark, K. (2009): Demografischer Wandel und Pflegeberufe – Auf den Spuren Elisabeths von Thüringen. Dokumentation des Wartburg-Symposiums am 09./10.07.2009, Eisenach. Online verfügbar unter: http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/bgw_20forschung/Wartburg-Symposium-Demografischer-Wandel.html?branchenwahl=246, zuletzt geprüft am 04.01.2013.

Hochschulkonferenz (Hrsg.) (2004): Bologna-Reader. Texte und Hilfestellungen zur Umsetzung der Ziele des Bologna-Prozesses an deutschen Hochschulen (HRK.Service-Stelle Bologna: Beiträge zur Hochschulpolitik 8/2004). Bonn: Service-Stelle Bologna.

HRG - Hochschulrahmengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Januar 1999 (BGBl. I S. 18), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 8. August 2002 (BGBl. I S. 3138). Online verfügbar unter: http://www.bmbf.de/pub/hrg_20020815.pdf, zuletzt geprüft am 10.01.2013.

Holdsworth, L. K.; Webster, V. S. (2004): Direct access to physiotherapy in primary care: now? - and into the future? In: *Physiotherapy* 90 (2), S. 64–72.

Holdsworth, L. K.; Webster, V. S.; McFadyen, A. K. (2006a): Are patients who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GPs? Results of a national trial. In: *Physiotherapy* 92 (1), S. 26–33.

- Holdsworth, L. K.; Webster, V. S.; McFadyen, A. K. (2006b):** Self-referral to physiotherapy: deprivation and geographical setting. In: *Physiotherapy* 92 (1), S. 16–25.
- Holdsworth, L. K.; Webster, V. S.; McFadyen, A. K. (2007):** What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. In: *Physiotherapy* 93 (1), S. 3–11.
- Holdsworth L. K; Webster, V. S.; McFadyen, A. K. (2008):** Physiotherapists' and general practitioners' views of self-referral and physiotherapy scope of practice: results from a national trial.". In: *Physiotherapy* 94 (3), S. 236–243.
- Howard, R.S; Lancee, J. (2000):** Ergotherapie-Ausbildung in Europa: Curriculum-Richtlinien. ENOTHE-Materialien. Amsterdam.
- Höppner, H. (2007):** Akademisierung der Gesundheitsfachberufe. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung und Effektivitätssteigerung gesundheitlicher Versorgung in Deutschland. In: Deitermann, B.; Kemper, C.; Glaeske, G. (Hrsg.). GEK- Heil- und Hilfsmittel-Report 2007, Bremen, Schwäbisch Gmünd, S. 28-38.
- Höppner, H. (2008):** Fit für die Zukunft. Zur aktuellen Professionalisierung der Physiotherapie. In: *Dr. med. Mabuse* 173, S. 40–43.
- Höppner, H. (2009):** „High Potentials“ – Zum (in)effektiven Einsatz studierter Physiotherapeuten für die Professionalisierung der Physiotherapie. In: *physioscience* 5 (02), S. 45–46.
- Höppner, H. (2011):** "Empowerment für die Promotion in den Gesundheitsfachberufen" Wissenschaftliche Nachwuchsförderung in Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Hebammenwesen. Vortrag von Frau Prof. Dr. Heidi Höppner, HVG e.V. HVG e.V. Halle - Wittenberg.
- Höppner, K. ; Kuhlmeiy, A. (2009):** Gesundheitsfachberufe im Wandel. Relation von ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. In *GGW* 2009. Jg. 9, Heft 2 (April), S. 7-14.
- Höppner, H.; Rübiger, J. (2009):** Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG) e. V. – ein Verbund für die Akademisierung der Physiotherapie im deutschsprachigen Raum. In: *physioscience* 5 (02), S. 90–91.
- Huber, W.; Poeck, K.; Springer. L. (2006):** Klinik und Rehabilitation der Aphasie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Hucke, B. (2011):** Angestellte ErgotherapeutInnen in Deutschland - Ergebnisse der neuen Umfrage des DVE. In: *Ergotherapie & Rehabilitation* 50 (9), S. 24–27.
- Hülsken-Giesler, M. (2011):** Qualifikationsrahmen in der Pflege – zwischen politischem Telos und fachwissenschaftlichen Anforderungen. In: *bwp@Spezial* 5 – Hochschultage Berufliche Bildung 2011, Fachtagung 14, hrsg. v. Darmann-Finck, I./Glissmann, G., 1-13. Online verfügbar unter: http://www.bwpat.de/ht2011/ft14/huelsken-giesler_ft14-ht2011.pdf, zuletzt geprüft am 10.11.2012.
- Hüter-Becker, A.; Dölken, M. (2005):** Untersuchen in der Physiotherapie. 42 Tabellen. Stuttgart, New York: Thieme.

- IALP – International Association of Logopedics and Phoniatics (1998):** IALP Guidelines for Initial Education in Logopedics (Speech/Language Pathology/Therapy, Orthophony etc.). In: Folia Phoniatr Logop , 50; 230-23.
- Igl, G. (2011):** Die akademische Perspektive der Pflege- und Gesundheitsfachberufe. Beruferechtliche Entwicklungsperspektive der Gesundheitsfachberufe. Vortrag auf der Informationsveranstaltung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Berlin, 5.Dezember 2011.
- ICM - International Confederation of Midwives (2011):** Glossary of Terms Used in ICM. Global Standards for Midwifery Education 20101. o.O.. Online verfügbar unter: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/MIDWIFERY%20EDUCATION%20GLOSSARY%20ENG%20FINAL12.5.pdf>, zuletzt geprüft am 09.11.2012.
- IFK - Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V. (2007):** IFK - Positionspapier - Direct Access. Direkter Zugang des Patienten zum Therapeuten. Bochum.
- IWAK - Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (2012):** Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen- Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“. Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt a.M., Juni 2012. Online verfügbar unter: http://www.iwak-frankfurt.de/documents/BadP_Gutachten.pdf, zuletzt geprüft am 13.09.2012.
- Jaque-Rodney, J. (2009):** Familienhebammen in NRW - Bestandsaufnahme -. Powerpoint-Präsentation auf der Fachtagung der Familienhebammen in Nordrhein-Westfalen in Bochum. Bochum.
- Jehn, P. (2011):** Berufsausbildung in der Ergotherapie. In: C. Scheepers und C. Berting-Hüneke (Hrsg.): Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln: Lehrbuch für die theoretische und praktische Ausbildung. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme, S. 19-40.
- Jeschke, K. (2012):** Zusammenfassung und kurze Auswertung des Gutachtens zur Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. DHV – Deutscher Hebammenverband e. V. (Hrsg.) Karlsruhe.
- Jette, D.; Ardleigh, K.; Chandler, K.; McShea, L. (2006):** Decision-Making Ability of Physical Therapists: Physical Therapy Intervention or Medical Referral. Physical Therapy. Orlando, Fla. (86, 12).
- Jurgons, S. (2009):** Die Bedeutung der Ethik im Professionalisierungsprozess der Physiotherapie. Ein Vergleich zwischen den USA und Deutschland. Zeitschrift für Physiotherapeuten (69, 12).
- Käble, K. (2006):** Gesundheitsberufe unter Modernisierungsdruck - Akademisierung, Professionalisierung und neue Entwicklungen durch Studienreformen und Bologna-Prozess. In: J. Pundt (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen - Potenziale -Perspektiven. Bern: Huber, S. 213–233.
- Kemper, C.; Sauer, K.; Glaeske, G. (Hrsg.) (2011):** BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011. Barmer GEK. Sankt Augustin: Asgard.
- Kerngruppe Curriculum (Hrsg.) (2006):** Integrative Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell. Pflegeberuflicher und pädagogischer Begründungsrahmen.

- Kjaer, B. (2004):** Speech and Language Therapy in Denmark. General Secretary. CPLOL - Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne (Hrsg.). Online verfügbar unter: <http://www.cplol.eu/eng/SLTinDenmark.htm>, zuletzt geprüft am 14.12.2012.
- Klemme, B.; Geuter, G.; Willimczik, K. (2007):** Physiotherapie - über eine Akademisierung zur Profession. In: *physioscience* 3 (2), S. 80–87.
- Klemme, B. (2011):** Plädoyer für eine Akademisierung der Lehrerausbildung für therapeutische Berufe. In: *bwp@Spezial* 5 – Hochschultage Berufliche Bildung 2011, Fachtagung 10, hrsg. v. Bonse-Rohmann, M./ Weyland, U., 1-13. Online verfügbar unter: http://www.bwpat.de/ht2011/ft10/klemme_ft10-ht2011.pdf, zuletzt geprüft am 1.11.2012.
- Knüppel, J. (2012):** Zahlen – Daten – Fakten „Pflege“. Hintergrundinformationen. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK e.V. (Hrsg.), Berlin. Online verfügbar unter: <http://www.dbfk.de/Startseite/Aktion-Tausche-wichtigen-gegen-guten-Arbeitsplatz/Zahlen---Daten---Fakten-Pflege-2012-01.pdf>, zuletzt geprüft am 06.01.2013.
- Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP (2009).** Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Unterzeichnet am 26.10.2009. Online verfügbar unter: <http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf>, zuletzt geprüft am 13.02.2013.
- Kok, C. (2006):** Speech and Language Therapy in the Netherlands. CPLOL - Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne (Hrsg.). Online verfügbar unter: <http://www.cplol.eu/eng/SLTintheNetherlands.htm>, zuletzt geprüft am 13.12.2012.
- Kongslöv, I. (2004):** Speech and Language Therapy in Sweden. CPLOL - Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne (Hrsg.). Online verfügbar unter: <http://www.cplol.eu/eng/SLTinSweden.htm>, zuletzt geprüft am 13.12.2012.
- Korthals-de Bos, I.; Hoving, J.; Tulder, M.; Rutten-van Mülken, P.; Adler, H.; Vet, H. et al. (2005):** Kosteneffizienzvergleich von Physiotherapie, manueller Therapie und hausärztlicher Therapie in der Behandlung von Nackenschmerzen. In: *Manuelle Medizin* 43 (5), S. 311–318.
- Köser, P. (2012):** Arbeitstherapie. Fachausschuss Arbeit und Rehabilitation. DVE - Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. Online verfügbar unter: <http://www.psychiatrie.de/therapie/arbeits therapie/>, zuletzt geprüft am 27.11.2012.
- Kubny-Lüke, B. (2011):** Geschichte der Ergotherapie in Deutschland. In: C. Scheepers und C. Berting-Hüneke (Hrsg.): Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln: Lehrbuch für die theoretische und praktische Ausbildung. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Lamura, G.; Mnich, E.; Wojszel, B.; Nolan, M.; Krevers, B.; Mestheneos, L.; Döhner, H. (2006):** Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen. In: *Z GerontolGeriatr* 39 (6), S. 429–442.

- Langen-Müller, U. de (2012):** Versorgungsrelevante Informationen zur Sprachtherapie. Eine kommentierte Zusammenfassung des AOK-Heilmittelberichts 2011. dbs - Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (Hrsg.). Online verfügbar unter <http://www.dbs-ev.de/20+M5a5d681c712.html?PHPSESSID=4e82e066029106797ff8cd3bc1258c0b>, zuletzt geprüft am 13.12.2012.
- Leemrijse, C. J.; Swinkels, I. C. S.; Veenhof, C. (2008):** Direct access to physical therapy in the Netherlands: results from the first year in community-based physical therapy. In: *Phys Ther* 88 (8), S. 936–946.
- Leinich, T. (2007):** Direct Access - Direkter Zugang zur Physiotherapie in Schweden. Evaluation. München. GRIN.
- Leisering, M. (2009):** Pflicht zur Fort- und Weiterbildung. Warum müssen Mitarbeiter fortgebildet werden, trotz ihrer hinreichenden Qualifikation und worin liegt dieser Anspruch begründet? Online verfügbar unter: www.pflegemarkt.com/de/fachartikel/pflicht-zur-fort-und-weiterbildung/?pdf=1, zuletzt geprüft am 08.01.2013.
- logopädieaustria (Stand: 2012):** Ausbildungsstätten. FACHHOCHSCHULEN. Online verfügbar unter: <http://www.logopaediaustria.at/de/ausbildungsstaetten/ausstaetten.htm>, zuletzt geprüft am 13.12.2012.
- Luther, B. (2008):** Rahmencurriculum für eine modularisierte Hebammenausbildung. Pädagogischer Fachbeirat des Deutschen Hebammenverbandes (BDH e. V.). DHV - Deutscher Hebammenverband e. V. (Hrsg.). Karlsruhe.
- Lüdtke, K. (2006):** Physiotherapeuten als Erstkontakt in Deutschland?! In: *physioscience* 2 (4), S. 133–134.
- MAGS (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen) (2009):** Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2009. Situation der Ausbildung und Beschäftigung in Nordrhein-Westfalen.
- Maki, O. (2006):** Speech and Language Therapy in Denmark. CPLOL - Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne (Hrsg.). Online verfügbar unter <http://www.cplol.eu/eng/SLTinDenmark.htm>, zuletzt geprüft am 13.12.2012.
- Malott, A. M.; Murray-Davis, B.; McDonald, H.; Hutton, E. (2009):** Midwifery Care in Eight Industrialized Countries: How Does Canadian Midwifery Compare? In: *FIGO*, S. 974–979.
- Marotzki, U. (o. J.):** Interview zur Zukunft der Ergotherapie mit Frau Ulrike Marotzki von der Fachhochschule Hildesheim. Fachhochschule Hildesheim. Hildesheim. Online verfügbar unter http://quepnet.fh-bielefeld.de/data/doc/id_491/U_Marotzki.pdf, zuletzt geprüft am 13.09.2012.
- Marotzki, U. (2004):** Zwischen medizinischer Diagnose und Lebensweltorientierung. Eine Studie zum professionellen Arbeiten in der Ergotherapie. 1. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner.

Marotzki, U.; Adam, P. (2008): Ergotherapie in der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention. In: P. Adam: Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation - Arbeitsfelder der Ergotherapie. Kirsten Köhler (Hrsg.). Stuttgart, New York, NY: Thieme.

Marquardt, M. (2004): Geschichte der Ergotherapie 1954-2004. 1. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner.

Mattfeld (2012): Akademisierung der Physiotherapie - Wer macht denn dann die Arbeit? Vortrag auf dem Hauptstadtkongress – Medizin und Gesundheit, Juni 2012.

McNeill, J.; Lynn, F.; Alderdice, F. (2010): Systematic Review of Reviews: The Public Health Role of the Midwife. Queens University. Belfast.

Metz, A.-M.; Kunze, D.; Hamann, L.; Gehltomholt, E.; Urbach, T. (2009): Demografischer Wandel in der Pflege – Konzepte und Modelle für den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften. Machbarkeitsstudie im Rahmen des Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen. BAuA (Hrsg.), Berlin. Online verfügbar unter: <http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Modellprogramm/Demographie-Pflege.html>, zuletzt geprüft am 04.01.2013.

Meyer, M. (2006): Pflegende Angehörige in Deutschland. Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen. Hamburg: LIT Verlag.

MGEPA - Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein - Westfalen (2011): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2011. Situation der Ausbildung und Beschäftigung. Düsseldorf. Online verfügbar unter: <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mgepa/landesberichterstattung-gesundheitsberufe-nordrhein-westfalen-2011/1205>, zuletzt geprüft am 1.12.2012.

MGEPA - Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2012): Pflege- und Gesundheitsberufe. Online verfügbar unter: <http://www.mgepa.nrw.de/pflege/pflegeberufe/index.php>, zuletzt geprüft am 28.01.2013.

Miesen, M. (2004): Berufsprofil Ergotherapie 2004. 1. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner.

Miesen, M. (2005): Die derzeitige Ausbildungslandschaft für Ergotherapeuten in Deutschland. In: *Ergotherapie und Rehabilitation* (8), S. 26–30.

Mischke, C.; Meyer, M.; Roßbruch, R. (2009): Entwicklung einer grenzüberschreitenden Entscheidungsgrundlage für die Anpassung des pflegefachlichen Aufgabenprofils. Projektabschlussbericht des Forschungsprojekts der Hochschule für Technik und Wirtschaft (HTW) des Saarlandes in Kooperation mit dem Institut für Gesundheits- und Pflegerecht (IGPR), Koblenz.

Möller-Wolf, D. (2007): Wunschtraum oder Wirklichkeit? Behandeln ohne Rezept – neue Möglichkeiten und ihre Grenzen. In: *Zeitschrift für Physiotherapeuten* 59 (3), S. 1–4.

MTD - Austria (Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs) (2006): MTD - Bericht. Erster Bericht über die gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs. Wien.

Müller-Gartner, M. A.; Salchinger, B. (2011): Wie denken die Physiotherapeuten in den Praktikumsstellen über die Ausbildung an der Fachhochschule? Qualitative und quantitative Ergebnisse einer schriftlichen Befragung in Österreich. In: *physioscience* (7), S. 14–18.

Muths, S. (2010): Machbarkeitsstudie – Konzeption und Überprüfung einer Akademischen Erstausbildung von Pflegeberufen auf der Basis des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes im Land Bremen. Erstellt im Auftrag der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. In: Görres, S./ Darmann-Finck, I./ Koppelin, F. (Hrsg.): Schriftenreihe des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, Ausgabe 06, Universität Bremen, Fachbereich 11. Online verfügbar unter: http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/ippsschriften/ipp_schriften06.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2013.

NETQUES - Network for tuning Standards and Quality of Education programmes in Speech and Language Therapy / Logopaedics across Europe (2011): Welcome to the NetQues website. Online verfügbar unter: <http://www.netques.eu/>, zuletzt geprüft am 14.12.2012.

Nieting, A.; Albrecht, H. (2009): 5 – Punkte – Papier zum Thema Familienhebamme Einführung. DHV – Deutscher Hebammenverband e.V. (Hrsg.). Karlsruhe.

NMC- Nursing & Midwifery Council (2009): Standards for pre-registration midwifery education. London. Online verfügbar unter: http://www.nmc-uk.org/Documents/NMC-Publications/nmcStandardsforPre_RegistrationMidwiferyEducation.pdf, zuletzt geprüft am 13.11.2012.

Nöbel, P. (2004): Ergotherapie in der betrieblichen Gesundheitsförderung. am Beispiel von WORK2WORK der Volkswagen AG/Standort Wolfsburg. o. O.

Nordemann, L.; Nilsson, B.; Möller, M.; Gunnarsson, R. (2006): Early access to physical therapy treatment for subacute low back pain in primary health care: a prospective randomized clinical trial. In: *Clin J Pain* 22 (6), S. 505–511.

Nowossadeck, E. (2012): Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. Robert - Koch – Institut (Hrsg.). Gesundheitsberichterstattung kompakt 2/2012, Berlin. Online verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012_2_Demografischer_Wandel_Alterung.html, zuletzt geprüft am 04.01.2013.

OECD (2011): Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing. Online verfügbar unter: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en, zuletzt geprüft am 1.12.2012.

Oelke, U.; Menke, M. (2005): Gemeinsame Pflegeausbildung: Modellversuch und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Bern: Verlag Hans Huber.

Oelke, U.; Hundenborn, G. & Kühn, C. (2003): Richtlinie für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter:

<http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/ausbildungsrichtlinie%2520krankenpflegeausbildung%2520nrw.pdf>, zuletzt geprüft am 13.09.2012.

Oevermann, U. (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, A.; Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Frankfurt/Main: Suhrkamp, S. 70-182.

Oevermann, U. (2002): Professionalisierungsbeurteilung und Professionalisiertheit pädagogischen Handelns. In: Kraul, M.; Marotzki, W.; Schweppe, C. (Hrsg.): Biographie und Profession. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, S. 19-63.

Offermanns, M. (2008): Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes. Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), Düsseldorf.

Oldmeadow L. B.; Bedi H. S.; Burch H. T.; Smith J. S.; et al. (2007): Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care. In: *Medical Journal of Australia* 186 (12), S. 625–628.

ONSF - The Ordre National des Sages-Femmes (2010): Survey of European Midwifery Regulators. Online verfügbar unter: http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/75_SecondSurveyofEuropeanMidwiferyRegulatorsEN.pdf, zuletzt geprüft am 13.11.2012.

Pahn, C.; Rausch, M.; Siegmüller, J. (2010): Vom Input zum Outcome. Berufliche Arbeitsaufgaben als Grundlage für die Kompetenzableitung in der Logopädie. In: *Forum Logopädie* 24 (5), S. 32–37.

Palme, G. (2005): Aspekte ergotherapeutischen Handelns im Arbeitsfeld Geriatrie. Klientenzentrierte Ergotherapie in der Arbeit mit älteren Erwachsenen – ein Entwicklungsprozess. In: C. Habermann und C. Wittmershaus (Hrsg.): Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie. 49 Tabellen. Stuttgart: Thieme, S. 50–51.

Pehlke-Milde, J. (2009): Ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung: Grundlage einer lernergebnisorientierten Curriculums Entwicklung. Dissertation. Medizinische Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin. Berlin.

Pfaff, H. (2011): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wiesbaden. Online verfügbar unter: https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/pflege/meldungen/pflegestatistik_2009.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2013.

Physioaustria: Online verfügbar unter: <http://www.physioaustria.at/>, zuletzt geprüft am 12.01.13.

Pohl, C. (2011): Der zukünftige Bedarf an Pflegearbeitskräften in Nordrhein-Westfalen. Modellrechnungen auf Kreisebene bis zum Jahr 2030. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung Nordrhein-Westfalen der Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.). IAB-Regional – Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz, Nürnberg. Online verfügbar unter: http://doku.iab.de/regional/NRW/2011/regional_nrw_0211.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2013.

- PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute (2007):** What Works:Healing the Healthcare Staffing Shortage.
- Räbiger, J./ Athen, M. (2008).** Studiengänge für Gesundheitsberufe nehmen an Zahl und Attraktivität zu. In: Public Health Forum – Forschung, Lehre, Praxis. Nr. 58, 16 Jg. S. 8 – 10. Elsevier, Urban & Fischer.
- Räbiger, J.; Pehlke-Milde, J.; Machocki, S. (2008):** Anrechnung beruflicher Aus- und Weiterbildung auf ein Studium - eine Chance für die Gesundheitsfachberufe. In: S. Matzick (Hrsg.): Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. Weinheim; München: Juventa-Verl., S. 229–250.
- Rahden, O. von; Ayerle, G.M; Lohmann, S. (2005):** Bedürfnisse und Wünsche der Schwangeren. Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Rappold, E. (2003):** Ausländische Gesundheitssysteme – Ein Überblick über die europäische Pflegeausbildung. In: Österreichische Pflegezeitschrift 12/03. Online verfügbar unter: http://www.oegkv.at/uploads/media/rappold_03.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2013.
- Rausch, M. (2003):** Akademisierung der Logopädie - dbl Grundsatzpositionen vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen. Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (Hrsg.). Online verfügbar unter: www.dbl-ev.de/fileadmin/media/fachinformationen/ausbildung_und_studium/akademisierung_rausch.pdf, zuletzt geprüft am 24.09.2012.
- Rausch, M.; Schrey-Dern, D. (2007):** Logopädie. In: Manfred Grohnfeldt (Hrsg.): Lexikon der Sprachtherapie. Stuttgart. Kohlhammer, S. 184–192.
- Rausch, M. (2009):** dbl-Positionspapier: Medizinische Versorgung ist Teamarbeit. In: *Forum Logopädie* 23 (1), S. 54–56.
- Rausch, M. (2010):** Akademisierung eröffnet Zukunftsperspektiven. *Forum Logopädie – Beruf und Verband*, 1-4.
- Rausch, M. (2011):** Potentiale und Chancen der Logopädie – Wie können Übergänge in der Berufsbildung nachhaltig gestaltet werden? In: *bwp@ Spezial 5 – Hochschultage Berufliche Bildung 2011* (Fachtagung 10).
- Raven, U. (2009):** Altenpflege: Handeln ohne Verstehen, Verstehen ohne Handeln? Bestimmungsgründe einer professionalisierten Altenpflegepraxis aus strukturtheoretischer Sicht und deren Bedeutung für die Ausbildung Teil I Einleitung und Grundbegriffe einer strukturalen Theorie altenpflegerischen Handelns. In: *Pflegewissenschaft*, 11 (3) 140-150.
- RCSLT - Royal College of Speech & Language Therapists (2012):** What is speech and language therapy? Online verfügbar unter: http://www.rcslt.org/speech_and_language_therapy/what_is_an_sl_t, zuletzt geprüft am 14.12.2012.
- Reinhart, M. (2007).** Entwicklung der Pflege. Wie sehen pflegende Berufe in der Zukunft aus? In: *Die Rotkreuzschwester* 4/2008, S. 11 – 12.
- Repschläger (2007):** Behandlung ohne ärztliche Verordnung – Direct Access in Australien Physiotherapie, (25) 4/2007: S. 6-13.

- Reuschenbach, B. (2012):** Pflege dual. Der Weg in die Akademisierung der Pflegeberufe. DDS. Zeitschrift der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft, LV Bayern. Okt: S. 16-17.
- Riederer, K.; Friedrich, D. (2012):** Status quo Sprachtherapie. Situation und Trends der sprachtherapeutischen Berufsgruppen in 2012. Ierniversum - Institut für Sprache und Kommunikation (Hrsg.). München.
- ROBERT-BOSCH-STIFTUNG (2000):** Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Schattauer Verlag, Stuttgart, New York. Online verfügbar unter: http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Sonderdruck_Pflege_neu_denken.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2013.
- ROBERT-BOSCH-STIFTUNG (2011):** Memorandum. Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherung der Gesundheitsversorgung von morgen. Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.).
- Robert, G.; Stevens, A. (1997):** Should general practioners refer patients directly to physical therapists? In: *British Journal of General Pryctice* (47), S. 314–318.
- Rothgang, H.; Iwansky, S.; Müller, R.; Sauer, S.; Unger, R. (2011):** BARMER GEK Pflegereport 2011. Schwerpunktthema - Zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. BARMER GEK (Hrsg.). Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 11. Asgard-Verlag, St. Augustin. Online verfügbar unter: <http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2011/111129-Pflegereport-2011/PDF-Pflegereport-2011,property=Data.pdf>, zuletzt geprüft am 04.01.2013.
- Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R.; Weiß, C.; Wolter, A. (2012):** BARMER GEK Pflegereport 2012. Schwerpunktthema – Kosten bei Pflegebedürftigkeit. BARMER GEK (Hrsg.). Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 17. Asgard-Verlags-service GmbH, Siegburg. Online verfügbar unter: <http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Aktuelle-Pressemitteilungen/121127-Pflegereport-2012/pdf-Pflegereport-2012,property=Data.pdf>, zuletzt geprüft am 04.01.2013.
- Sachs, M. (2006).** Erweiterte Berufsrollen für Pflegeexperten. Nurse Practioner oder Specialist? In: *Pflege Aktuell*, 5, S. 270 – 272.
- Sander, A. (2004):** Inklusive Pädagogik verwirklichen - zur Begründung des Themas. In: A. Sander und I. Schnell (Hrsg.): *Inklusive Pädagogik*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt, S. 11–23.
- Sander, J. (2010).** Der Wandel des deutschen Hochschulsystems: Eine Chance für lebenslanges Lernen am Beispiel der Therapie-Berufe. Online verfügbar unter: <http://orbtschule.de/archiv/hochschulwandel>, zuletzt geprüft am 2.1.13.
- Sayn-Wittgenstein, F. zu (Hrsg.) (2007):** Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. 1. Aufl. Bern: Huber.

- Schäfers, R. (2011):** Gesundheitsförderung durch Hebammen. Fürsorge und Prävention rund um Mutterschaft und Geburt ; mit 6 Tabellen. Schattauer. Stuttgart.
- Schämann, A. (2005):** Akademisierung und Professionalisierung der Physiotherapie: „Der studentische Blick auf die Profession“. Humboldt- Universität Berlin. Berlin.
- Scharff-Rethfeld, W. (2010):** Weiterentwicklung und Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Nordwest-Region - insbesondere im Land Bremen. Forschungsbericht zur Machbarkeitsstudie. Aachen: Shaker Verlag.
- Schelter, W. (2002):** Neues Entgeltsystem für Krankenhäuser. DRGS: was sich ändert und wie es wirkt. Ver.di. Stuttgart.
- Schmidt, R. (2009):** Pflege zwischen Reform und Notstand – Herausforderungen für den Pflegealltag. Online verfügbar unter: http://www.conventus.de/fileadmin/media/2009/pflegetag/Referentenvortraege/Prof._Schmidt.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2013.
- Schwarz, C. M.; Schücking, B. A. (2004):** Adieu, normale Geburt? Ergebnisse eines Forschungsprojektes. In: *Dr. med. Mabuse* (148), S. 22–25.
- Selow, M. (2012):** Die Zukunft der Geburtshilfe: worst case - best case. In: *Hebamme* 25 (02), S. 96–102.
- Siegmüller, J.; Pahn, C. (2009):** Akademisierung ist mehr als Lehre. Zur Entwicklung einer eigenen Wissenschaftstheorie und Forschungsidentität in der Logopädie. In: *Forum Logopädie* 23 (2), S. 34–41.
- Simoës, E.; Kunz, S.; Bosing-Schwenkglens, M.; Schmahl, F. W. (2004):** Untersuchung auf der Basis der Perinatalerhebung Baden-Württemberg - Psychosoziale Risikofaktoren in der Schwangerschaft. In: *psychoneuro* 30 (6), S. 342–347.
- Simon, M (2012).** Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Studie für den Deutschen Pflegerat. Deutscher Pflegerat e.V. (Hrsg.). Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen, Hannover.
- Slotala, L. (2006).** Akademisierung der Gesundheitsberufe Primärqualifizierung versus Weiterbildung? Positionierung der Berufsverbände. Tagungs-Reader Studentische Fachtagung. Januar 2006, S. 17-25. http://www.fh-fulda.de/fileadmin/Fachbereich_PG/pg-papers/2006_Heck_Slotala_Akademisierung_Verbaende.pdf, zuletzt geprüft am 10.01.2013.
- Spielberg, P. (2012):** Pflegeberufe in der EU. Professionalisierung angestrebt. In: *Deutsches Ärzteblatt* (Hrsg.). Jg. 109, Heft 1-2, A14. Online verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=118113>, zuletzt geprüft am 04.01.2013.
- Springer, L.; Zückner, H. (2007):** Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Logopädieschulen in NRW. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes. Online verfügbar unter: http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/pflege_und_gesundheitsberufe/ausbildungsrichtlinien/ausbildungsrichtlinien-logopaedie-nrw.pdf, zuletzt geprüft am 13.01.2013.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden. Online verfügbar unter: <https://www.statistik.bayern.de/veroeffentlichungen/download/A1832E%20201051/A1832E%20201051.pdf>, zuletzt geprüft am 04.01.2013.

Statistisches Bundesamt (2003-2010): Bildung und Kultur. Berufliche Schulen (Ältere Ausgaben). Wiesbaden (2, Fachserie 11).

Statistisches Bundesamt (2007): Bildung und Kultur. Berufliche Schulen - Schuljahr 2006/2007. Fachserie 11, Reihe 2, Wiesbaden. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Schulen/BeruflicheSchulen2110200077004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 05.01.2013.

Statistisches Bundesamt (2008): Bildung und Kultur. Berufliche Schulen - Schuljahr 2007/2008. Fachserie 11, Reihe 2, Wiesbaden. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Schulen/BeruflicheSchulen2110200087004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 05.01.2013.

Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung- Geburten und Sterbefälle in Deutschland.

Statistisches Bundesamt (2009a): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18.11.2009 in Berlin. Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wiesbaden. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 05.01.2013.

Statistisches Bundesamt (2009b): Bildung und Kultur. Berufliche Schulen - Schuljahr 2008/2009. Fachserie 11, Reihe 2, Wiesbaden. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Schulen/BeruflicheSchulen2110200097004.pdf?__blob=publicationFile - Zuletzt geprüft am 05.01.2013.

Statistisches Bundesamt (2010): Bildung und Kultur. Berufliche Schulen - Schuljahr 2009/2010. Fachserie 11, Reihe 2, Wiesbaden. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Schulen/BeruflicheSchulen2110200107004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 05.01.2013.

Statistisches Bundesamt (2011a): Bildung und Kultur. Berufliche Schulen - Schuljahr 2010/2011. Fachserie 11, Reihe 2, Wiesbaden. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Schulen/BeruflicheSchulen2110200117004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 05.01.2013.

Statistisches Bundesamt (2011b): Gesundheitspersonal 2010 nach Berufen und Einrichtungen. Wiesbaden (7.3.1, Fachserie 12). Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitspersonal/PersonalPDF_2120731.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 25.09.2012.

- Statistisches Bundesamt (2011c):** Gesundheit - Grunddaten der Vorsorge - oder Rehabilitationseinrichtungen 2010. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2012a)** Bildung und Kultur. Berufliche Schulen - Schuljahr 2011/2012. Fachserie 11, Reihe 2, Wiesbaden. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Schulen/BeruflicheSchulen2110200127004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 05.01.2013.
- Statistische Bundesamt (2012b):** Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser (Fachserie 12, Reihe 6.1.1). Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2012c):** 21% der Ausbildungsanfänger in Pflegeberufen sind Männlich. Pressemitteilung vom 23.11.2012. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2012/PD12_043_p002.html, zuletzt geprüft am 05.01.2013.
- Statistisches Bundesamt (2012d):** Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1.000. Hebammen in ambulanten und stationären Einrichtungen, Deutschland, ab 2000.
- Statistisches Bundesamt (2012e):** Geburten in Deutschland. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012f):** Lebendgeborene, Totgeborene, Gestorbene und Saldo der Lebendgeborenen und Gestorbenen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht.
- Statistisches Bundesamt (2012g).** Gesundheit. Ausgaben 1995 - 2010. Wiesbaden (7.1.2, Fachserie 12).
- Steffen, P.; Löffert, S. (2010).** Ausbildungsmodelle in der Pflege. Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (Hrsg.), Düsseldorf.
- Stemmer, R. (2008).** Qualität in der Pflege - trotz knapper Ressourcen. In: Mainzer Schriften Pflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover.
- Stiftung Warentest (2011).** Altenpflege für Quereinsteiger: Wildwuchs beim Kursangebot. Online verfügbar unter: <http://www.test.de/Altenpflege-fuer-Quereinsteiger-Wildwuchs-beim-Kursangebot-4292535-0/>, zuletzt geprüft am 05.01.2013.
- Stöcker, G.; Wagner, F. (2006).** Pflegebildung – offensiv. Das neue Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe. In: Die Schwester Der Pfleger, 45. Jahrgang, 10. Heft, S. 839 – 841.
- Stöcker, G./ Reinhart, M. (2012).** Grundständige pflegeberufsausbildende Studiengänge in Deutschland. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.). Online verfügbar unter: www.bildungsrat-pflege.de/includes/tng/pub/tNG_download4.php?id_mnu=103&id_mod=2&nPath=95&language=1&KT_download9=636dea047371ab093b3b80dc37042bc7, zuletzt geprüft am 04.01.2013
- Stöver, M. , Schmitt, S. & Görres, S. (2008).** Relevanz und Tragweite der Integrativen Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell - Ergebnisse der externen Evaluation. Zeitschrift für Pflege- und Gesundheitswissenschaft, 06/08, S. 325-331.

Stöver, M. (2010). Die Neukonstruierung der Pflegeausbildung in Deutschland. Eine vergleichende Studie typischer Reformmodelle zu Gemeinsamkeiten und Differenzen sowie deren Nachhaltigkeit. Jacobs Verlag, Lage.

Stöver, M. , Schmitt, S. , Bomball, J. , Schwanke, A. & Görres, S. (2010). Best Practice in der Pflegeausbildung. Evaluationsstudie: Das Best Practice-Modell der Pflegeausbildung. In Die Schwester - Der Pfleger, 49. Jahrg. 11/10, 1122-1126.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer Zielorientierten Gesundheitsversorgung. Kurzzusammenfassung online verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=15>, zuletzt geprüft am 28.01.2013.

SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Gutachten Kurzfassung.

Tesak, J. (1999): Der gegenwärtige Stand der Logopädie-Ausbildung in Deutschland. Deutscher Bundesverband für Logopädie. Frechen.

Theobald, H. (2004): Entwicklung des Qualifikationsbedarfs im Gesundheitssektor: Professionalisierungsprozesse in der Physiotherapie und Dentalhygiene im europäischen Vergleich. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin.

Ungerer, J. (2010): Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (AT MTG): Die Zukunft der Ausbildung fest im Blick. In: *Ergotherapie und Rehabilitation* (8), S. 36–37.

Ven, A.; Vyt, A. (2007): The Competence Chart of European Network of Physiotherapy in Higher Education. Garant.

Voelker, C. (Hrsg.) (2011): Physiotherapie - Berufliches Selbstverständnis. Cornelsen Verlag, Berlin.

Walkenhorst, U.; Klemme, B. (2008): Kompetenzentwicklung und Qualifizierung in der Ergo- und Physiotherapie. In: S. Matzick (Hrsg.): Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. Weinheim .München. Juventa-Verl., S. 179–195.

Walkenhorst, U. (2011): Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe – Chancen und Herausforderungen für Berufe im Übergang. In: *bwp@Spezial 5 – Hochschultage Berufliche Bildung 2011, Fachtagung 10*, hrsg. v. Bonse – Rohmann, M. / Weyland, U. , 1-12. Online verfügbar unter: http://www.bwpat.de/ht2011/ft10/walkenhorst_ft10-ht2011.pdf, zuletzt geprüft am 13.09.2012.

Waltersbacher, A. (2012): Heilmittelbericht 2011; Ergotherapie; Sprachtherapie; Physiotherapie. korrigierte Fassung Januar 2012. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIDO). Berlin

Wasner, M. (2006): Qualitätsmanagement in der Ausbildung Physiotherapie in den EU-Ländern. Eine vergleichende Untersuchung. Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. Heidelberg.

- WCPT - World Confederation for Physical Therapy (2003):** Das europäische Benchmark - Statement für Physiotherapie. Barcelona, Spanien.
- WCPT - World Confederation for Physical Therapy (2005):** Summary of Physiotherapy Education within the National Educational System. o. O.
- WCPT - World Confederation for Physical Therapy (2011):** Policy statements reflect the Confederation's agreed opinion on issues affecting the practice of physical therapy. London.
- Weidner, F. (2011):** Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Frankfurt/Main: M
buse, 3. Auflage.
- WFOT - World Federation of Occupational Therapists, DVE - Deutscher Verband der Ergotherapeuten (2002a):** Die Ausbildungsstandards des DVE.
- WFOT - World Federation of Occupational Therapists (2002):** Revidierte Mindeststandards für die Ausbildung von Ergotherapeuten der World Federation of Occupational Therapists.
- WHO - World Health Organisation (2001):** ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health.
- Wicklender, M. (2005):** The United Kingdom National Health School Standard: A Framework for Strengthening the School Nurses Role, *The Journal of School Nursing*, 21(3), p: 132-138.
- Winkelmann, C. (2010):** Kontroverses Forum: Akademisierung der Physiotherapie mit Verordnungsautonomie. In: *Phys Rehab Kur Med* 20 (04).
- Wissenschaftliche Begleitung ANKOM (2009a):** Leitlinie für die Qualitätssicherung von Verfahren zur Anrechnung beruflicher und außerhochschulisch erworbener Kompetenzen auf Hochschulstudiengänge. Hannover/Berlin: HIS & iit.
- Wissenschaftliche Begleitung ANKOM (2009b):** Memorandum „Zur Stärkung der Durchlässigkeit zwischen beruflicher und hochschulischer Bildung – Perspektiven für die Fachkräfteentwicklung“. Hannover/Berlin: HIS & iit.
- Wissenschaftsrat (2012):** Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Online verfügbar unter:
<http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>, zuletzt geprüft am 05.01.2013.
- Wolber, E. (2012):** Verhandlungen um Finanzierung gescheitert – Hebammenverbände rufen Schiedsstelle an. DHV - Deutscher Hebammenverband e.V. Karlsruhe.
- Zalpour, C. (2007):** Der Weg zum deutschen First Contact Practitioner. In: *Physiotherapie* (5), S. 30–31.
- Zalpour, C. (2008):** Physiotherapeut/in als First - Contact - Practitioner. Fluch oder Segen? Vortrag auf dem 4. Physiokongress, Stuttgart 12. Juni 2008.
- Zalpour, C. (2011):** After-Work-Walking. Gesundheitswandern in der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: *Zeitschrift für Physiotherapeuten* 63 (3), S. 76–79.

- Zeller-Dumke (1999):** Pflege- und Gesundheitsstudiengänge in Deutschland – Situation, Strukturen und Stellungnahmen. Online verfügbar unter: <http://www.pflegestudium.de/f-aufsatz.htm>, zuletzt geprüft am 05.01.2013.
- Zitzmann, B. (2012):** Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen. NRW kurz und informativ. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hrg.). Online verfügbar unter: http://www.lzg.gc.nrw.de/_media/pdf/gesundheitberichtedaten/nrw-kurz-und-informativ/12-01_pflegebeduerftigkeit_in_nrw_nrw-kurz-und-informativ_lzg-nrw.pdf, zuletzt geprüft am 05.01.2013.
- Zoege, M. (2004):** Die Professionalisierung des Hebammenberufes. Anforderungen an die Ausbildung. Bern: Huber.
- Zoege, M. (2005):** Hebammenausbildung an die Fachhochschulen! Ein Plädoyer für die Akademisierung. In: *Dr. med. Mabuse* 157 (5), S. 34–37.
- ZVK - Deutscher Verband für Physiotherapie e.V.(2010):** Der ZVK weiß, was Physiotherapeuten leisten. Online verfügbar unter: https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Physiotherapeutischer_Prozess.pdf, zuletzt geprüft am 02.10.2012.
- ZVK - Deutscher Verband für Physiotherapie e.V.(2011):** Weiterführende Beschreibung der Kompetenzen deutscher Physiotherapeuten 2011. Online verfügbar unter: https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/weiterf%C3%BChrende_Kompetenzbeschreibung_Endfassung.pdf, zuletzt geprüft am 2.12.12.
- ZVK - Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (2012a):** Zahlen, Daten, Fakten. Online verfügbar unter: https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Zahlen_Daten_Falten/Zahlen_Daten_Fakten.pdf, zuletzt geprüft am 13.09.2012.
- ZVK - Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (2012b):** Definition Physiotherapie. Online verfügbar unter: <https://www.physio-deutschland.de/patienten-interessierte/physiotherapie/definition.html>, zuletzt geprüft am 13.09.2012.
- ZVK - Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (2012c):** Studiengänge Physiotherapie. Online verfügbar unter: https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Studium/Studieng%C3%A4nge_Physiotherapie.pdf, zuletzt geprüft am 04.10.2012.
- Zwarenstein, M.; Goldman, J.; Reeves, S. (2009):** Interprofessional collaboration effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). In: *The Cochrane Library*, 3, S. 1-31.