

Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (GesinE) – zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Appraisal of Educational Programmes and Qualifications of Health Occupations/Professions: A European Comparison – Main Results and Conclusions

Autoren

Y. Lehmann¹, G. Ayerle², K. Beutner², K. Karge², J. Behrens², M. Landenberger²

Institute

¹ Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin

² Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale)

Schlüsselwörter

- Gesundheitsfachberufe
- Ausbildung
- Qualifikation
- Kompetenzen
- Europa
- Vergleich

Key words

- health professions
- education
- qualification
- competences
- Europe
- comparison

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1549994>
 Online-Publikation: 2015
 Gesundheitswesen
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Yvonne Lehmann
 Institut für Gesundheits- und
 Pflegewissenschaft
 Charité – Universitätsmedizin
 Berlin
 Augustenburger Platz 1
 13353 Berlin
 yvonne.lehmann@charite.de

Zusammenfassung



Einleitung: Es werden Ergebnisse einer Studie zur „Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen in Europa“ (kurz: GesinE) berichtet, die im Auftrag des BMBF, begleitet durch das BIBB, im Zeitraum 2009–2013 durchgeführt wurde. Im Blickpunkt standen dabei Deutschland, Frankreich, Großbritannien, die Niederlande und Österreich. Die Ziele waren (1) eine Bestandsaufnahme und ländervergleichende synoptische Darstellung der Ausbildungsgänge für 16 Gesundheitsfachberufe; (2) eine ländervergleichende Qualifikationsanalyse für die Medizinisch-technische Radiologieassistenten, Physiotherapie sowie Gesundheits- und Krankenpflege und (3) die Darstellung zentraler Aspekte der Gesundheits- und Bildungssysteme in den Vergleichsländern.

Methodik: Es handelt sich um eine komparatistische Querschnittstudie. Gewählt wurde ein Multimethoden-Ansatz mit qualitativen und quantitativen Elementen.

Ergebnisse: Den Ergebnissen zufolge ist eine Weiterentwicklung der derzeitigen Qualifikationswege und Kompetenzprofile der Gesundheitsfachberufe in Deutschland angezeigt. Dabei soll die deutsche Ausbildung im sekundären Bildungssektor nicht pauschal unterbewertet werden. Zugleich deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die akademische Ausbildung, wie sie für die Mehrzahl der untersuchten Berufe in den Vergleichsländern die Regel ist, in einigen Aspekten Vorteile gegenüber der bisherigen Berufsausbildung im sekundären Sektor aufweist. Das betrifft vor allem die Kompetenz zur Erschließung und Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis und zur Umsetzung reflektierter Entscheidungsfindungsprozesse.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse leisten einen Beitrag zur Fundierung der aktuellen Diskussion in Deutschland über die Weiterentwick-

Abstract



Introduction: This is about some results of a study called “Appraisal of the educational programmes and qualifications of health professions: a European Comparison” (in short: GesinE). It was carried out in the years 2009–2013, commissioned by the BMBF and supported by the BIBB. It is focussed on Germany, France, Great Britain, the Netherlands and Austria. The objectives have been (i) an inventory and comparative international synoptic presentation of education programmes of 16 health professions, (ii) a comparative international qualification analysis for the professions of radiographer, physiotherapist and nurse and (iii) the exposure of key aspects of the health-care and education systems in the compared countries.

Methods: This is a comparative multi-sectional study for which a mixed methods approach with qualitative and quantitative elements was used.

Results: According to the results of this study it is necessary that current qualification paths and competence profiles of the health professions are developed continuously in Germany. In this process the German education and the secondary education sector should not be underrated. At the same time the results suggest that there are advantages in some aspects in the academic education (which is the norm for most of the analysed professions in the surveyed countries) compared to the existing education programmes in the secondary sector. This in particular applies to the competence for finding and transferring scientific knowledge into practice and for implementing reflected processes for decision making.

Conclusions: The results improve the basis of the current debate in Germany about the development and reorganisation of the profiles of health professions and their qualification in a European context.

lung und Neuordnung der Gesundheitsberufsprofile und ihrer Qualifizierungswege im europäischen Kontext.

Einleitung

Demografischer Wandel, geänderte sozioökonomische und gesetzliche Rahmenbedingungen sowie Fortschritte in Wissenschaft und Medizintechnik verändern auf verschiedenen Ebenen und sich wechselseitig beeinflussend das Gesundheitswesen in seiner Gesamtheit und besonders die Anforderungen an die Angehörigen der Gesundheitsberufe [1]. Eine Weiterentwicklung der derzeitigen Qualifikationswege und Kompetenzprofile der Gesundheitsberufe auf der Basis von Forschungsergebnissen erscheint unerlässlich, um die aktuellen und künftigen Herausforderungen bewältigen zu können [2].

Im Fokus der aktuellen Diskussionen zur Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe stehen Fragen zum notwendigen Grad ihrer Generalisierung und Differenzierung sowie zur Schaffung akademischer Strukturen und der damit verbundenen Wissenschaftsorientierung und Forschung in diesen Berufen [3,4]. Dabei stützen sich die Diskussionen und beschrittenen Veränderungswege auf wenig gesichertes Wissen [5].

Anders als in den meisten europäischen Ländern werden die Berufsabschlüsse in den Gesundheitsberufen in Deutschland bisher fast ausschließlich im sekundären Bildungssektor und nicht an Hochschulen erworben. Allein von der Verortung der Ausbildungen kann dabei jedoch **nicht** auf Qualifikationen und Kompetenzen der Absolventen geschlossen werden. Dazu ist eine systematisch vergleichende Forschung angezeigt, die die erworbenen Qualifikationen und Kompetenzen sowie ihre Anschlussfähigkeit und Verwertbarkeit auf dem Arbeitsmarkt in unterschiedlichen europäischen Ländern untersucht. Hier setzt die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) in Auftrag gegebene und vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) begleitete Studie „Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich“ (GesinE) an. Sie soll einen Beitrag zur Fundierung der aktuellen Diskussion über die Weiterentwicklung und Neuordnung der Gesundheitsberufsprofile und ihrer Qualifizierungswege im europäischen Kontext leisten.

Forschungsleitendes Ziel der GesinE-Studie (Förderzeitraum 12.2009–03.2013) war es, grundlegende Erkenntnisse über die Ausbildungs-, Tätigkeits-, Qualifikations- und Kompetenzprofile für die folgenden 16 in Deutschland (D) als Ausbildungsberufe geregelten **Gesundheitsfachberufe** und der ihnen entsprechenden Berufe in Frankreich (F), Großbritannien (GB), den Niederlanden (NL) und Österreich (A) zu leisten:¹ Altenpflege, Diätassistent, Ergotherapie, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Hebammenkunde, Logopädie, Masseur und medizinischer Bademeister, Medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik, Medizinisch-technische Laborassistent, Medizinisch-technische Radiologieassistent, Orthoptik,

Pharmazeutisch-technische Assistenz, Physiotherapie, Podologie und Rettungsassistent.

Die Studie umfasste 3 Teilziele: Teilziel 1 betraf eine Bestandsaufnahme und ländervergleichende synoptische Darstellung der Ausbildungsgänge für die 16 Berufe anhand zentraler Kriterien. Teilziel 2 beinhaltete ländervergleichende Qualifikationsanalysen für die 3 vom BMBF vorgegebenen exemplarischen Berufe Medizinisch-technische Radiologieassistent (MTRA), Physiotherapie sowie Gesundheits- und Krankenpflege. Darin sollten die Ausbildungs-, Tätigkeits- und Kompetenzprofile sowie die mit ihnen verbundenen Qualifikationsanforderungen, Arbeitsaufgaben und die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen – ärztlichen und nichtärztlichen² – Berufsgruppen, auch im Hinblick auf die Delegation und Neuordnung von Aufgaben, untersucht werden. Teilziel 3 umfasste die Darstellung zentraler Aspekte der Gesundheits- und Bildungssysteme in den Vergleichsländern, um eine Einordnung der Ergebnisse zu ermöglichen.

Methodik

Es handelt sich um eine komparatistische Querschnittstudie. Gewählt wurde ein Multimethodenansatz mit quantitativen und qualitativen Elementen. Die Bearbeitung des Teilziels 1 erfolgte anhand entwickelter Analyseraster mittels systematischer Dokumenten- und Inhaltsanalysen von gesetzlichen Grundlagen, Verordnungen und Richtlinien, Lehrplänen und weiteren Ausbildungsmaterialien sowie von Studien und Stellungnahmen oder Empfehlungen einschlägiger Institutionen und Verbände. Die Erkenntnisse der Analysen wurden durch Befragungen nationaler und internationaler Experten ergänzt, präzisiert und diskutiert.

Die Qualifikationsanalysen unter Teilziel 2 wurden mit 4 Teiluntersuchungen jeweils für die MTRA, die Physiotherapie sowie die Gesundheits- und Krankenpflege bearbeitet. Genutzt wurden dabei (1) leitfadengestützte Interviews mit Berufsmigranten, d. h. von Berufsangehörigen, die in 2 Ländern Erfahrungen gesammelt haben (N=40), (2) Stellenanzeigenanalysen in führenden Fachzeitschriften und Online-Portalen, (3) schriftliche leitfadengestützte Onlinebefragungen von Experten aus Berufspraxis, -management, -bildung und -forschung (N=207) sowie mündliche Befragungen bei Hospitationen in exemplarischen Gesundheitseinrichtungen und (4) eine standardisierte Onlinebefragung von Berufsangehörigen (N=5 148). Das Vorgehen zur Umsetzung des Teilziels 3 ähnelte dem Vorgehen für Teilziel 1. Genutzt wurden v. a. Inhaltsanalysen nationaler und internationaler Materialien und Statistiken zu den Gesundheits- und Bildungssystemen. Die Daten der Teiluntersuchungen wurden zunächst separat aufbereitet und analysiert. Abschließend musste eine Darstellungsform gefunden werden, die Analyseergebnisse in einer kompakten, auf das Wesentliche reduzierten und – trotz der geforderten Kürze – aussagekräftigen Weise darzustellen.

Methodisch ging es explizit nicht darum, am Ende **ein** Ergebnis zu präsentieren, etwa im Sinne einer Rangfolge der Güte der

¹ Mit „Gesundheitsfachberufen“ sind jene – derzeit 17 – „anderen [als ärztlichen] Heilberufe“ gemeint, für die, wegen der mit ihrer Ausübung verbundenen Gesundheitsgefahren für die zu behandelnden bzw. zu begleitenden Personen, die Kompetenz der Regelung ihrer Zulassung und Ausübung nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz beim Bund liegt. Der Gesundheitsfachberuf Veterinärmedizinisch-technische Assistenz wurde in der Studie nicht untersucht. Wenn im Text abweichend vom Begriff „Gesundheitsfachberufe“ der Begriff „Gesundheitsberufe“ verwendet wird, sind damit auch andere als diese 17 Berufe gemeint.

² Die Umschreibung „nichtärztlich“ ist prinzipiell eindeutig. Sie wird hier dennoch zurückhaltend verwendet und möglichst vermieden, da ihr Gebrauch die Vorstellung einer Negativabgrenzung [6] zwischen ärztlichen und anderen Berufen provoziert. Diese erscheint dem Verständnis einer gemeinsamen Gesundheitsversorgung in „Kooperation und Verantwortung“ [7] abträglich [6].

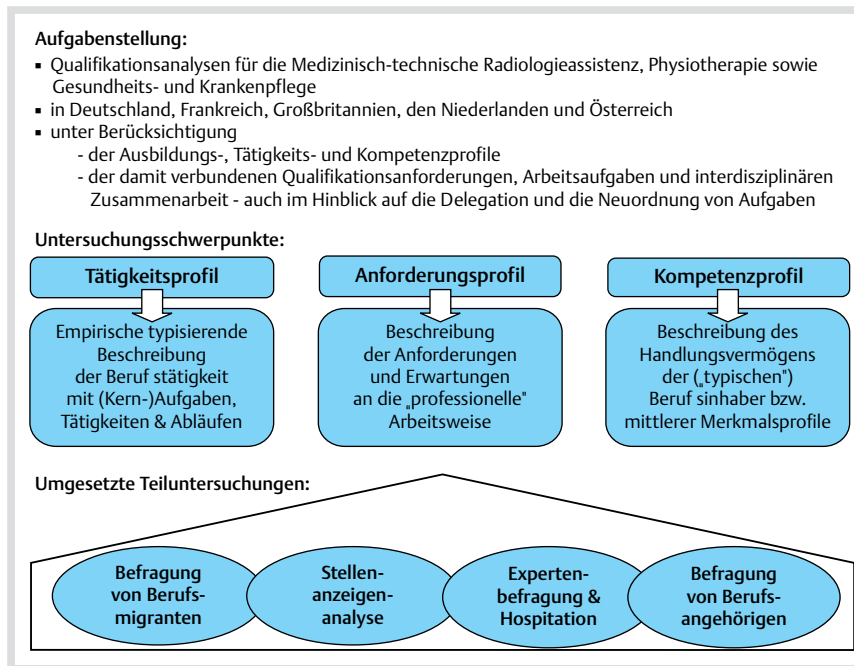


Abb. 1 Aufgabenstellung, Schwerpunkte sowie Teiluntersuchungen der Qualifikationsanalysen.

Gesundheitsberufsbildungssysteme der Vergleichsländer. Dies wäre der Komplexität des Gegenstands und dem Anspruch der international vergleichenden Forschung nicht angemessen. So zeigt der GesinE-Endbericht [8] viele Facetten auf und lässt unterschiedliche Befunde nebeneinander stehen, um sie für die Diskussion in Deutschland nutzbar zu machen.

Ergebnisse

Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse der Studie vorgestellt. Dies erfolgt nicht getrennt nach den einzelnen Arbeitspaketen bzw. Teilzielen, sondern zusammenfassend entlang zentraler Diskussionspunkte (► **Abb. 1**).

Das Feld der Gesundheitsberufe – differenziert und unübersichtlich

Das Feld der Gesundheitsberufe stellt sich als stark differenziert und unübersichtlich dar. Vielfach überschneiden sich Qualifikationsprofile und Aufgabenspektren. Zudem nimmt die Differenzierung im Zeitverlauf horizontal und vertikal stetig zu. Dies gilt für D und für die untersuchten Länder gleichermaßen. Dabei finden sich in GB und NL besonders aufgefüllte Aus- und Weiterbildungsberufsbilder. Für die meisten Ausbildungen in den untersuchten Berufen gibt es dort eine, teilweise auch mehrere Entsprechungen (► **Abb. 2**).

Anders als in den Vergleichsländern, wo die Aus- und Weiterbildungen (weitgehend) in den regulären Bildungsstrukturen verortet sind, handelt es sich in D um „Ausbildungen der besonderen Art“, die eine Sonderstellung innerhalb des Berufsbildungssystems einnehmen. Das hat problematische Auswirkungen etwa auf die Finanzierung, Lehrerbildung und Qualitätssicherung der Ausbildung sowie auf die Weiterentwicklung ihrer Profile und damit verbunden auch auf die Berufsausübung [9, 10]. In D liegen, anders als in GB und NL, für die meisten Gesundheitsfachberufe kaum verbindliche „Standards“ zur Berufsausübung sowie Richtlinien oder nationale Lehrpläne vor, die über die allgemein gehaltenen Aussagen zu den Zielen und Inhalten

der Ausbildungen in den Berufsgesetzen und den dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen hinausgehen. Das liegt daran, dass die Bundesländer ihre Aufgabe, auf der Basis der Bundesgesetze nähere Regelungen zur Gestaltung der Ausbildungen zu treffen, vielfach wenig wahrnehmen [11]. Außerdem wurden die bundesgesetzlichen Grundlagen für die Ausbildung vieler Gesundheitsfachberufe lange nicht grundlegend aktualisiert. So ist das Ergotherapeutengesetz auf das Jahr 1976 datiert und das Logopädegesetz auf 1980. Die Berufsgesetze z. B. für Orthoptisten, Medizinisch-technische Assistenten, Diätassistenten und Physiotherapeuten stammen aus dem Ende der 1980er oder aus der ersten Hälfte der 1990er Jahre, ohne dass sie signifikante Änderungen erfahren hätten. Diese Situation lässt sich in keinem der Vergleichsländer wiederfinden.

(Ausbildungs-)Berufe – unterschiedliche Bedeutungszuschreibung

Die (beruflichen) Bildungssysteme der Vergleichsländer sind in struktureller, organisatorischer und soziokultureller Hinsicht durch Traditionsvielfalt geprägt [12]. Unterschiede bestehen etwa in der Bedeutung, die beruflicher Bildung zugeschrieben wird. So wird die Berufsausbildung in D, deutlicher als in F, GB und NL und zugleich ähnlich wie in A, sowohl den konkreten Anforderungen des Arbeitsmarktes als auch breiteren gesellschaftlichen und persönlichen Entwicklungszielen verpflichtet gesehen [13]. Der berufspädagogische und bildungspolitische Diskurs in D bezieht sich deshalb auf eine Beibehaltung und Weiterentwicklung des deutschen (Ausbildungs-)Berufskonzepts im sekundären Bildungssektor. Erklärtes Ziel ist eine moderne Beruflichkeit mit flexibilisierten Berufsbildern, die berufliche Handlungsfähigkeit und -kompetenz sowie Beschäftigungsfähigkeit vereint [13].

Im Ländervergleich stellt sich das Berufsbildungssystem in D, ähnlich wie in A, als ein breit streuendes, auf das mittlere und untere Qualifikationsniveau ausgerichtetes System dar [14]. Seine Stärken liegen darin, der überwiegenden Mehrheit junger Menschen eine qualifizierte Ausbildung und Beschäftigungschancen zu eröffnen [14, 15]. Anders sieht das v. a. in F und GB mit einer

Vorhandensein in: Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufe in Deutschland	Frank- reich	Groß- britannien	Nieder- lande	Öster- reich
Altenpflege	nein	nein	nein	nein
Diätassistent	ja	ja	ja	ja
Ergotherapie	ja	ja	ja	ja
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	WB	ja*	WB	ja
Gesundheits- und Krankenpflege	ja	ja	ja	ja
Hebammenkunde	ja	ja	ja	ja
Logopädie	ja	ja	ja	ja
Masseur und medizinischer Bademeister	nein	nein	nein	ja
Med.-techn. Assistenz für Funktionsdiagnostik	nein	ja (4)	ja (3)	nein
Medizinisch-technische Laborassistent	ja (2)	ja	ja (3)	ja
Medizinisch-technische Radiologieassistent	ja	ja (3)	ja	ja
Orthoptik	ja	ja	ja	ja
Pharmazeutisch-technische Assistenz	ja	ja	ja	nein
Physiotherapie	ja	ja	ja	ja
Podologie	ja	ja	ja	nein
Rettungsassistent	ja	ja	WB	ja

ja = als Ausbildungsberuf vorhanden
 * = als Vertiefungsrichtung innerhalb der Gesundheits- und Krankenpflege ausbildung
 (2), (3) = Anzahl der Entsprechungen zur deutschen Ausbildung;
 z. T. jedoch nur einen Teilbereich des Handlungsfeldes abdeckend
 nein = keine Entsprechung zur deutschen Ausbildung vorhanden
 WB = als Weiterbildungsberuf vorhanden

Abb. 2 Vorhandensein von Entsprechungen für die untersuchten Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen in Deutschland.

sehr hohen Jugendarbeitslosigkeit aus [16]. Als Schwäche zeigt das deutsche System, ähnlich wieder wie in A, dass das nichtakademische Berufsbildungssystem und der Hochschulbereich bislang eine deutliche Trennung aufweisen [15]. Die Folge ist eine geringe Durchlässigkeit und beschränkte Karrieremöglichkeiten für jene, die in nichtakademischen Strukturen qualifiziert werden. Hingegen findet sich in GB und NL eine hohe Durchlässigkeit mit vielfältigen Weiterentwicklungsoptionen.

Zugangsvoraussetzungen, Ausbildungsdauer und Abschlüsse

Auffallend ist, dass in F, GB, NL und auch in A, im Gegensatz zu D, für die Aufnahme einer Ausbildung in den meisten analysierten Berufen eine Hochschulzugangsberechtigung vorausgesetzt wird. In D hingegen genügen meist eine abgeschlossene 10-jährige Schulbildung oder ein Hauptschulabschluss in Kombination mit einer mindestens 2-jährigen Berufsausbildung. Zugleich aber spielt in den Vergleichsländern, v. a. in GB, die Möglichkeit der Anerkennung alternativer Zugangsvoraussetzungen eine größere Rolle als in D. Dadurch können dort Interessierte trotz formal unzureichender schulischer Voraussetzungen ein Studium aufnehmen.

Die Ausbildungsdauer variiert in den Berufen zwischen den Ländern teils deutlich. Für Hebammen liegt die Spanne z. B. zwischen 3 Jahren in D und A und 5 Jahren in F. Dabei ist eine längere Ausbildungszeit nicht in allen Berufen eindeutig mit mehr Kompetenzen verbunden.

In D führen alle Gesundheitsfachberufsausbildungen im sekundären Bildungssektor zu einem staatlich anerkannten Abschluss. Darüber hinaus können hier seit wenigen Jahren in Modellstudiengängen in der Pflege, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie

sowie Hebammenkunde ein Berufsabschluss **und** ein Bachelorabschluss erworben werden. Letzterer ist – einschließlich der Berufszulassung – in GB und NL für die überwiegende Zahl der hier untersuchten Berufe die Regel. Auch in F und A findet für zahlreiche Berufe seit einigen Jahren eine Umstellung auf berufszulassende Bachelorstudiengänge statt. Damit verbunden wurden in F Selbstverwaltungen für diese Berufe eingerichtet, wie sie in GB und NL seit längerem üblich sind. Hingegen gibt es in D und A, mit Ausnahme der Hebammen in A, bislang keine Selbstverwaltungsorgane für die Gesundheitsfachberufe. Somit spielen hier die berufliche Registrierung und damit verbundene nachweispflichtige Fortbildungen zur Aufrechterhaltung der Berufserlaubnis kaum eine Rolle.

Entsprechend des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) sind die Abschlüsse der meisten Berufe in den Vergleichsländern auf Stufe 6 angesiedelt. Dagegen sind sie in D, abgesehen von den Ausbildungen nach den Modellklauseln in den Berufsgesetzen der oben genannten Berufe, überwiegend auf Stufe 4 oder sogar darunter verortet [17]. Die vorliegenden Ergebnisse der Studie, insbesondere aus den Qualifikationsanalysen für die MTRA, Physiotherapie sowie Gesundheits- und Krankenpflege zeigen jedoch, dass von den EQR-Stufenzuordnungen keine eindeutigen Schlüsse auf die Kompetenzen und Befugnisse der Berufsangehörigen ableitbar sind.

Qualifikationsstufenkonzepte, Lebenslanges Lernen und Kompetenzerweiterung

Um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu steigern und um Begabungsreserven zu nutzen, wird eine Optimierung des (Gesundheits-)Berufsbildungssystems gefordert [18]. Gefragt sind Ausbildungsmodelle, die im Sinne des lebenslangen Lernens

unterschiedliche Qualifikationsstufen sowie horizontale, diagonale und vertikale Durchlässigkeit und Anschlussmöglichkeiten über Bildungssektoren hinweg gewährleisten [19].

Die Umsetzung der Leitvorstellung des lebenslangen Lernens und damit verbundener gestufter Qualifikationskonzepte mit Assistenz-, Bachelor-, Master- und Promotionsabschlüssen ist im Ländervergleich in GB und NL am weitesten vorangeschritten. Hier bestehen in den meisten Berufen Qualifizierungsmöglichkeiten auf Assistenzniveau sowie weiterführende Spezialisierungsoptionen, die häufig zu einer erheblichen Kompetenz- und Autonomieerweiterung führen. Hingegen sind fachspezifische konsekutive Studiengänge in D, F und A erst begrenzt vorhanden. Zwar bestehen auch hier je nach Beruf zahlreiche Weiterqualifizierungsmöglichkeiten, damit gehen jedoch kaum Verantwortungserweiterungen und/oder Gehaltserhöhungen einher.

Um die Effektivität und Effizienz der Leistungserbringung im Gesundheitssystem zu steigern und um dem (ärztlichen) Personalmangel zu begegnen, kam es in den vergangenen Jahren v.a. in GB und NL zu markanten Kompetenzerweiterungen der berufszulassenden Abschlüsse und der Weiterqualifizierungen in den Gesundheitsfachberufen. Häufig geht es hier um die Übernahme von Aufgaben, die vormalig Ärzten zugeordnet waren. Ein Schlagwort dabei ist *direct access*, d. h. die Leistungserbringung im Direktzugang ohne ärztliche Verordnung, der v.a. für die Therapieberufe zutrifft [20]. Ein weiteres Schlagwort lautet *advanced practice*. Dabei geht es um die formale Erweiterung fachspezifischer Handlungskompetenzen insbesondere für Pflegenden, Hebammen und Therapieberufangehörige im Hinblick auf eine eigenständige Diagnostik, Befundung und Behandlung sowie unterschiedlich weitreichende Verschreibungsbefugnisse für Medikamente sowie für Heil- und Hilfsmittel [21].

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Gesundheitsberufangehörige, die in interprofessionellen Teams gleichberechtigt komplementäre und ineinander greifende Leistungen erbringen, gelten international als Schlüssel zum Erfolg einer patienten- und ergebnisorientierten Gesundheitsversorgung [22]. Deshalb zielen aktuelle Bestrebungen darauf ab, die Kooperation und Aufgabenteilung in den Gesundheitsberufen zu fördern bzw. neu zu regeln. Diese Entwicklungen erfordern von den Berufsangehörigen veränderte Rollen und Routinen. Dabei besteht sowohl inhaltlicher und methodischer Weiterentwicklungsbedarf der Berufsbildung als auch Bedarf an tragfähigen Praxiskonzepten zur Ausgestaltung der intra- und interprofessionellen Kooperation [22]. Hierzu liegen v.a. in GB und NL anschlussfähige Konzepte vor. Diverse Studien und die GesinE-Ergebnisse zeigen, dass der Mitarbeiterereinsatz bislang oft wenig qualifikationsadäquat erfolgt. So übernehmen Mitarbeiter vielfach Aufgaben, für die sie entweder nicht die dafür notwendige Qualifikation haben oder die unter ihrem Qualifikationsniveau liegen [23,24].

Passung von Ausbildung und Berufsausübung

Unter der Fragestellung, ob die jetzigen Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen hinreichend auf die Berufsausübung vorbereiten, lassen die Ergebnisse für alle 5 Länder Divergenzen erkennen. Sie zeigen sich einerseits darin, dass die in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen in der Einschätzung der dazu Befragten unzureichend den Bedarfen der Berufspraxis entsprechen. Andererseits können erworbene Kompetenzen aufgrund ungünstiger Rahmenbedingungen in der Praxis oft nicht genutzt

werden. Eine umfassende, erfolgreiche Lösung für die Ausgestaltung der (Aus-)Bildung in den Gesundheitsfachberufen ist aus Sicht der Befragten für kein Vergleichsland erkennbar. In jedem Land sind ihrer Einschätzung nach sowohl positive als auch kritische Aspekte festzustellen.

Diskussion

Die Herausforderungen in den Gesundheitssystemen stellen die Angehörigen der Gesundheitsberufe vor Veränderungen bezüglich ihrer Qualifikationen und Kompetenzen und bedürfen einer kohärenten Gesundheits-Bildungs-Politik [25]. Weder Bildungs- noch Gesundheitssysteme sollten dabei an den gesellschaftlichen Entwicklungen vorbei „reformiert“ werden. Die Gesundheits-Bildungs-Politik ist gefordert, die Bedarfe der Gesundheitssysteme in angemessenen Bildungsprogrammen zu antizipieren. Dafür sind Signale der Gesundheitspolitik notwendig, um zu zeigen, welche Kompetenzen und Expertisen zukünftig notwendig sind [25–27]. Dieses Erfordernis wird derzeit nicht hinreichend wahrgenommen [25], wobei dem deutschen Gesundheitssystem hier eine besondere Trägheit zugeschrieben wird [7,27,28]. Die Ergebnisse zeigen, dass eine Weiterentwicklung der derzeitigen Qualifikationswege und Kompetenzprofile der Gesundheitsfachberufe erforderlich ist. Im Vergleich der untersuchten Länder bestätigen die Studienergebnisse dies besonders für D. Eine Überarbeitung der Ausbildungskataloge durch das Aufgreifen wissenschaftlich geprüfter Lerninhalte und -arrangements sowie eine Festlegung der zu erzielenden Kompetenzen steht an. Dies zeigen v.a. die Qualifikationsanalysen für die MTRA, Physiotherapie sowie Gesundheits- und Krankenpflege. Zentrale berufsübergreifende Verbesserungsbedarfe betreffen dabei aus Sicht der Autoren die

- ▶ Bearbeitung aktueller berufsrelevanter Lerngegenstände und eine stärkere Praxisorientierung der (hoch-)schulischen Ausbildung;
- ▶ Vorbereitung auf die Versorgung chronisch kranker, multimorbider und hochaltriger Menschen;
- ▶ Abkehr der Ausbildungsinhalte von einer dominanten Krankenhausorientierung und Übergang zu einer intensiveren Vorbereitung auf das Handeln in neuen, an Bedeutung zunehmenden Tätigkeitsfeldern, wie der ambulanten (Langzeit-) Versorgung;
- ▶ Vermittlung von Kompetenzen zu wissenschaftlich orientiertem Denken und Lernen sowie zum Evidence-basierten Handeln;
- ▶ Herausbildung von Fähigkeiten zu einer (selbst-)kritischen Haltung und zur Reflexion, zur begründeten Entscheidungsfindung und zum prozesshaften Handeln;
- ▶ Anbahnung von Fähigkeiten zu Organisation, Planung, Verteilung und Evaluation von Arbeitsaufgaben sowie zur Anleitung von Mitarbeitern, die keine Fachkräfte sind sowie
- ▶ Stärkung von Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit.

Eine Ausgangsthese der Studie war, dass allein von der Verortung der Ausbildungen nicht auf die Qualifikationen und Kompetenzen der Absolventen geschlossen werden kann. Diese Annahme hat sich bestätigt. Die Ergebnisse zeigen nach Einschätzung der Autoren, dass die deutsche Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen nicht pauschal unterbewertet werden sollte. Zugleich machen die Ergebnisse aber auch deutlich, dass die akademische Ausbildung in einer Reihe von Aspekten Vorteile gegenüber der bisherigen

Ausbildung im sekundären Sektor aufweist. Das betrifft v.a. die Kompetenz zur Erschließung und Übertragung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis sowie zur Umsetzung reflektierter Entscheidungsfindungsprozesse.

Mit der in den Vergleichsländern vorgenommenen Akademisierung der Gesundheitsfachberufe entstanden neue Beziehungssysteme zwischen den Leistungserbringern. Kennzeichnend dafür sind neugestaltete Aufgabenzuschnitte und Verantwortungsbereiche sowie Veränderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit hin zu einer Kooperation „auf Augenhöhe“ [28]. Diese Veränderungen versprechen günstige Auswirkungen auf die Qualität der Gesundheitsversorgung. Die erkennbaren Potenziale einer teilweisen Akademisierung der Gesundheitsfachberufe entsprechen den „Empfehlungen zu [den] hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ des Wissenschaftsrates [4] und den Einschätzungen und Vorschlägen im Konzeptpapier „Forschung in den Gesundheitsfachberufen: Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland“ [3].

Fazit

Trotz methodisch begründeter Limitierungen bestätigen die Ergebnisse der GesinE-Studie die besonderen Erkenntnismöglichkeiten der international vergleichenden Berufsbildungsforschung [29,30]. Mit den Ergebnissen können Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Ausbildung und Berufsausübung im Kooperationsgeflecht der Akteure im Berufsfeld Gesundheit und Pflege sowie dabei bestehende Sicht- und Denkweisen in verschiedenen Ländern aufgezeigt werden [30]. Wenn bei einem solchen Vorgehen die spezifischen, historisch gewachsenen, kulturell geprägten Besonderheiten der jeweiligen Systeme mit ihren Stärken und Schwächen berücksichtigt werden und individuelle Erfahrungen vor dem Hintergrund der jeweiligen Gegebenheiten eines Landes interpretiert werden, dann sind daraus Impulse und „Lehren“ für Deutschland ableitbar [30].

Für die Gestaltung zukunftsfähiger Gesundheitsberufsprofile und Ausbildungsprogramme ist eine breite, verlässliche und auf Forschungsergebnisse gestützte Informationsbasis unerlässlich [5]. Die GesinE-Studie leistet hier einen wichtigen, wenn auch nicht umfänglichen Beitrag. Eine ganze Reihe von (Forschungs- und Praxisentwicklungs-)Fragen harret der Klärung. Für die Bearbeitung dieser Fragen bedarf es einer – derzeit nicht systematisch stattfindenden – Berufsbildungsforschung und -steuerung auf Bundesebene. Diese erscheint für eine forschungsbasierte Entscheidungsfindung zur strategischen Planung und Weiterentwicklung der Gesundheitsberufsbildung in Deutschland unabdingbar.

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht

Literatur

- 1 Bollinger H. Profession – Dienst – Beruf. Der Wandel der Gesundheitsberufe aus berufssoziologischer Perspektive. In: Bollinger H, Gerlach A, Pfadenhauer M, Hrsg. Gesundheitsberufe im Wandel. Frankfurt a. M.: Mabuse, 2005; 13–30
- 2 Becker W. Gesundheits- und Sozialberufe – wissen wir genug, um über berufliche Reformen reden zu können? In: Becker W, Meifort B, Hrsg. Gesundheitsberufe: Alles „Pflege“ – oder was? Personenbezogene Dienstleistungsberufe im Wandel. Bielefeld: Bertelsmann, 2002; 13–49

- 3 Ewers M, Grewe T, Höppner H et al. Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. Konzept der Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates. DMW 2012; 137: (Suppl 2): 29–76
- 4 Wissenschaftsrat (WR). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Drucksache 2411-12. (13.07.2012) Im Internet www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf Stand: 12.03.2014
- 5 Darmann-Finck I, Foth H. Bildungs-, Qualifikations- und Sozialisationsforschung in der Pflege. In: Schaeffer D, Wingenfeld K, Hrsg. Handbuch Pflegeforschung. Weinheim: Juventa, 2011; 165–182
- 6 Bals T. Berufsbildung der Gesundheitsfachberufe. Einordnung – Strukturwandel – Reformansätze. Alsbach/Bergstraße: Leuchtturm, 1993
- 7 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007 Im Internet www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf Stand: 12.03.2014
- 8 Lehmann Y, Beutner K, Karge K et al. Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (GesinE), Hrsg. Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bonn/Berlin: BMBF, 2014 Im Internet http://www.bmbf.de/pub/berufsbildungsforschung_band_15.pdf Stand: 16.04.2014
- 9 Stöcker G. Ausbildung der Pflegeberufe in Deutschland und Berlin. In: Landenberger M, Stöcker G, Filkins J, et al. Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover: Schlütersche, 2005; 25–77
- 10 Bals T, Grunau J, Unger A. Qualitätsentwicklung an Schulen des Gesundheitswesens. Kriterien, Indikatoren, Standards. Tagungsunterlage zur Abschlussveranstaltung des Projekts „AQiG Reloaded“. (29.06.2010). Berlin: Robert Bosch Stiftung, 2010
- 11 Kraus K, Müller S, Gonon P. Gesundheitsberufe in der Grenzregion. Eine international-vergleichende Regionalstudie zur beruflichen Bildung. Frankfurt a. M.: Verlag für Interkulturelle Kommunikation, 2004
- 12 Münk D. Berufliche Aus- und Weiterbildung in Europa. In: Arnold R, Lipsmeier A, Hrsg. Handbuch der Berufsbildung. 2., überarb. u. aktual. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2006; 547–560
- 13 Brater M. Berufliche Bildung. In: Böhle F, Voß GG, Wachtler G, Hrsg. Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010; 805–837
- 14 Baethge M. Das berufliche Bildungswesen in Deutschland am Beginn des 21. Jahrhunderts. In: Cortina KS, Baumert J, Leschinsky A et al., Hrsg. Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 2008; 541–597
- 15 Konsortium Bildungsberichterstattung. Bildung in Deutschland. Ein indikatorengeprägter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration. Bielefeld: Bertelsmann, 2006
- 16 Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Employment Outlook 2011. Paris: OECD Publishing, 2011
- 17 Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Wichtiger Schritt hin zum Bildungsraum Europa. Einigung bei der Einführung des Deutschen Qualifikationsrahmens. Pressemitteilung 012/2012 (31. Januar 2012). Im Internet www.deutscherqualifikationsrahmen.de/de?t=/documentManager/sfdoc.file.detail&fileID=1355146469604 Stand: 12.03.2014
- 18 Greinert WD. Einführung in den Themenschwerpunkt „Internationaler Vergleich“. In: Münk D, Gonon P, Breuer K, Hrsg. Modernisierung der Berufsbildung. Neue Forschungserträge und Perspektiven der Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Leverkusen: Budrich, 2008; 11–15
- 19 Landenberger M. Gesamtfazit: Zukunft der deutschen Pflegeausbildung. In: Landenberger M, Stöcker G, Filkins J, et al. Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover: Schlütersche, 2005; 271–281
- 20 Zalpour C. Der Weg zum deutschen First Contact Practitioner. Physiotherapie 2007; 25: 7–8
- 21 Hamric AB, Spross JA, Hanson CM. Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach. Philadelphia: Saunders, 2004
- 22 Frenk J, Chen L, Bhutta ZA et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet 2010; 376: 1923–1958
- 23 Buchan J, Dal Poz MR. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. Bulletin of the World Health Organization 2002; 80: 575–680

- 24 Paquay L, De Lepeleire J, Milisen K et al. Tasks performance by registered nurses and care assistants in nursing homes: A quantitative comparison of survey data. *International Journal of Nursing Studies* 2007; 44: 1459–1467
- 25 Careum, Hrsg. Gesundheitspolitik trifft Bildungspolitik. Neuausrichtung der Ausbildung für Gesundheitsfachberufe. Report Careum Dialog 2012. Zürich: Careum-Eigenverlag, 2012
- 26 Traynor M, Rafferty AM. Context, convergence and contingency. *Journal of Health Service Research and Policy* 1998; 3: 195–196
- 27 Klemperer D. Vom Paternalismus zur Partnerschaft – Eine Profession im Wandel. In: Pundt J, Hrsg. Professionalisierung im Gesundheitswesen. Bern: Huber, 2006; 61–73
- 28 Sachverständigenrat zu Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009; Kurzfassung. Im Internet www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf Stand: 12.03.2014
- 29 Tessaring M. Ausbildung im gesellschaftlichen Wandel. Ein Bericht zum aktuellen Stand der Berufsbildungsforschung in Europa. Luxemburg: Kommission der Europäischen Union, 1999
- 30 Lauterbach U. Die Schritte zu einer internationalen und international vergleichenden Berufsbildungsforschung. In: Rauner F, Hrsg. Handbuch Berufsbildungsforschung. Bielefeld: Bertelsmann, 2006; 44–51