



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich

Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich

Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung



Inhalt

1. Hintergrund und Ziel der Studie	15
2. Methodik der komparativen Analyse	19
2.1 Bestandsaufnahme der länderspezifischen Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen	19
2.2 Länderspezifische Qualifikationsanalysen: Schwerpunkte und Vorgehen	20
2.2.1 Befragung von Berufsmigrant/-innen	20
2.2.2 Stellenanzeigenanalyse	22
2.2.3 Expertenbefragung	22
2.2.3.1 Online-Expertenbefragung	23
2.2.3.2 Expertenbefragung und Hospitation vor Ort	23
2.2.4 Online-Befragung von Berufsangehörigen	24
2.3 Ergänzende Datenerhebung und begleitende Arbeitsschritte	26
2.3.1 Datenerhebung durch das Deutsche Krankenhausinstitut	26
2.3.2 Projektbeirat und Expertennetzwerk	26
2.3.3 Zusammenführung der Einzelbefunde	26
3. Die Gesundheitsfachberufe im Kontext der Berufsbildungs- und Gesundheitssysteme in Deutschland, Frankreich, Großbritannien, den Niederlanden und Österreich	27
3.1 Vergleich der nationalen (Berufs-)Bildungssysteme im Hinblick auf die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen	27
3.1.1 Grundstruktur der (Berufs-)Bildungssysteme	28
3.1.1.1 Deutschland (D)	28
3.1.1.2 Frankreich (F)	30
3.1.1.3 Großbritannien (GB)	31
3.1.1.4 Niederlande (NL)	33
3.1.1.5 Österreich (A)	34
3.1.2 Bildung in den Gesundheitsfachberufen vor dem Hintergrund der Europäisierung der Bildungssysteme	36
3.1.2.1 Das Feld der Gesundheitsfachberufe	36
3.1.2.2 Die Gesundheitsfachberufe im Kontext der Europäisierung der Bildungssysteme	39
3.1.3 Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen	42
3.1.4 Ausbildungsabschlüsse und Durchlässigkeit in den Bildungssystemen	45
3.2 Vergleich der Gesundheitssysteme im Hinblick auf die Ausbildung und Tätigkeit in den Gesundheitsfachberufen	52
3.2.1 Grundstruktur der Gesundheitssysteme	57
3.2.2 Berufliche Selbstverwaltung, Zulassung und Qualitätssicherung der Tätigkeit in den Gesundheitsfachberufen	60
3.2.2.1 Selbstverwaltung der Gesundheitsfachberufe	60
3.2.2.2 Zulassung zur Berufstätigkeit und berufliche Registrierung	61
3.2.2.3 Fortbildungspflichten	64
3.2.3 Leistungserbringung durch die Gesundheitsfachberufe	66
3.2.4 Entwicklungstendenzen und Herausforderungen in den Gesundheitssystemen mit Blick auf die Gesundheitsfachberufe	70
4. Qualifikationsanalyse für die Berufe Medizinisch-technische Radiologieassistentz, Physiotherapie sowie Gesundheits- und Krankenpflege	75
4.1 Medizinisch-technische Radiologieassistentz (MTRA)	75
4.1.1 Ausbildung in der Medizinisch-technischen Radiologieassistentz im Ländervergleich	75
4.1.1.1 Gesetzliche Grundlagen der Berufsausübung und Ausbildung	77

4.1.1.2	Bildungssystematische Zuordnung der Ausbildung und Zugangsvoraussetzungen ...	77
4.1.1.3	Ziel, Inhalt und Struktur der Ausbildung	78
4.1.1.4	Weiterführende Qualifizierungen und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten	79
4.1.2	Erkenntnisse aus der Befragung von Berufsmigrant/-innen	81
4.1.2.1	Hintergründe und Rahmenbedingungen der Migration	82
4.1.2.2	Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Berufsausübung von MTRA in den Vergleichsländern	82
4.1.2.3	Einschätzungen zur Ausbildung und zu beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten	85
4.1.3	Erkenntnisse aus der Online-Expertenbefragung	86
4.1.3.1	Einschätzungen zur Ausbildung im Hinblick auf die Anforderungen an MTRA – Ist-Stand und Perspektiven	86
4.1.3.2	Einschätzungen zu den Veränderungen der Berufspraxis von MTRA	90
4.1.4	Erkenntnisse aus der Stellenanzeigenanalyse.....	93
4.1.5	Erkenntnisse aus der Online-Berufsangehörigenbefragung	94
4.1.5.1	Zu den befragten MTRA und dem verwendeten Fragebogen	94
4.1.5.2	Arbeitsaufgaben im direkten Patientenkontakt	95
4.1.5.3	Arbeitsaufgaben ohne direkten Patientenkontakt und berufsspezifische Forschung	101
4.1.5.4	Intra- und interdisziplinäre Zusammenarbeit und Aufgabenteilung	102
4.1.5.5	Einschätzungen zur Angemessenheit und zum Änderungsbedarf der Ausbildung	102
4.1.5.6	Einschätzungen zur beruflichen Situation und zu individuellen Entwicklungs- möglichkeiten	103
4.1.6	Zusammenführung der Ergebnisse der Qualifikationsanalyse für die Medizinisch-technische Radiologieassistenten	105
4.2	Physiotherapie	107
4.2.1	Ausbildung in der Physiotherapie im Ländervergleich	107
4.2.1.1	Gesetzliche Grundlagen der Berufsausübung und Ausbildung	110
4.2.1.2	Bildungssystematische Zuordnung der Ausbildung und Zugangsvoraussetzungen	111
4.2.1.3	Ziel, Inhalt und Struktur der Ausbildung	111
4.2.1.4	Weiterführende Qualifizierungen und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten	114
4.2.2	Erkenntnisse aus der Befragung von Berufsmigrant/-innen	116
4.2.2.1	Zu den befragten Physiotherapeut/-innen und den Hintergründen ihrer Migration	116
4.2.2.2	Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Berufsausübung von Physiotherapeut/ -innen in den Vergleichsländern.....	116
4.2.2.3	Einschätzungen zur Physiotherapieausbildung und zu beruflichen Entwicklungs- möglichkeiten	119
4.2.3	Erkenntnisse aus der Online-Expertenbefragung	121
4.2.3.1	Einschätzungen zur Ausbildung im Hinblick auf die Anforderungen an Physio- therapeut/-innen – Ist-Stand und Perspektiven	121
4.2.3.2	Veränderungen in der Berufspraxis von Physiotherapeut/-innen	126
4.2.4	Erkenntnisse aus der Stellenanzeigenanalyse	129
4.2.5	Erkenntnisse aus der Online-Berufsangehörigenbefragung	131
4.2.5.1	Zu den befragten Physiotherapeut/-innen und dem verwendeten Fragebogen	131
4.2.5.2	Arbeitsaufgaben entlang des physiotherapeutischen Prozesses	131
4.2.5.3	Kommunikation, Beratung und übergreifende („patientenferne“) Arbeitsaufgaben.....	134
4.2.5.4	Einschätzungen zur intra- und interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen sowie zur Aufgabenteilung	135
4.2.5.5	Einschätzungen zur Angemessenheit und zum Änderungsbedarf der Ausbildung von Physiotherapeut/-innen	137
4.2.5.6	Einschätzungen zur beruflichen Situation und zu individuellen Entwicklungs- möglichkeiten	139
4.2.6	Zusammenführung der Ergebnisse der Qualifikationsanalyse für die Physiotherapie	140

4.3	Gesundheits- und Krankenpflege	143
4.3.1	Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege im Ländervergleich	143
4.3.1.1	Gesetzliche Grundlagen der Berufsausübung und Ausbildung	146
4.3.1.2	Bildungssystematische Zuordnung der Ausbildung	147
4.3.1.3	Ziel, Inhalt und Struktur der Ausbildung	148
4.3.1.4	Weiterführende Qualifizierungen und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten	149
4.3.2	Erkenntnisse aus der Befragung von Berufsmigrant/-innen	151
4.3.2.1	Zu den befragten Pflegenden sowie den Gründen und Rahmenbedingungen ihrer Migration	151
4.3.2.2	Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Berufsausübung von Pflegefachpersonen in den Vergleichsländern	152
4.3.2.3	Einschätzungen zur Pflegebildung und zu beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten	154
4.3.3	Erkenntnisse aus der Online-Expertenbefragung	155
4.3.3.1	Einschätzungen zur Ausbildung im Hinblick auf die Anforderungen an Pflegefachpersonen – Ist-Stand und Perspektiven	155
4.3.3.2	Einschätzungen zu den Veränderungen in der Berufspraxis von Pflegefachpersonen	160
4.3.4	Erkenntnisse aus der Stellenanzeigenanalyse	163
4.3.5	Erkenntnisse aus der Online-Berufsangehörigenbefragung	164
4.3.5.1	Zu den befragten Pflegefachpersonen und dem verwendeten Fragebogen	164
4.3.5.2	Tätigkeiten und komplexe Aufgaben im Kompetenzbereich von Pflegefachpersonen	165
4.3.5.3	Pflegebedarfsabklärung, -prozessgestaltung und Dokumentation	168
4.3.5.4	Organisation sowie intra- und interdisziplinäre Zusammenarbeit	169
4.3.5.5	Pflegepraxisentwicklung und -forschung	172
4.3.5.6	Einschätzungen zur Angemessenheit der Ausbildung von Pflegefachpersonen	173
4.3.5.7	Einschätzungen zur beruflichen Situation und zu persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten	176
4.3.6	Zusammenfassung der Ergebnisse der Qualifikationsanalyse für die Gesundheits- und Krankenpflege.....	177
5.	Fazit	181
5.1	Methodenkritik und Begrenzung der Ergebnisse	181
5.2	Zusammenfassung zentraler Ergebnisse	185
5.2.1	Zentrale Ergebnisse der Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen in den Vergleichsländern	185
5.2.2	Zentrale Erkenntnisse zur Berufsausübung in den Gesundheitsfachberufen im Ländervergleich	188
5.2.3	Fazit: Zur Angemessenheit der Ausbildungen im Hinblick auf die Anforderungen der Berufsausübung in den Gesundheitsfachberufen.....	190
5.3	Weitere Forschungs- und Praxisentwicklungsbedarfe	194
	Literatur	196
	Mitglieder des Projektbeirats der GesinE-Studie	216

Anhang auf CD-ROM

Anhang A: Synopsen zur Analyse der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen

A 1	Vergleich der Ausbildungen in der Medizinisch-technischen Laborassistentz (MTLA)	12
1.1	Kompetenzprofile	12
1.2	Gesetzliche Regelungen und Registrierung	14
1.3	Ausbildung	15
	Literatur (MTLA)	22
	Erklärung verwendeter Fachbegriffe (MTLA)	27
A 2	Vergleich der Ausbildungen in der Medizinisch-technischen Radiologieassistentz (MTRA)	28
2.1	Kompetenzprofile	45
2.2	Gesetzliche Regelungen und Registrierung	52
2.3	Ausbildung	53
	Literatur (MTRA)	62
	Erklärung verwendeter Fachbegriffe (MTRA)	71
A 3	Vergleich der Ausbildungen in der Medizinisch-technischen Assistenz für Funktionsdiagnostik (MTAF)	73
3.1	Kompetenzprofile	86
3.2	Gesetzliche Regelungen und Registrierung	88
3.3	Ausbildung	89
	Literatur (MTAF)	96
	Erklärung verwendeter Fachbegriffe (MTAF)	101
A 4	Vergleich der Ausbildungen in der Pharmazeutisch-technischen Assistenz (PTA)	102
4.1	Kompetenzprofile	111
4.2	Gesetzliche Regelungen und Registrierung	112
4.3	Ausbildung	113
	Literatur (PTA)	117
	Erklärung verwendeter Fachbegriffe (PTA)	121
A 5	Vergleich der Ausbildungen in der Rettungsassistentz	122
5.1	Kompetenzprofile	132
5.2	Gesetzliche Regelungen und Registrierung	134
5.3	Ausbildung	135
	Literatur (Rettungsassistentz)	140
	Erklärung verwendeter Fachbegriffe (Rettungsassistentz)	143
A 6	Vergleich der Ausbildungen in der Diätassistentz	144
6.1	Kompetenzprofile	155
6.2	Gesetzliche Regelungen und Registrierung	157
6.3	Ausbildung	158
	Literatur (Diätassistentz)	164
A 7	Vergleich der Ausbildungen in der Logopädie	168
7.1	Kompetenzprofile	177
7.2	Gesetzliche Regelungen und Registrierung	178

7.3	Ausbildung	179
	Literatur (Logopädie)	185
A 8	Vergleich der Ausbildungen in der Ergotherapie	190
8.1	Kompetenzprofile	200
8.2	Gesetzliche Regelungen und Registrierung	201
8.3	Ausbildung	202
	Literatur (Ergotherapie)	208
A 9	Vergleich der Ausbildungen in den physiotherapeutischen Berufen	213
9.1	Vergleich der Ausbildungen in der Physiotherapie	217
9.1.1	Kompetenzprofile	231
9.1.2	Gesetzliche Regelungen und Registrierung	234
9.1.3	Ausbildung	235
9.2	Vergleich der Ausbildungen in den medizinischen Massageberufen	243
9.2.1	Kompetenzprofile	248
9.2.2	Gesetzliche Regelungen und Registrierung	249
9.2.3	Ausbildung	249
	Literatur (Physiotherapeutische Berufe)	256
	Erklärung verwendeter Fachbegriffe (Physiotherapeutische Berufe)	265
A 10	Vergleich der Ausbildungen in der Orthoptik	267
10.1	Kompetenzprofile	274
10.2	Gesetzliche Regelungen und Registrierung	275
10.3	Ausbildung	276
	Literatur (Orthoptik)	281
A 11	Vergleich der Ausbildungen in der Podologie	285
11.1	Kompetenzprofile	297
11.2	Gesetzliche Regelungen und Registrierung	302
11.3	Ausbildung	303
	Literatur (Podologie)	311
	Erklärung verwendeter Fachbegriffe (Podologie)	315
A 12	Vergleich der Ausbildungen zur Hebammen/zum Entbindungspfleger	317
12.1	Kompetenzprofile	329
12.2	Gesetzliche Regelungen und Registrierung	332
12.3	Ausbildung	335
	Literatur (Hebammenwesen)	343
	Erklärung verwendeter Fachbegriffe (Hebammenwesen)	349
A 13	Vergleich der Ausbildungen in den Pflegeberufen	350
13.1	Einleitung	350
13.1.1	Zu den Pflegeberufen allgemein	350
13.1.2	Einteilung der Pflegeberufe in den Vergleichsländern	354
13.1.3	Pflegende in den Vergleichsländern in Zahlen	358
13.2	Vergleich der Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege	371
13.2.1	Gesetzliche Regelungen und Registrierung (Gesundheits- und Krankenpflege)	385
13.2.2	Kompetenzprofile (Gesundheits- und Krankenpflege)	391
13.2.3	Ausbildung (Gesundheits- und Krankenpflege)	397
13.3	Vergleich der Ausbildungen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	416

13.4	Vergleich der Ausbildungen in der Altenpflege	431
13.5	Aktuelle Entwicklungen in den Pflegeberufen in den Vergleichsländern	440
13.5.1	Wachsendes Qualifizierungs- und Kompetenzspektrum für die Pflegeberufe	440
13.5.2	Entwicklungen in den grundständigen Pflegeausbildungen	456
13.5.3	Skizze zum Stand der Pflegewissenschaft in den Vergleichsländern	464
	Literatur (Pflegeberufe)	468

Anhang B: Angaben zu den Befragungsteilnehmer/-innen für die Erstellung der Qualifikationsanalysen

B 1	Medizinisch-technische Radiologieassistentz (MTRA)	1
B 1.1	Beschreibung der Teilnehmer/-innen an der Berufsmigranten-Befragung – MTRA	1
B 1.2	Beschreibung der Teilnehmer/-innen an der Online-Expertenbefragung – MTRA	5
B 1.3	Stichprobenbeschreibung der Berufsangehörigenbefragung – MTRA	10
B 2	Physiotherapie	21
B 2.1	Beschreibung der Teilnehmer/-innen an der Berufsmigranten-Befragung – Physiotherapie	21
B 2.2	Beschreibung der Teilnehmer/-innen an der Online-Expertenbefragung – Physiotherapie	26
B 2.3	Stichprobenbeschreibung der Berufsangehörigenbefragung	29
B 3	Gesundheits- und Krankenpflege	40
B 3.1	Beschreibung der Teilnehmer/-innen an der Berufsmigranten-Befragung – Pflege	40
B 3.2	Beschreibung der Teilnehmer/-innen an der Online-Expertenbefragung – Pflege	44
B 3.3	Stichprobenbeschreibung der Berufsangehörigenbefragung – Pflege	48
	Literatur (Anhang B)	59

Anhang C: Interviewleitfaden und Fragebögen für die Erstellung der Qualifikationsanalysen

C 0	Gemeinsamer Interviewleitfaden für die Berufsmigranten-Befragung	1
C 1	Fragebögen für die Medizinisch-technische Radiologieassistentz	7
1.1	Fragebögen für die Expertenbefragung (MTRA)	7
1.1.1	Expertenfragebogen MTRA – Deutschland	7
1.1.2	Expertenfragebogen MTRA – Frankreich	10
1.1.3	Expertenfragebogen MTRA – Großbritannien	14
1.1.4	Expertenfragebogen MTRA – Niederlande	18
1.1.5	Expertenfragebogen MTRA – Österreich	22
1.2	Fragebögen für die Berufsangehörigenbefragung (MTRA)	26
1.2.1	Berufsangehörigenfragebogen MTRA – Radiologische Diagnostik und Nuklearmedizin – Deutschland	26
1.2.2	Berufsangehörigenfragebogen MTRA – Radiologische Diagnostik und Nuklearmedizin – länderspezifisch modifizierte Inhalte und Übersetzungen	53
1.2.3	Berufsangehörigenfragebogen MTRA – Strahlentherapie – Deutschland	123
1.2.4	Berufsangehörigenfragebogen MTRA – Strahlentherapie – länderspezifisch modifizierte Inhalte und Übersetzungen	144
C 2	Fragebögen für die Physiotherapie	197
2.1	Fragebögen für die Expertenbefragung (Physiotherapie)	197
2.1.1	Expertenfragebogen Physiotherapie – Deutschland	197
2.1.2	Expertenfragebogen Physiotherapie – Frankreich	200
2.1.3	Expertenfragebogen Physiotherapie – Großbritannien	204
2.1.4	Expertenfragebogen Physiotherapie – Niederlande	208
2.1.5	Expertenfragebogen Physiotherapie – Österreich	212

2.2	Fragebögen für die Berufsangehörigenbefragung (Physiotherapie)	216
2.2.1	Berufsangehörigenfragebogen Physiotherapie – Deutschland	216
2.2.2	Berufsangehörigenfragebogen Physiotherapie – länderspezifisch modifizierte Inhalte und Übersetzungen	236
C 3	Fragebögen für die Pflege.....	290
3.1	Fragebögen für die Expertenbefragung (Pflege)	290
3.1.1	Expertenfragebogen Pflege – Deutschland	290
3.1.2	Expertenfragebogen Pflege – Frankreich	293
3.1.3	Expertenfragebogen Pflege – Großbritannien	298
3.1.4	Expertenfragebogen Pflege – Niederlande	302
3.1.5	Expertenfragebogen Pflege – Österreich	306
3.2	Fragebögen für die Berufsangehörigenbefragung (Pflege)	310
3.2.1	Berufsangehörigenfragebogen Pflege – Deutschland	310
3.2.2	Berufsangehörigenfragebögen Pflege – länderspezifisch modifizierte Inhalte und Übersetzungen.....	327

Abbildungsverzeichnis

1.1	Die untersuchten 16 Gesundheitsfachberufe	16
2.1	Analyseraster zur Bestandsaufnahme der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen	19
2.2	Aufgabenstellung, Schwerpunkte, zentrale Einflussgrößen sowie Teiluntersuchungen der Qualifikationsanalysen	21
2.3	Fragenaufbau in mehreren Komplexen der Berufsangehörigen-Fragebögen in Anlehnung an die „Nurse Competence Scale“	25
3.1	Schüler/-innen (gesamt) in Gesundheitsberufen in Deutschland im Schuljahr 2011/2012	37
3.2	Stufenkonzept der Qualifikations- und Karriereleiter im britischen Nationalen Gesundheitsdienst	51
4.1.1	Durchführung von Tätigkeiten in der MTRA bzw. Radiologietechnologie, die in D zu den delegierbaren ärztlichen Tätigkeiten zählen.....	96
4.1.2	Durchführen von Röntgenuntersuchungen im OP sowie von Durchleuchtungen	98
4.1.3	Aufgaben im Arbeitsbereich der Angiographie und interventionellen Radiologie	98
4.1.4	Selbstständige Durchführung ausgewählter Aufgaben in der Nuklearmedizin	100
4.1.5	Exemplarische patientenferne Aufgaben in der Radiologietechnologie	101
4.1.6	Vorbereitung auf die Durchführung von CT- und MRT-Untersuchungen durch die Ausbildung	103
4.1.7	Einschätzungen zur Vorbereitung auf exemplarische Aufgaben in der Radiologie- technologie durch die Ausbildung	104
4.1.8	Einschätzungen zu den beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten von MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen	104
4.2.1	Dokumentation von Therapiezielen	134
4.2.2	Beteiligung der Befragten an physiotherapeutischer Forschung	135
4.2.3	Zusammenarbeit von Physiotherapeut/-innen mit ausgewählten Gesundheitsberufen	136
4.2.4	Vorbereitung auf die Beratung von Patient/-innen und Angehörigen durch die Ausbildung	138
4.2.5	Vorbereitung auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit durch die Ausbildung	138
4.2.6	Zufriedenheit mit dem Beruf insgesamt unter den befragten Physiotherapeut/-innen	139
4.3.1	Vorkommen der Tätigkeit „Patient/-innen bei der Körperpflege unterstützen“ im Aufgabenprofil der Pflegefachpersonen	165
4.3.2	Ausgewählte Tätigkeiten im Rahmen der Mitwirkung bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie	166
4.3.3	(a) Häufigkeit, Patient/-innen zu erklären, was bestimmte medizinische Diagnosen und Maßnahmen für sie bedeuten und (b) die dabei empfundene Sicherheit	167
4.3.4	Häufigkeit exemplarischer Informations-, Anleitungs- und Beratungsaufgaben im Alltag der befragten Pflegenden	167
4.3.5	Umsetzung und Dokumentation ausgewählter Elemente des Pflegeprozesshandelns	169
4.3.6	Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen	170
4.3.7	Einschätzungen der Pflegenden zu organisatorischen Rahmenbedingungen in ihrem Arbeitsbereich	172
4.3.8	(a) Häufigkeit der Integration von Forschungsergebnissen in das Pflegehandeln und (b) die dabei empfundene Sicherheit	172
4.3.9	Einschätzungen zu exemplarischen Aspekten der Lernbedingungen von Pflegeschüler/-innen bzw. -studierenden in der derzeitigen Pflegepraxis	175
4.3.10	Einschätzungen zu ausgewählten Aspekten bzgl. der Entwicklungsmöglichkeiten und beruflichen Zufriedenheit von Pflegefachpersonen	176

Tabellenverzeichnis

1.1	Die 16 untersuchten Ausbildungsgänge in Deutschland und ihre Entsprechungen in den Vergleichsländern	17
2.1	Hospitationen in den Vergleichsländern	24
3.1.1	Bildungsausgaben des öffentlichen und privaten Sektors in den Vergleichsländern	35
3.1.2	Anteile der Abschlüsse auf den unterschiedlichen Bildungsstufen im Ländervergleich	35
3.1.3	Erwerbslosigkeit der 15- bis 24-Jährigen in den Vergleichsländern	36
3.1.4	EQR-Niveau der Abschlüsse in den Gesundheitsfachberufen in den Vergleichsländern	41
3.1.5	Ausbildungsspezifische schulische Zugangsvoraussetzungen zu den Gesundheitsfachberufen in den Vergleichsländern	43
3.1.6	Dauer der als Zugangsvoraussetzung definierten allgemeinen Schulbildung zu den Gesundheitsfachberufen in den Vergleichsländern	44
3.1.7	Dauer der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im Ländervergleich	46
3.1.8	Zuordnung der berufszulassenden Abschlüsse zu den Bildungssektoren in den Vergleichsländern	47
3.1.9	Berufszulassende Abschlüsse der Gesundheitsfachberufe, die der Bachelor-Stufe entsprechen bzw. unter- oder oberhalb davon angesiedelt sind	48
3.1.10	Vorhandensein spezifischer, mind. einjähriger Helfer-/Assistenzqualifikationen zu den einzelnen Gesundheitsfachberufen in den Vergleichsländern	50
3.2.1	Zentrale bevölkerungs- und wirtschaftsbezogene Indikatoren der Vergleichsländer	52
3.2.2	Zentrale Indikatoren der Gesundheitssysteme der Vergleichsländer	53
3.2.3	Angaben zu ausgewählten Gesundheits- und Krankheitsindikatoren im Ländervergleich	54
3.2.4	Auswahl an Angaben zum Fachpersonal der Gesundheitssysteme der Vergleichsländer	55
3.2.5	Vorhandensein von Institutionen mit der Funktion von Berufskammern	60
3.2.6	Angaben zur beruflichen Registrierungspflicht in den Vergleichsländern	62
3.2.7	Bestehende Vorgaben zur beruflichen Fortbildungspflicht in den Vergleichsländern	65
3.2.8	Leistungserbringung im Direktzugang und/oder über ärztliche Verordnungen	67
3.2.9	Verschreibung von Medikamenten durch Angehörige der Gesundheitsfachberufe in den Vergleichsländern	68
3.2.10	Möglichkeiten der formalen Erweiterung der fachspezifischen Handlungskompetenzen i. S. von „advanced practitioners“ in den Vergleichsländern	70
4.1.1	Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung in der MTRA bzw. Radiologietechnologie	78
4.1.2	Ausbildungsstruktur in der MTRA bzw. Radiologietechnologie	79
4.1.3	Aufgaben und Kompetenzen mit Abschluss der MTRA- bzw. Radiologietechnologie-Ausbildung	80
4.1.4	(Einfach- und Mehrfach-)Vorschläge zur Verbesserung der Ausbildung in der MTRA bzw. Radiologietechnologie	89
4.1.5	Patientenferne und übergeordnete Aufgaben mit zunehmender Bedeutung in der Berufspraxis von MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen	91
4.1.6	In die Auswertung der Berufsangehörigenbefragung für die MTRA eingegangene Fragebögen	94
4.1.7	Verteilung der Befragten auf die Arbeitsbereiche in der Radiologischen Diagnostik	97
4.2.1	Zugangsvoraussetzungen zur Physiotherapieausbildung	111
4.2.2	Gesetzlich formulierte Ziele und zu vermittelnde Kernkompetenzen der Physiotherapieausbildung	112
4.2.3	Merkmale der Physiotherapieausbildung	114
4.2.4	(Einzel- und Mehrfach-)Vorschläge zur Verbesserung der Physiotherapieausbildung	124
4.2.5	Patientennahe sowie übergeordnete Aufgaben mit besonderer Bedeutung in der Berufspraxis von Physiotherapeut/-innen aus Sicht der befragten Expert/-innen	127
4.2.6	Empfehlenswerte Fort- und Weiterbildungen aus Sicht der befragten Physiotherapeut/-innen	140
4.3.1	Ausbildungen auf Pflegefachpersonen- sowie -helferstufe in den Vergleichsländern	145
4.3.2	Umsetzung von Elementen des Pflegeprozesshandelns und deren Dokumentation.....	168

4.3.3	Einschätzungen zur (Neu-)Zuordnung von Tätigkeiten und Aufgaben zwischen den Pflege- und anderen Gesundheitsberufen	171
4.3.4	Einschätzungen zur Vorbereitung auf ausgewählte Aufgaben durch die beiden niederländischen Ausbildungen für Pflegefachpersonen	174

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen im Anhang (CD-ROM)

Abbildungen A:

A 9.1	Aussagen zur didaktisch-methodischen Ausrichtung der Physiotherapieausbildung in Deutschland	240
A 9.2	Auswahl an aktuellen Forschungsthemen in der Physiotherapie in Deutschland	254
A 11.1	Foot Care Team	301
A 13.1	Mindestinhalte von Ausbildungsprogrammen für die allgemeine Pflege	353
A 13.2	Entwicklung der Schüler/-innenzahlen in den drei Pflegefachberufen in D	360
A 13.3	Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen in Krankenhäusern in D	361
A 13.4	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen in Krankenhäusern in D	361
A 13.5	Kurzbeschreibung der vier Berufsprofile für Pflegefachpersonen in GB	388
A 13.6	Stundentafel für die Gesundheits- und Kranken- sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung in D	403
A 13.7	Lernfelder des berufszulassenden Pflegestudiums in F	405

Tabellen A:

A 2.1	Delegationsfähigkeit ärztlicher Aufgaben an MTRA in Deutschland	48
A 2.2	Beschäftigte MTRA in Krankenhäusern in Deutschland	51
A 2.3	Radiography-spezifische Forschungsarbeiten in Großbritannien	60
A 3.1	Berufsentsprechungen in GB und NL für die Teilgebiete des deutschen Berufsbildes Medizinisch-technische Funktionsassistenten	86
A 9.1	Einwohner- und Physiotherapeut/-innenzahl in den Vergleichsländern	215
A 11.1	Berufe innerhalb des Fußpflegesektors in den Vergleichsländern	298
A 11.2	Exemplarische Forschungsthemen und Praxisentwicklungsprojekte in der Medizinischen Fußpflege in Großbritannien	309
A 13.1	Qualifikationsstufenmodell des International Council of Nurses	351
A 13.2	Ausbildungen auf der Stufe von Pflegefachpersonen in den Vergleichsländern	355
A 13.3	Ausbildungsniveaus, -profile, -dauer und -orte in der niederländischen Pflege	357
A 13.4	Zahlen zu den Pflegefachpersonen in den Vergleichsländern	358
A 13.5	In ambulanten Pflegediensten beschäftigte Pflegenden in D	362
A 13.6	In Pflegeheimen beschäftigte Pflegenden in D	362
A 13.7	Registrierte Pflegenden und Hebammen in GB	364
A 13.8	Registrierte Pflegenden nach Vertiefungsrichtungen in GB	365
A 13.9	Registrierte Pflegenden in spezifischen Funktionen in GB	365
A 13.10	Pflegefachpersonen nach Versorgungsbereichen des Gesundheitswesens in NL	366
A 13.11	Lernende in den Pflegeausbildungen auf MBO- und HBO-Stufe in NL	366
A 13.12	Personal des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege in den Krankenanstalten in A	367
A 13.13	Entwicklung des Personalbestands in den Krankenanstalten in A seit 1990	367
A 13.14	Pflegenden und Hebammen mit einer Verschreibungsbefugnis in GB	390
A 13.15	Pflegeassistenten/-helferqualifikationen in den Vergleichsländern	440
A 13.16	Modellprojekt-Grundtypen zur Weiterentwicklung der Pflegeausbildung in D	457

Abbildungen – Anhang B:

B 1.1	Verteilung der MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen auf die Hauptaufgabenfelder	11
B 1.2	Geschlechterverhältnisse bei den befragten MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen	15
B 1.3	Altersverteilung der befragten MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen	15
B 1.4	MTRA-Befragungsteilnehmer/-innen nach Jahren im Beruf	16
B 1.5	Bisherige Berufsjahre der befragten MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen am aktuellen Einsatzort	16
B 1.6	Angaben zum wöchentlichen Beschäftigungsumfang der befragten MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen	17
B 1.7	Angaben zur Beschäftigungsform im Schichtdienst der befragten MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen	18
B 1.8	Berufliche Positionen der befragten MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen	19
B 2.1	Geschlechterverhältnisse der befragten Physiotherapeut/-innen	33
B 2.2	Altersverteilung der befragten Physiotherapeut/-innen	33
B 2.3	Befragungsteilnehmer/-innen nach Jahren im Physiotherapieberuf	34
B 2.4	Bisherige Berufsjahre der Physiotherapeut/-innen am aktuellen Einsatzort	34
B 2.5	Angaben zum wöchentlichen Beschäftigungsumfang der befragten Physio- therapeut/-innen	35
B 2.6	Anzahl der durchgeführten Therapieeinheiten pro Tag (bei Vollzeitbeschäftigung)	36
B 2.7	Angaben der Physiotherapeut/-innen zur Tätigkeit im Schicht- und/oder Wochenenddienst	36
B 2.8	Angaben der befragten Physiotherapeut/-innen zu ihrer beruflichen Funktion	37
B 2.9	Befragungsteilnehmer/-innen nach physiotherapeutischen Handlungsfeldern	38
B 2.10	Verteilung der befragten Physiotherapeut/-innen auf zentrale Krankenhausfachbereiche	38
B 3.1	Zusammensetzung der Teilnehmer/-innen nach Pflegeberufsabschlüssen in D	49
B 3.2	Zusammensetzung der Teilnehmer/-innen nach Vertiefungsrichtung innerhalb der Pflegeausbildung in GB	50
B 3.3	Zusammensetzung der Teilnehmer/-innen nach Pflegeberufsabschlüssen in A	50
B 3.4	Geschlechterverhältnisse der Befragten im Handlungsfeld Pflege	53
B 3.5	Altersverteilung der Befragten im Handlungsfeld Pflege	53
B 3.6	Befragungsteilnehmer/-innen nach Jahren im Pflegeberuf	54
B 3.7	Bisherige Berufsjahre der Pflegenden am aktuellen Einsatzort	54
B 3.8	Angaben zum wöchentlichen Beschäftigungsumfang der befragten Pflegenden	55
B 3.9	Angaben der befragten Pflegenden zur Tätigkeit im Schichtdienst	56
B 3.10	Befragungsteilnehmer/-innen aus der Pflege nach beruflichen Funktionen	56
B 3.11	Befragungsteilnehmer/-innen nach pflegerischen Handlungsfeldern	57
B 3.12	Verteilung der Pflegenden auf ausgewählte Krankenhausfachbereiche	58

Tabellen – Anhang B:

B 1.1	Ausgewertete Fragebögen – Berufsangehörigenbefragung MTRA	10
B 1.2	Schulische Vorbildung der Befragten MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen	13
B 1.3	Angaben zum Beschäftigungsverhältnis der befragten MTRA bzw. Radiologie- technolog/-innen	17
B 1.4	Verteilung der im Krankenhaus beschäftigten MTRA bzw. Radiologie- technolog/-innen nach Krankenhaustypen	20
B 2.1	Ausgewertete Fragebögen – Berufsangehörigenbefragung Physiotherapie	29
B 2.2	Schulische Vorbildung der befragten Physiotherapeut/-innen	31
B 2.3	Angaben zum Beschäftigungsverhältnis der befragten Physiotherapeut/-innen	35
B 2.4	Verteilung der im Krankenhaus beschäftigten Physiotherapeut/-innen nach Krankenhaustypen	39
B 3.1	Ausgewertete Fragebögen – Berufsangehörigenbefragung Pflege	48
B 3.2	Schulische Vorbildung der Befragten	51
B 3.3	Angaben zum Beschäftigungsverhältnis der befragten Pflegenden	55
B 3.4	Verteilung der im Krankenhaus beschäftigten Pflegenden nach Krankenhaustypen	58

Abkürzungsverzeichnis

A	Österreich	CNP	Clinical Nurse Practitioner
ADELI	Association pour le Developpement de la Logique Informatique	CQF	Qualifications and Credit Framework
ADL	Activity of Daily Living (Aktivitäten des täglichen Lebens)	CQFW	Credit and Qualifications Framework for Wales
AFPPE	Association Française du Personnel Paramédical d'électroradiologie	CPD	Continuous Professional Development
AGZ	Allgemeine Gesundheitszorg	CT	Computertomographie
amb.	ambulant	D	Deutschland
ANP	Advanced Nurse Practitioner	DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (vormals: ~ für Krankenpflege)
AP	Assistant Practitioner	DHE	Diploma Higher Education
APEL	Accreditation of Prior Experiential Learning	DEMER	Diplôme d'Etat français de manipulateur d'électroradiologie médicale
ARS	Agence Régionale de Santé	DETAB	Diplôme d'Etat de Technicien en analyses biomédicales
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz	DHE	Diploma in Higher Education
ATA	Anästhesietechnische Assistenz	DKI	Deutsches Krankenhaus Institut
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen
BAB	Berufsangehörigenbefragung	Drs.	Drucksache
Bac pro	Baccalauréat professionnel	DTS	Diplôme de Technicien Supérieur
BBiG	Berufsbildungsgesetz	DUT	Diplôme Universitaire de Technologie
BBL	Beroepsbegeleidende Leerweg	ECTS	European Credit Transfer System
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung	EG	Europäische Gemeinschaft
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg	EHEA	European Higher Education Area
BIP	Bruttoinlandsprodukt	EHCI	European Health Consumer Index
BHS	Berufsbildende Höhere Schule	EHTAN	European Healthcare Training and Accreditation Network
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung	EQF	European Qualification Framework
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen
BMS	Berufsbildende Mittlere Schulen	d'ERM	d'Électroradiologie Médicale
BOL	Beroepsopleiding Leerweg	EU	Europäische Union
BSc	Bachelor of Science	F	Frankreich
BSc honours	Bachelor of Science Honours-Degree	FCP	First Contact Practitioner
BTS	Brevet de Technicien Supérieur	FdD	Foundation Degree
CNATMS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés	FH	Fachhochschule
CNCP	Commission Nationale de la Certification Professionnelle	FHEQ	Framework for Higher Education Qualifications

FQ-EHEA	Framework for Qualifications of the European Higher Education Area	LKN	Laborant klinische Neurofysiologie
GB	Großbritannien	LOOP	Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie
GCSE	General Certificate of Secondary Education	LP	Langzeitpflege
GesinE	Gesundheitsfachberufe in Europa	ltd.	leitende/r
GFR	Gesundheitsforschungsrat	Master pro	Master professionnel
GG	Grundgesetz	MBB'er	medisch beeldvormings- en bestralingsdeskundigen
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg	MBO	middelbare beroepsonderwijs
GHZ	Gehandicaptenzorg	MFA	Medizinische/r Fachangestellte/-r
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung	MGZ	Maatschappelijke Gezondheidszorg
GPhC	General Pharmaceutical Council	MRT	Magnetresonanztomographie/Kernspintomographie
GSVG	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz	MSc	Master of Science
HAWK	Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim-Holzminde-Göttingen	MTA	Medizinisch-technische Assistenz(berufe)
HAVO	Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs	MTAF	Medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik
HCA	Healthcare Assistant	MTAG	Gesetz über technische Assistenten in der Medizin
HCPC	Health & Care Professions Council	MTD	Medizinisch-technischer Dienst
HBO	Hogere Beroepsonderwijs	MTDG	Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen Medizinisch-technischen Dienste
HCA	Healthcare Assistant	MTLA	Medizinisch-technische Laborassistenz
HEI	Higher Education Institution	MTRA	Medizinisch-technische Radiologieassistenz
HFL	Hartfunctielaborant	NCP	National Coordination Points
HNC	Higher National Certificate	NCS	Nurse Competence Scale
HND	Higher National Diploma	NHS	National Health Service
ICN	International Council of Nurses	NL	Niederlande
IFMK	Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie	NMC	Nursing and Midwifery Council
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers	NP	Nurse Practitioner
IP	Independent Prescriber	NQF	National Qualifications Framework
ISCED	International Standard Classification of Education	NQR	Nationaler Qualifikationsrahmen
ISPOR	International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research	NVQ	National Vocational Qualification
ISSRT	International Society of Radiographers & Radiological Technologists	ODP	Operating Department Practitioner
IUT	Institut Universitaire de Technologie	OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
KP	Kwaliteitsregister Paramedici	oFb	„der onlineFragebogen“ (Eigenname eines Software-Pakets)
Krh.	Krankenhaus	ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
KMK	Kultusministerkonferenz		
LFA	Longfunctieanalisten		

ÖHG	Österreichisches Hebammengremium	STSS	Sciences et Technologies de la Santé et du Social
OMK	Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes		
ONI	Ordre National des Infirmiers	SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen
ONPP	Ordre National des Pédicures-Podologues	VAE	Validation des Acquis de l'Expérience
OP	Operationssaal	VMBO	Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs
OSF	Ordre des Sages Femmes/Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes	VO	Verordnung
OTA	Operationstechnische Assistenz	V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
PA	Physician Assistant		
PACS	Picture Archiving and Communication System	VVT	Verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg
PACES	Première Année Commune des Études de Santé	VWO	Vorbereidend wetenschappelijk onderwijs
PgC	Postgraduate Certificate	WEB	Wet educatie en Beroepsonderwijs
PgD	Postgraduate Diploma	Wet BIG	Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg
PGD	Patient Group Direction	WHO	World Health Organisation/Weltgesundheitsorganisation
PhD	Doctor of Philosophy		
PNF	Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation	WR	Wissenschaftsrat
PT	Physiotherapie/Physiotherapeut/-in	ZH	Ziekenhuizen (Krankenhaus)
PTA	Pharmazeutisch-technische Assistenz/préparateurs en pharmacie hospitalière		
QCF	Qualifications and Credit Framework		
RCN	Royal College of Nursing		
RD	Radiologische Diagnostik		
RIS	Radiologieinformationssystem		
ROC	Regional Opleiding Centrum		
SBHFL	Stichting Beroepsleiding Hartfunctie Laborant		
SCoR	Society and College of Radiographers		
SCQF	Scottish Credit and Qualifications Framework		
SGB	Sozialgesetzbuch		
SP	Supplementary Prescriber		
SRBLKNF	Stichting Raad Beroepsopleiding Laboranten Klinische Neurofysiologie		
stat.	stationär		
STI	Sciences et Technologies Industrielles		
STL	Sciences et Technologies de Laboratoire		
StriSchV	Strahlenschutzverordnung		

1. Hintergrund und Ziel der Studie

Demografischer Wandel, Wertewandel, 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 die beruflichen Anforderungen an die Beschäftigten im Besonderen (vgl. Bollinger 2005, S. 13 f.). Die wachsende Spezialisierung und Technisierung der Medizin, die zur Komplexitätssteigerung und Umstrukturierung der Arbeit, zur Konzentration auf einzelne Gebiete und Kompetenzen sowie zu einer sich weiter differenzierenden Arbeitsteilung beiträgt, impliziert Neuorientierungen in den beruflichen Bildungsinhalten und Strukturen des gesundheitsbezogenen Berufsfeldes (vgl. Becker 2002, S. 13; Balsing 2008, S. 9 f.). Parallel dazu bewirkt der zunehmende ökonomische Druck einen Wandel der Personalstrukturen in quantitativer und qualitativer Weise (vgl. Simon 2008, S. 15 f.).

Die skizzierten Prozesse stellen die Angehörigen der Gesundheitsfachberufe vor sich verändernde Herausforderungen hinsichtlich ihrer Qualifikationen und Kompetenzen.

Mit „Gesundheitsfachberufe“ sind jene 17 Berufe – die sog. „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 als „Heilgewerbe“ nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz (GG) beim Bund liegt.

Eine Weiterentwicklung der derzeitigen Qualifizierungswege und Kompetenzprofile der Gesundheitsfachberufe auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse erscheint unerlässlich, um die bereits eingetretenen und weiter zu erwartenden Herausforderungen einer demografisch veränderten Gesellschaft hinreichend bewältigen zu können.

Im Fokus der aktuellen Diskussionen zur Weiterentwicklung dieser Berufe stehen insb. Fragen zum notwendigen Grad an Generalisierung und Differenzierung der Qualifikationen. Hinzu kommen Fragen zur (teilweisen) Akademisierung der Ausbildung in Gesundheitsfachberufen und darauf aufbauender weiterführender Bildungsgänge sowie der damit verbundenen Wissenschaftsorientierung und Forschung (vgl. Ewers et al. 2012; WR 2012). Insgesamt orientieren sich die aktuellen Diskussionen an Argumentationsmustern, denen wenig gesichertes Wissen zugrunde liegt (vgl. Darmann-Finck & Foth 2011, S. 182).

Anders als in den meisten europäischen Nachbarländern werden die berufszulassenden Abschlüsse in den Gesundheitsfachberufen in Deutschland bisher fast ausschließlich im sekundären Bildungssektor und nicht an Hochschulen erworben. Allein von der Verortung der Ausbildungen kann dabei nicht auf die Qualifikationen und Kompetenzen der Absolvent/-innen¹ geschlossen werden. Hier ist eine systematisch vergleichende Forschung angezeigt, die den Zusammenhang zwischen den in unterschiedlichen Bildungssystemen europäischer Länder erworbenen Qualifikationen sowie Kompetenzen und deren Verwertbarkeit sowie Anschlussfähigkeit untersucht.

Bisher fehlen derartige international vergleichende Studien zu Ausbildungen, Qualifikationen und Kompetenzen der Gesundheitsfachberufe weitgehend. Die wenigen vorliegenden Untersuchungen konzentrieren sich i. d. R. auf einzelne Berufe, so insbesondere auf die Pflege (vgl. Kollak & Pillen Hrgs. 1998; Landenberger & Ortman 1999; Rennen-Allhoff & Bergmann-Tyacke 2000; Kraus et al. 2004; Landenberger et al. 2005; Behrendt 2008), ferner die Medizin (vgl. Döhler 1997), die Dentalhygiene oder Physiotherapie (vgl. Theobald 2004). Selten wird dabei eine berufsübergreifende Perspektive eingenommen. Auch fehlen umfassende systematische Vergleiche der bestehenden Ausbildungsgänge im Hinblick auf die dort erworbenen Qualifikationen und vermittelten Tätigkeitsprofile sowie ihrer Arbeitsmarktchancen unter Berücksichtigung länderspezifischer Gesundheits- und Berufsbildungssysteme. Gegenüberstellungen etwa von Hochschulabsolventenzahlen oder der EU-weiten Anerkennung von Abschlüssen werden den sehr unterschiedlichen nationalen Traditionen der Gesundheits- und den darauf bezogenen Systemen der beruflichen Bildung nicht gerecht (vgl. Ebbinghaus 2005). Sie lassen kaum gesicherte Aussagen zur Nützlichkeit (Verwertbarkeit) und Anschlussfähigkeit der in den Ausbildungen erworbenen Qualifikationen und Kompetenzen für die spätere Berufstätigkeit und persönliche Weiterentwicklung zu.

Hier setzt die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) in Auftrag gegebene und vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) fachlich begleitete Studie „Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (GesinE)“ an. Sie soll einen Beitrag zum

1 Der folgende Text berücksichtigt i. d. R. eine gendersensible Schreibweise. Der leichten Lesbarkeit wegen wird dabei z. T. aber auch eine geschlechtsneutrale Schreibweise genutzt. Gemeint sind dabei dennoch, sofern nicht explizit anders erwähnt, Frauen und Männer gleichermaßen.

Schließen dieser Forschungslücke und zur fachlichen Fundierung der aktuellen Diskussion in Deutschland über die Weiterentwicklung und Neuordnung der Gesundheitsberufsprofile und ihrer Qualifizierungswege im europäischen Kontext leisten.

Forschungsleitendes Ziel der GesinE-Studie (Laufzeit 12.2009 bis 11.2012) ist es, einen belastbaren Beitrag zu grundlegenden Erkenntnissen über die Ausbildungs-, Tätigkeits-, Qualifikations- und Kompetenzprofile für 16 der in Deutschland (D) als Ausbildungsberufe geregelten Gesundheitsfachberufe (s. Abb. 1.1) und der ihnen entsprechenden Berufe in den Ländern Frankreich (F), Großbritannien (GB), Niederlande (NL) und Österreich (A) (s. Tab. 1.1) zu leisten.

Zu einer Reihe von Ausbildungen in D gibt es dabei in den Vergleichsländern keine Entsprechungen i. S. *grundständiger/berufszulassender Ausbildungen*. Einerseits werden dort die Aufgaben z. T. von Angehörigen anderer Berufe übernommen. Andererseits ist es z. T. so geregelt, dass erst eine Weiterqualifizierung auf der Basis einer abgeschlossenen Ausbildung, in der Gesundheits- und Krankenpflege, auf die Übernahme bestimmter Aufgaben vorbereitet. Dies trifft z. B. auf die Tätigkeit in der Rettungsassistenz in NL und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in F zu. Nähere Angaben dazu finden sich in den vergleichenden Darstellungen der Ausbildungen in den einzelnen Gesundheitsfachberufen (s. Anhang A 1-13).

Für die vorliegende Studie wurden drei Teilziele definiert:

1. Bestandsaufnahme und ländervergleichende synoptische Darstellung der Ausbildungsgänge für 16 Gesundheitsfachberufe anhand zentraler Kriterien;
2. Qualifikationsanalysen der Berufe Medizinisch-technische Radiologieassistentz, Physiotherapie sowie Gesundheits- und Krankenpflege in den fünf ausgewählten Ländern, in denen 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 die Neuordnung von Aufgaben, berücksichtigt werden;
3. Darstellung zentraler Aspekte der Gesundheits- und Bildungssysteme in den Vergleichsländern, die eine Einordnung der unter Teilziel 1 und 2 erarbeiteten Ergebnisse ermöglichen.

Aufbau des Ergebnisberichts

Im vorliegenden Ergebnisbericht wird zunächst die Methodik zur Bearbeitung der Studie vorgestellt (s. Kap. 2). Das dann folgende Kapitel 3 enthält eine vergleichende Darstellung der (Berufs-)Bildungs- und

Abbildung 1.1: Die untersuchten 16 Gesundheitsfachberufe (gemäß der in D anerkannten Ausbildungsgänge, ohne Veterinärmedizinisch-technische Assistenz) (vgl. BIBB 2008, S. 242)

Altenpflege	Medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik (MTAF)
Diätassistentz	Medizinisch-technische Laborassistentz (MTLA)
Ergotherapie	Medizinisch-technische Radiologieassistentz (MTRA)
Gesundheits- und Krankenpflege	Orthoptik
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	Pharmazeutisch-technische Assistenz
Hebammenwesen	Physiotherapie
Logopädie	Podologie
Masseur/-in und medizinische/-r	Rettungsassistentz
Bademeister/-in	

² Die Umschreibung „nichtärztlich“ ist prinzipiell eindeutig. Sie wird im Folgenden dennoch nur zurückhaltend verwendet und möglichst vermieden, da ihr Gebrauch die Vorstellung einer Negativabgrenzung (vgl. Bals 1993) zwischen den ärztlichen und den sog. anderen Berufen provoziert. Diese erscheint im Verständnis einer gemeinsamen Gesundheitsversorgung in „Kooperation und Verantwortung“ (vgl. SVR 2007) abträglich (vgl. auch Tschöpa 1975; Bals 1993).

Tabelle 1.1: Die 16 untersuchten Ausbildungsgänge in Deutschland und ihre Entsprechungen in den Vergleichsländern (in der genutzten Reihenfolge)

Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Niederlande	Österreich
Medizinisch-technische Laborassistentenz	technicien de laboratoire médical & technician en analyses biomédicales	biomedical science	analist klinische chemie, microbiologisch analist & analist pathologie	Biomedizinische Analytik
Medizinisch-technische Radiologieassistentenz	manipulateur d'électroradiologie médicale	diagnostic radiography, therapeutic radiography, nuclear medicine technology	medische beeldvorming en radiotherapie	Radiologietechnologie
Medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik	--	clinical scientist audiology & clinical scientist physiology	laborant klinische neurofysiologie, hartfunctielaborant & longfunctieassistent	--
Pharmazeutisch-technische Assistenz	préparateur en pharmacie	pharmacy technician	apothekerassistent	--
Rettungsassistentenz	ambulancier	paramedic	ambulanceverpleegkunde ¹	Rettungssanitäter & Notfallsanitäter
Diätassistentenz	diététique	human nutrition, dietetics	diëtist	Diätologie
Logopädie	orthophoniste	speech & language therapy	logopedie	Logopädie
Ergotherapie	ergothérapie	occupational therapy	ergotherapie	Ergotherapie
Physiotherapie	masso-kinésithérapie	physiotherapy	fysiotherapie & oefen-therapie	Physiotherapie
Masseure und Medizinische Bademeister	--	--	--	Medizinische Masseure & Medizinische Heilmasseure
Orthoptik	orthoptie	orthoptics	orthoptie	Orthoptik
Podologie	pédicure-podologue	podiatry	podotherapie	Fußpflege
Hebammenkunde	Sage-femmes	midwifery	verloskunde	Hebammenkunde
Gesundheits- und Krankenpflege	les infirmières	nursing	verpleegkunde	Gesundheits- und Krankenpflege
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	puéricultrice ²	children's (paediatric) nursing ³	kinderverpleegkunde ²	Kinder- und Jugendlichenpflege
Altenpflege	--	--	--	--

1 Qualifizierung i. S. einer Weiterbildung auf der Basis einer Krankenpflegeausbildung.

2 Als Weiterbildung auf der Basis einer Krankenpflegeausbildung.

3 Als eine Vertiefungsrichtung innerhalb der Pflegeausbildung (nursing).

Gesundheitssysteme mit Bezug zu den Gesundheitsfachberufen in D, F, GB, NL und A. Diese Darstellung erfolgt einerseits entlang ausgewählter, als wesentlich erkannter Vergleichskriterien, die der Beschreibung der jeweiligen (Berufs-)Bildungssysteme (s. Kap. 3.1) und der Gesundheitssysteme dienen (s. Kap. 3.2). Sie integriert andererseits auch zentrale Aspekte der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen, die eine länderübergreifende Kontrastierung zulassen. So werden in diesem Kapitel gleichermaßen die o.g. Teilziele 1 und 3 der Studie berücksichtigt.

Die berufsübergreifende Darstellungsform der Ergebnisse zur Bestandsaufnahme der Ausbildung in den 16 Gesundheitsfachberufen (s. Kap. 3) wird durch detaillierte, auf die Einzelberufe bezogene Darstellungen ergänzt. Dazu befinden sich 13 Synopsen im Anhang des Berichts. In zwei Synopsen sind wegen ihrer engen Verwandtschaft – und weil diese in Deutschland geregelten Berufe in dieser Trennung nicht in allen Ländern gleichermaßen zu finden sind – mehrere Berufsanalysen enthalten. Das betrifft die Anhänge „A 9 Physiotherapeutische Berufe mit den Ausbildungsrichtungen Physiotherapie sowie Masseur/-in und medizinische/-r Bademeister/-in“ und „A 13 Pflegeberufe“ mit den Ausbildungsrichtungen Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege.

Im Kapitel 4 finden sich zentrale Ergebnisse der Qualifikationsanalysen für die Berufe Medizinisch-technische Radiologieassistentz, Physiotherapie sowie Gesundheits- und Krankenpflege zum Erreichen des Teilziels 2.

Abschließend erfolgt im Kapitel 5 eine Synthese der erarbeiteten Befunde und wird weiterer Forschungsbedarf aufgezeigt. Das Gesamtfazit erfolgt in einer zurückhaltenden Form. Es wird darin dargelegt, wo die deutschen Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen im Vergleich zu den Ausbildungen in F, GB, NL und A stehen und welches die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Berufsausübung sowie in der Aufgabenverteilung zwischen den verschiedenen Gesundheitsfachberufen sind.

2. Methodik der komparativen Analyse

Gemäß den Teilzielen der Studie (s. Kap. 1) wurden drei Aufgabenpakete konzipiert. Das Vorgehen zur Bestandsaufnahme der Ausbildungsgänge in den Gesundheitsfachberufen (Teilziel/Aufgabenpaket 1) wird in Kapitel 2.1 umrissen. Da die Darstellung zentraler Aspekte der Gesundheits- und der darauf bezogenen (Berufs-) Bildungssysteme (Teilziel/Aufgabenpaket 3) inhaltlich eng verwoben sind und auf die gleiche Weise bearbeitet wurden, erfolgt dazu keine gesonderte Beschreibung. Danach werden das methodische Vorgehen zur Erstellung der Qualifikationsanalysen für die Medizinisch-technische Radiologieassistenten, Physiotherapie sowie Gesundheits- und Krankenpflege (Teilziel bzw. Aufgabenpaket 2) (s. Kap. 2.2) sowie ergänzende bzw. begleitende Arbeitsschritte dargestellt (s. Kap. 2.3).

2.1 Bestandsaufnahme der länderspezifischen Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen

Ziel: In Bezug auf die Ausbildungen der 16 Gesundheitsfachberufe sollten gemäß der Leistungsbeschreibung zur Studie mindestens folgende Merkmale herausgearbeitet werden: Art der Ausbildungsinstitutionen, Ausbildungsdauer, Zugangsvoraussetzungen, zentrale Inhalte der Ausbildungen, zeitliches Verhältnis der theoretischen und praktischen Ausbildungsanteile und diesbezügliche Prüfungsmodalitäten.

Datensammlung und -auswertung: Im Hinblick auf einen systematischen und transparenten Vergleich sollten alle Berufsausbildungen in den Vergleichsländern möglichst konsistent beschrieben werden. Hierfür wurde unter Berücksichtigung der o.g. Schwerpunkte und unter Zuhilfenahme von Analyse- und Strukturierungshilfen vorangegangener nationaler und internationaler (vergleichender) Studien (vgl. insb. Kollak & Pillen Hrsg. 1998; Rennen-Allhoff & Bergmann-Tyacke 2000; Kraus et al. 2004; Theobald 2004; Landenberger et al. 2005; Behrendt 2008) ein Analyseraster entwickelt. Die Dimensionen des Analyserasters zur Bestandsaufnahme der länderspezifischen Ausbildungen zeigt Abbildung 2.1.

Abbildung 2.1: Analyseraster zur Bestandsaufnahme der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen

1. Kurzporträt des Berufs

- Berufsbezeichnung(en)
- Anerkennung als Gesundheitsberuf/Heilberuf
- Berufszulassender Abschluss:
 - Titel
 - notwendige Ausbildung

2. Zentrale gesetzliche Regelungen

- Gesetzliche Regelung des Berufs
- Berufliche Registrierung
- Schutz der Berufsbezeichnung und eigens ausgewiesene vorbehaltenen Aufgabebereiche

3. Kompetenzprofil

- Zentrale Ausbildungsinhalte
- Kernkompetenzen
- Begrenzung des Kompetenzbereichs
- Fortbildungspflicht (zur Erhaltung der Berufszulassung bzw. Re-Registrierung)

4. Ausbildung

- Zugangsvoraussetzungen:
 - Gesetzlich geregelte schulische Zugangsvoraussetzungen
 - Sonstige gesetzlich geregelte Zugangsvoraussetzungen
 - Zulassungskriterien von Seiten der Ausbildungseinrichtungen
- Bildungssystematische Zuordnung:
 - Art der Ausbildungsinstitution (Schule, Ausbildungszentrum, Hochschule o. a.)
 - Nationaler Qualifikationsrahmen (NQR)
 - Europäischer Qualifikationsrahmen (EQR)
 - Qualifikationsrahmen für den Europäischen Hochschulraum (EHEA) bzw. nationale Qualifikationsrahmen für Hochschulabschlüsse
- Ausbildungsmerkmale:
 - Dauer (in Vollzeit)
 - Stundenumfang (gesamt)
 - Kreditpunkte (ECTS)
 - Stundenumfänge (pro akademisches Jahr und je Kreditpunkt)
 - Theorie (Umfang)
 - Angaben zu Bildungsstandards, Curricula sowie zur Ausrichtung an Inhalten oder Kompetenzen
 - Aussagen zum dritten Lernort bzw. zu Theorie und Praxis verknüpfenden Lernanteilen
 - Praxis (Umfang) und Relation zur Theorie
 - Qualitative Mindestanforderungen der praktischen Lernphasen
- Prüfungen
 - Struktur/Aufteilung
 - Inhalte

5. Weiterführende Qualifikationen

- Weiterbildungen zur fachlichen Spezialisierung und Aufstiegsmöglichkeiten

Zur Erarbeitung der Bestandsaufnahme der Ausbildungen erfolgten systematische Inhaltsanalysen von gesetzlichen Grundlagen, Verordnungen und Richtlinien zu den jeweiligen Ausbildungen und zur Berufsausübung sowie Recherchen nach veröffentlichter und „grauer“ Literatur, v. a. nach Lehrplänen, Curricula und weiteren Ausbildungsmaterialien, nach Stellungnahmen und Empfehlungen richtungsweisender Einrichtungen oder einschlägiger Berufsverbände. Die gewonnenen Informationen wurden in Form synoptischer Darstellungen komparativ verdichtet. Dabei wurden die Erkenntnisse aus der Literaturrecherche durch explorierende und systematisierende Befragungen nationaler und internationaler Experten – per E-Mail, postalisch, telefonisch und persönlich – ergänzt, präzisiert und diskutiert.

2.2 Länderspezifische Qualifikationsanalysen: Schwerpunkte und Vorgehen

Eine zentrale Herausforderung bei der Erstellung der Qualifikationsanalysen der drei ausgewählten Berufe Medizinisch-technische Radiologieassistenten, Physiotherapie sowie Gesundheits- und Krankenpflege (Aufgabenpaket 2) bestand im Mangel an elaborierten Theorien und Methodologien zur international bzw. interkulturell vergleichenden Berufsbildungsforschung. Dieser Mangel ist wesentlich durch die Komplexität des Gegenstandsbereichs bedingt (vgl. Ditton 2000, S. 76; Lauterbach 2006a, S. 49; Pfau-Effinger et al., 2009, S. 17). Das hatte zur Folge, dass keine Best-Practice-Beispiele adaptiert, allenfalls vorbildhafte Elemente aus Einzelarbeiten unter Berücksichtigung der gängigen methodischen Standards der empirischen Sozialforschung herangezogen werden konnten.

Im Zuge einer Auseinandersetzung mit dem Theorie- und Diskussionsstand zur Berufsbildungsforschung (vgl. v. a. Lauterbach 2003; Dostal 2005a; Rauner Hrsg. 2006; Tippelt & Schmidt Hrsg. 2009) – insb. im Hinblick auf das (international) vergleichende Vorgehen als grundlegendes Konzept der Erkenntnisgewinnung (vgl. Lauterbach 2003, S. 269 ff.; Kraus et al. 2004, S. 18) – wurden die zentralen Schwerpunkte für die Qualifikationsanalysen festgelegt.

Umgesetzt wurden die Analysen schließlich innerhalb eines Konzepts, das im Rahmen von vier Teiluntersuchungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Blickrichtungen mehrere miteinander verzahnte qualitative und quantitative methodische Zugänge nutzte (s. Abb. 2.2). Die vier Teiluntersuchungen –

(1) Befragung von Berufsmigranten, (2) Stellenanzeigenanalyse, (3) Expertenbefragung & Hospitation sowie (4) Befragung von Berufsangehörigen – werden im Folgenden vorgestellt; die Reflexion der Reichweite und Begrenzungen der damit gewonnenen Ergebnisse erfolgt im Kapitel 5.1.

2.2.1 Befragung von Berufsmigrant/-innen

Ziel: Die Befragung von Berufsmigrant/-innen eröffnete die empirischen Erhebungen. Sie fand zwischen 05.2011 und 01.2012 statt. Als Berufsmigrant/-innen wurden hier Angehörige der Berufe Medizinisch-technische Radiologieassistenten, Physiotherapie sowie der Pflege, d. h. der Gesundheits- und Kranken-, Gesundheits- und Kinderkranken- sowie Altenpflege verstanden, die ihre Ausbildung in D absolviert haben und zum Befragungszeitpunkt oder bis max. zwei Jahre zuvor in einem der vier Vergleichsländer F, GB, NL und A tätig gewesen sein sollten. Denkbar war auch der umgekehrte Fall, d. h. dass Personen aus den Vergleichsländern nach Ausbildung und ggf. Berufstätigkeit in ihrem Heimatland in D tätig geworden sind. Die Staatsangehörigkeit der Befragungsteilnehmer war dabei irrelevant. In beiden Fällen sollte der Migrationszeitpunkt nach Möglichkeit nicht länger als zehn Jahre zurückliegen. Diese Einschränkung erschien notwendig, um ein Mindestmaß an Aktualität und Vergleichbarkeit der Einschätzungen zur Berufsausübung in D und dem jeweiligen Vergleichsland in sich rasch wandelnden Gesundheitssystemen mit einschneidenden Veränderungen zu ermöglichen.

Das primäre Ziel der Berufsmigranten-Befragungen bestand darin, Einblick in die Innenperspektive der Berufsausübung der drei Berufe in den Vergleichsländern zu erhalten und auf diese Weise die zuvor überwiegend aus der Literaturrecherche gewonnenen Erkenntnisse zu ergänzen.

In den Befragungen interessierten neben den Hintergründen für die (Berufs-)Migration v. a. konkrete Beschreibungen der Berufsausübung der Befragten im jeweiligen Migrationsland. Es ging um das Erkennen von Gemeinsamkeiten und Unterschieden im Arbeitsalltag und in den Aufgaben sowie Anforderungen an die Berufsangehörigen in den einzelnen Ländern. Auch sollten die konkreten Rahmenbedingungen und das Zusammenarbeiten zwischen den Berufsgruppen erkundet werden. Zudem interessierten Einschätzungen zu den Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, -bedingungen und -inhalten und den damit verbundenen Entwicklungsmöglichkeiten für die Berufstätigen.

Ein besonderer Erkenntnisgewinn wurde dahingehend erwartet, dass hier Personen befragt wurden, die

im Berufsfeld zweier Länder Erfahrungen gesammelt haben. Durch diese besondere Konstellation ist es wahrscheinlich, dass sie eher Besonderheiten wahrnehmen als Personen, die immer im selben System und Land tätig waren. Durch die Interviewführung in deutscher Sprache schien ein tief gehendes Erläutern und Erkunden von Teilaspekten leichter möglich als in den Landessprachen der Vergleichsländer. Über die verbalisierten Fremdbeobachtungen der Befragten sollte

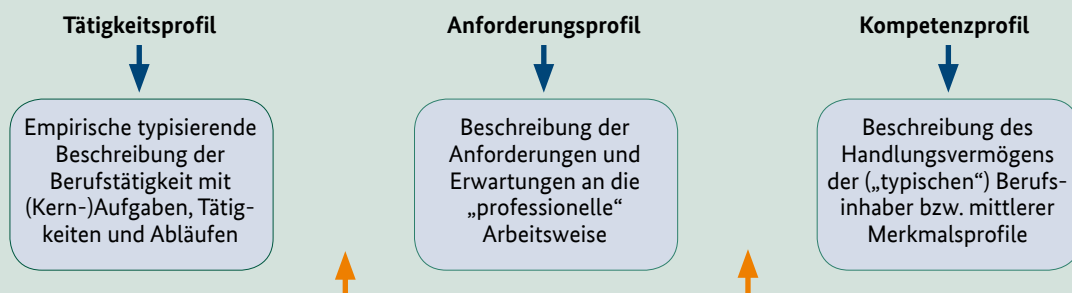
das Vertrautwerden der Projektbearbeitenden mit dem Forschungsfeld und den handelnden Akteuren unterstützt werden. Dies schien in Vorbereitung der später folgenden Expertenbefragungen und Hospitationen günstig (s. Kap. 2.2.3). Auch ging es darum, Ansprechpartner für spätere Nachfragen und zur Unterstützung in der Vorbereitung der Online-Berufsangehörigenbefragung zu gewinnen (s. Kap. 2.2.4).

Abbildung 2.2: Aufgabenstellung, Schwerpunkte, zentrale Einflussgrößen sowie Teiluntersuchungen der Qualifikationsanalysen

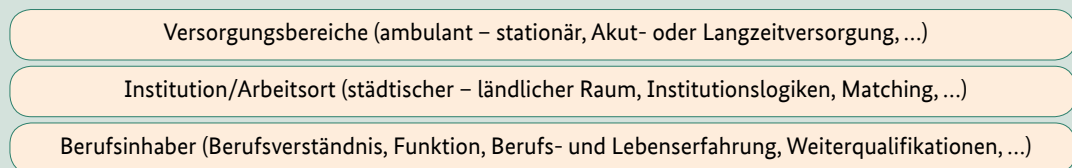
Aufgabenstellung:

- Qualifikationsanalysen für die **Medizinisch-technische Radiologieassistenten, Physiotherapie sowie Gesundheits- und Krankenpflege**
- in Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Niederlande und Österreich
- unter Berücksichtigung
 - der Ausbildungs-, Tätigkeits- und Kompetenzprofile¹
 - der damit verbundenen Qualifikationsanforderungen, Arbeitsaufgaben und interdisziplinären Zusammenarbeit, auch im Hinblick auf die Delegation und die Neuordnung von Aufgaben

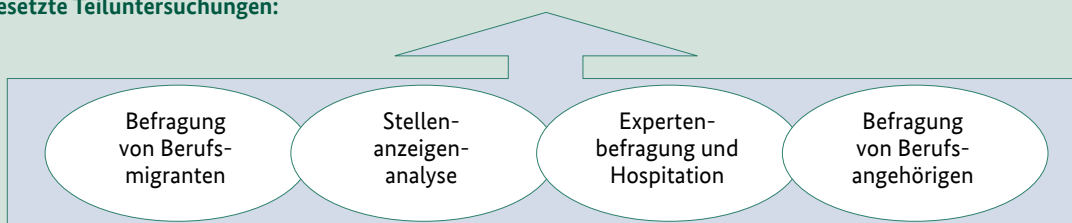
Untersuchungsschwerpunkte:



Zentrale Einflussgrößen auf die Untersuchungsschwerpunkte:



Umgesetzte Teiluntersuchungen:



1 Der Kompetenzbegriff wird im vorliegenden Bericht in mehreren Bedeutungen und Zusammensetzungen verwendet. Kompetenz in beruflichen Zusammenhängen wird dabei zum einen als eine Kombination aus Wissen, Kenntnissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Motiven, Emotionen und moralischer Urteilsfähigkeit (handeln wollen und können) verstanden. Zum anderen ist damit auch die gesellschaftlich bestimmte Zuständigkeit für Aufgaben und/oder Sachgebiete (handeln dürfen) gemeint (vgl. Straka & Macke 2009, S. 14). Zum dritten wird (berufliche) Kompetenz als Produkt einer Wechselwirkung von individueller Auslegung von Zuständigkeiten und psychischer Entwicklung, Zuständigkeiten anforderungsgemäß zu bewältigen, beschrieben.

Datensammlung und -auswertung: Um Informationen aus den für zentral befundenen Versorgungsbereichen zu erhalten, sollten für jeden der drei Berufe in jedem der vier Vergleichsländer jeweils mindestens drei Interviews geführt werden. Durch die genutzten Rekrutierungswege, insb. über Anfragen an verschiedene Krankenhäuser, Praxen, Berufsverbände und das Einstellen von Informationen zur Befragung auf Internetplattformen, ergab sich letztlich eine Gelegenheitsstichprobe mit zufälligen Zügen.

Die Befragungen erfolgten überwiegend als telefonische Einzelinterviews (via Skype). Die Grundlage bildete ein in seinem Grundkonzept für alle drei zu untersuchenden Berufe gleicher Interviewleitfaden. Die Interviews wurden, sofern die Gesprächspartner ihr Einverständnis hierzu gaben, digital aufgezeichnet und anschließend protokolliert. Dabei war darauf zu achten, keine übermäßigen Kürzungen sinntragender Gesprächsinhalte vorzunehmen und die Befragungsergebnisse ohne eigene Interpretationen festzuhalten. Um dem Anspruch der qualitativen Forschung zu entsprechen, die Sichtweisen und persönlichen Realitäten der Interviewpartner aufzuzeigen, wurden zentrale Interviewaussagen wörtlich wiedergegeben. Die thematische Gliederung der Protokolle orientierte sich an den Themenkomplexen und ihrer Reihenfolge im Interviewleitfaden.

Um ein vergleichbares Vorgehen aller Interviewer zu gewährleisten, wurden eingangs zwei exemplarische Protokolle durch zwei Mitarbeiter erstellt, das Vorgehen und Ergebnis verglichen, dieses noch einmal angepasst und eine Protokoll-Endform vereinbart.

Zur Einschätzung der Gültigkeit der Aussagen der Befragten war zentral zu eruieren, aus welchen Quellen die Informationen der Befragten stammen. Es galt Fakten von subjektiven Einschätzungen zu trennen bzw. zumindest eine Aussage hierüber im zu erstellenden Interviewprotokoll festzuhalten. Die Auswertung der Interviewprotokolle erfolgte qualitativ-reduktiv in Orientierung an dem bei Lamnek (2010) beschriebenen vierphasigen Auswertungsverfahren: Transkription (bzw. hier Protokollerstellung) – Einzelanalyse – generalisierende Analyse – Kontrollphase mit themenorientierter Darstellung.

2.2.2 Stellenanzeigenanalyse

Ziel: Die Analyse von Stellenanzeigen als Methode der empirischen Berufs- und Qualifikationsforschung kann dabei unterstützen, Aufschluss über geforderte Qualifikationen auf dem Arbeitsmarkt zu gewinnen (vgl. Sailer 2009, S. 5 f.). Über Stellenanzeigenanalysen lassen sich prinzipiell auch „neue“ Qualifikationen erkennen, wie bspw. die Wertschätzung der verschiedenen Bildungs-

abschlüsse und, zusätzlich zu formalen Abschlüssen, die geforderten Qualifikationen zur Erweiterung von Berufskompetenzen (vgl. Dietzen 1999, S. 13 ff.; Bott et al. 2000, S. 46).

Datensammlung und -auswertung: Unter der o.g. allgemeinen Zielsetzung wurden nach dem qualitativen Methodenansatz und unter Nutzung einfacher Auszählungen die Inhalte von Stellenanzeigen für die drei interessierenden Berufe in den fünf Vergleichsländern ausgewertet.

Eine unerwartete Herausforderung ergab sich dabei u. a. in der Beschaffung möglichst vergleichbarer Analyseeinheiten, z. B. aller Stellenanzeigen eines Jahrgangs der jeweils meistgelesenen Fachzeitschrift der drei Berufe in den Vergleichsländern. Die letztlich vorliegenden Stellenanzeigen aus den einzelnen Ländern variierten sowohl in ihrer Anzahl als auch in ihrer inhaltlichen Darstellungsweise. Eine ländervergleichende Analyse war auf dieser Basis nicht möglich, wohl aber unterstützten die Analyseergebnisse in Bezug auf die einzelnen Länder dabei, die folgenden Experten- und Berufsangehörigenbefragungen (s. Kap. 2.2.3 und 2.2.4) vorzubereiten, indem einerseits aus der Literaturanalyse abgeleitete Annahmen bestätigt und/oder relativiert sowie andererseits auch neue, manchmal irritierende Informationen gesammelt und in den folgenden Befragungen thematisiert werden konnten.

2.2.3 Expertenbefragung

Auf der Basis der Ergebnisse der Literaturanalysen sowie unter Hinzuziehung von Erkenntnissen aus der Befragung der Berufsmigranten und der Stellenanzeigenanalyse fand zwischen 08.2011 und 08.2012 die Expertenbefragung statt.

Die Bezeichnung „Experte“ wird hier für ausgewiesene Fachleute und Entscheidungsträger aus Berufsbildung, -praxis, -management und -politik unter Berücksichtigung der allgemein anerkannten Expertenstatus-Merkmale verwendet (vgl. Bogner & Menz 2005, S. 46 ; Leitner & Wroblewski 2005, S. 249). Das so gewonnene Expertenwissen sollte dem Schließen von Erkenntnislücken in Bezug auf belegbare Fakten und ihre Quellen sowie auf die Deutung und Erweiterung der bisher gewonnenen Erkenntnisse dienen. Methodisch wurden für die Expertenbefragung zwei Zugänge genutzt: einerseits eine Online-Befragung und andererseits die überwiegend mündliche Befragung unter Nutzung von Einzel-, Tandem- und Gruppeninterviews, face to face sowie im telefonischen Kontakt.

2.2.3.1 Online-Expertenbefragung

Ziel: Ziel dieser Befragung war es, Einschätzungen von Expert/-innen auf regulativer, strategischer und operativer Ebene der drei zu untersuchenden Berufe hinsichtlich der derzeitigen und der zu erwartenden Qualifikationsanforderungen und -bedarfe sowie zu Angemessenheit und Veränderungsnotwendigkeiten der Berufsausbildungen zu sammeln. Durch diese Befragung sollte der erarbeitete Kenntnisstand durch nicht publizierte oder bislang nicht identifizierte Fakten und Argumente ergänzt werden. Zudem sollten die hier gewonnenen Erkenntnisse im Weiteren als Grundlage in die Expertenbefragung bei den Hospitationen vor Ort (s. Kap. 2.2.3.2) eingebracht und geprüft werden.

Datensammlung und -auswertung: Genutzt wurde hier eine webgestützte, weitgehend offene Befragungsförm mit Leitfragen in Anlehnung an das methodische Vorgehen einer Delphi-Befragung (vgl. Dillman et al. 2009; Häder 2009; Schulz & Renn Hrsg. 2009).

Für jeden der drei Berufe wurde eine Stichprobe von jeweils ca. 40 Expert/-innen aus Berufspraxis, -management, -bildung und -politik aus jedem Land zusammengestellt. In einer ersten E-Mail bzw. in einigen Fällen über eine postalische Kontaktierung wurde die Befragung angekündigt und um die Beteiligung der Expert/-innen gebeten. Wenige Tage später erhielten sie in einem zweiten Schreiben eine individuelle Login-Nummer. Mit dieser konnten sie sich auf der für das Projekt eingerichteten Website in den für sie zutreffenden Fragebogen einloggen und ihn bearbeiten. Durch die Vergabe der Login-Nummern waren Unterbrechungen und ein späteres Weiterarbeiten an der Befragung möglich.

Auf der Basis von erarbeiteten Schwerpunkten, die für alle drei zu untersuchenden Berufe galten, wurden individuelle Anpassungen für die einzelnen Berufe und Länder vorgenommen. Nach der Erstellung der Online-Fragebogenversionen mit dem Software-Paket von SoSci Survey (oFb – der onlineFragebogen) sowie ihrer kognitiven Pretestung, zunächst für die beiden deutschsprachigen Länder, wurden nochmals inhaltliche und formale Änderungen vorgenommen. Es folgten die Übersetzungen für die Vergleichsländer F, GB und NL sowie auch hier nochmals entsprechende Testungen und Anpassungen.

Die Befragung der Expert/-innen fand zwischen Mitte 09. und 12.2011 statt. Die Datensicherung erfolgte unter Berücksichtigung der Datensicherheitsbestimmungen für Online-Befragungen auf einem für das Projekt reservierten, geschützten Serverplatz. Aufbereitung und Auswertung der Daten erfolgten nach

ihrer Übertragung in Word-Dokumente in qualitativ-reduktiver Weise nach Gruppen zusammengefasst. Individuelle Personen sind aus der Darstellung für Dritte nicht erkennbar. Die Ergebnisse der Online-Expertenbefragung sind für die Einzelberufe in den Kapiteln 4.1.3 (MTRA), 4.2.3 (Physiotherapie) sowie 4.3.3 (Pflegeberufe) enthalten.

2.2.3.2 Expertenbefragung und Hospitation vor Ort

Ziel und Umsetzung: Insbesondere Berufsangehörige und Leitungspersonen aus der Innenperspektive des Berufes sind in der Lage abzuschätzen, welche Personen mit welchen Qualifikationsbündeln derzeit mit welchem Kompetenzspektrum eingesetzt werden und welche Anpassungs- und Weiterentwicklungsbedarfe sich abzeichnen.

Die Befragungen von leitenden Personen und von Praxisexpert/-innen, die z. T. im Zuge der Hospitationen der Projektmitarbeiter/-innen vor Ort in den Vergleichsländern stattfanden, hatten einerseits das Ziel, Erkenntnislücken zu schließen. Andererseits sollten in den Gesprächen v. a. die Entwicklungen und Reaktionen des Arbeitsmarktes, insb. im Hinblick auf Veränderungen in den Aus- und Weiterbildungsstrukturen sowie veränderte Qualifikationsbedarfe unter den Gegebenheiten des Gesundheitssystems thematisiert werden. Es ging darum, vertiefende Erkenntnisse darüber herauszuarbeiten, welche konkreten Qualifikationsanforderungen an die Mitarbeiter im Praxisfeld gestellt werden, welche Akzeptanz die Ausbildungen auf dem Arbeitsmarkt erfahren, inwieweit die beruflichen Anforderungen mit der Ausbildungswirklichkeit kongruent sind und welche Entwicklungsbedarfe bzgl. der Anpassung der Aus-, Fort- und Weiterbildung die leitenden Personen und Praxisexperten nennen.

Die Möglichkeit der Vor-Ort-Anwesenheit in exemplarischen Einrichtungen der Vergleichsländer (s. Tab. 2.1) wurde zugleich auch für die Vorbereitung der Berufsangehörigen-Onlinebefragung genutzt. In Round-table-Gesprächen mit Berufsangehörigen, Manager/-innen und Praxisanleiter/-innen wurden dabei u. a. die Entwürfe der Berufsangehörigenbefragung v. a. hinsichtlich der Angemessenheit und Verständlichkeit der übersetzten Items diskutiert.

Eine wesentliche Herausforderung in dieser Teiluntersuchung bestand darin, zu erkennen, inwieweit von den befragten Personen regionale und individuelle Besonderheiten und Handlungspraktiken beschrieben und von den Projektmitarbeiter/-innen beobachtet wurden. Dieses Erkennen ist notwendig, um keine verkürzten Aussagen über die derzeitige Berufsausbildung und v. a. -ausübung in den zu untersuchenden Berufen im jeweiligen Land allgemein zu treffen.

Tabelle 2.1: Hospitationen in den Vergleichsländern

Vergleichsland	Hospitationsorte	Zeitpunkt
Frankreich	<ul style="list-style-type: none"> - Universitätsklinikum Nancy - Centre de médecine physique et de réadaptation de Nancy - Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie Nancy (IFMK) (Physiotherapieschule) - Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) de Brabois Nancy (Krankenpflegeschule) - Institut de formation de manipulateurs d' électroradiologie médicale de CHU de Nancy 	Dezember 2011
Großbritannien	<ul style="list-style-type: none"> - Addenbrooke's Hospital Cambridge - Chartered Society of Physiotherapy (CSP) London 	Februar 2012
Niederlande	<ul style="list-style-type: none"> - Fontys Paramedische Hogeschool Eindhoven - Catharina Ziekenhuis Eindhoven - Instituut VerbeetenTilburg 	November 2011
Österreich	<ul style="list-style-type: none"> - Salzburger Landeskliniken 	Februar/März 2012

2.2.4 Online-Befragung von Berufsangehörigen

Ziel: Die letzte Teiluntersuchung beinhaltete eine Online-Befragung von Berufsangehörigen der drei zu untersuchenden Berufe in den fünf Vergleichsländern. Sie diente der Erhebung der Inhalte des realen beruflichen Handelns, zur Erfassung von Arbeitsaufgaben mit den dazu notwendigen Qualifikationsanforderungen in unterschiedlichen Versorgungsbereichen, zur Abbildung von Tätigkeits- und Kompetenzprofilen sowie zur Eruierung der Passung von Ausbildungsinhalten und Berufsalltag.

Datensammlung und -auswertung: Die Berufsangehörigen-Befragung sollte die einzelnen Komponenten der Aufgabenstellung der Qualifikationsanalyse, die hierfür definierten Untersuchungsschwerpunkte sowie deren zentrale Einflussgrößen gleichermaßen berücksichtigen (s. Abb. 2.2). Sie berücksichtigt das Konzept des „Erwerbsschemas“ mit seinen Dimensionen „fachliche Qualifikationen (Fertigkeiten und Fachwissen)“, „überfachliche Kompetenzen“ und „Beschäftigungsfähigkeit“ (vgl. dazu z. B. Greinert 2008b, S. 10) und umfasst dabei Themenbereiche wie Art und Umfang ausgeübter Tätigkeiten im Berufsfeld, Beurteilung der Äquivalenz von Ausbildungs-, Qualifikations- und Tätigkeitsprofilen, Umfang und Inhalt der Zusammenarbeit und Aufgabenteilung mit anderen Gesundheitsberufen, insb. auch mit Ärzten, sowie berufsbezogene Aufstiegs- und Qualifizierungsmöglichkeiten.

Orientierung für die Strukturierung der dazu entwickelten Fragebögen sowie des in mehreren Abschnitten der Bögen genutzten zweiteiligen Fragenaufbaus boten für alle drei Berufe gleichermaßen die „Nurse

Competence Scale“ (NCS) (vgl. Meretoja et al. 2004a; Dellai et al. 2009) sowie ein Fragebogen aus dem Projekt „European Healthcare Training and Accreditation Network“ (EHTAN) (vgl. Schulz 2006; Cowan et al. 2008). Die „Nurse Competence Scale“ (NCS) ist ein im skandinavischen Raum entwickeltes, validiertes und mehrfach genutztes Selbsteinschätzungsinstrument für Pflegende zur Abbildung von im Arbeitsalltag vorkommenden Einzeltätigkeiten sowie der empfundenen Sicherheit bei ihrer Ausübung (s. Abb. 2.3). Der EHTAN-Fragebogen ist ebenfalls ein Selbsteinschätzungsinstrument mit ähnlichem Aufbau wie die NCS. Er wurde zur Erfassung der in verschiedenen europäischen Ländern erworbenen Qualifikationen und Kompetenzen von grundständig ausgebildeten Pflegenden entwickelt und bei diesen sowie bei Berufsmigrant/-innen in GB getestet.

Angaben zu weiteren zentralen Quellen, die zur formalen und inhaltlichen Gestaltung der Fragebögen für die drei zu untersuchenden Berufe im Einzelnen herangezogen wurden, sowie zum konkreten Aufbau der drei entwickelten Fragebögen finden sich für die Medizinisch-technische Radiologieassistenz im Kapitel 4.1.5, für die Physiotherapie im Kapitel 4.2.5 und für die Pflege im Kapitel 4.3.5.

Die Qualität der Daten der aus dem Englischen übersetzten Instrumente hängt wesentlich von einem sorgfältigen Übersetzungsprozess ab (vgl. Martin et al. 2007, S. 157). Das Klären individuell geprägter Begriffsverständnisse und Ausdrucksweisen zur Beschreibung des beruflichen Handelns in den einzelnen Ländern sowie die sinngemäße, nicht verfälschende Über-

- Schreiben an zentrale Einzelpersonen in Berufspraxis, -management, -bildung und -politik sowie
- E-Mail- und postalische Schreiben an weitgehend alle Krankenhäuser sowie an Physiotherapie- und Radiologiepraxen, ambulante und stationäre Langzeitpflege-, Rehabilitationseinrichtungen sowie Aus-, Fort- und Weiterbildungsinstitutionen in den Vergleichsländern, die über hierfür aufgebaute Post- und E-Mail-Verteiler kontaktiert wurden.

Für die Vorbereitung und Umsetzung der Online-Befragung wurde das Software-Paket von „SoSci Survey“ (oFb – der onlineFragebogen) genutzt. Der Befragungszeitraum lag, für die fünf Länder zeitversetzt, zwischen Mitte März und Ende Juli 2012 (für D: 19.03.-30.06.; F: 29.05.-31.07.; GB: 10.05.-31.07.; NL: 25.04.-31.07.; A: 06.04.-30.06.).

Die Datensicherung erfolgte unter Berücksichtigung der Datensicherheitsbestimmungen für Online-Befragungen auf einem für das Projekt reservierten, geschützten Serverplatz. Zur Aufbereitung und Auswertung der Daten wurde das Programm SPSS 17.0 genutzt.

2.3 Ergänzende Datenerhebung und begleitende Arbeitsschritte

2.3.1 Datenerhebung durch das Deutsche Krankenhaus Institut

Ergänzend zu den o.g. Teiluntersuchungen wurden projektspezifische Fragestellungen in die jährlich stattfindenden schriftlichen Repräsentativbefragungen der deutschen Krankenhäuser durch das Deutsche Krankenhaus Institut (DKI) – die sog. „Krankenhaus Barometer“ – für die Jahre 2011 und 2012 integriert (vgl. Blum et al. 2011; Blum 2012a). Hierzu fungierte das DKI als Kooperationspartner des Projekts. Zentrale Ergebnisse dieser Befragungen finden sich in den synoptischen Darstellungen zu den drei Einzelberufen (s. Anhang A 2, A 9 und A 13).

2.3.2 Projektbeirat und Expertennetzwerk

Mit Studienbeginn wurde ein Netzwerk aus wissenschaftlichen und Praxis-Expert/-innen etabliert. Hinsichtlich ihrer Funktionen waren darin zwei Personengruppen involviert: zum einen nationale Expert/-innen als Mitglieder des Projektbeirats und zum anderen Expert/-innen aus den einzelnen Ländern. Eine Übersicht der Expert/-innen des Projektbeirats findet sich am Ende des Berichts. Eine Aufstellung der Expert/

-innenkontakte aus den einzelnen Ländern ist in der Projektdokumentation hinterlegt.

Die nationalen Expert/-innen des Projektbeirats fungierten als Beratungsgremium. Sie unterstützten das Projektteam mit Informationen und stellten Kontakte her zu Expert/-innen, Gremien, Verbänden und Ministerien sowohl in Deutschland als auch in den europäischen Vergleichsländern.

Die für das Netzwerk gewonnenen Länderexpert/-innen vermittelten für einzelne Berufe und Länder Informationen zu den Ausbildungs-, Tätigkeits- und Kompetenzprofilen. Darüber hinaus unterstützten sie das Projektteam bei der Kontaktaufnahme zu weiteren einschlägigen Fachexpert/-innen sowie Institutionen in ihren Ländern und waren hilfreich bei der Klärung von Verständnisfragen im Zuge der Bestandsaufnahme und bei der Verifizierung der Rechercheergebnisse.

Ergänzend dazu wirkte für einen begrenzten Zeitraum eine Arbeitsgruppe um Prof. Dr. phil. habil. Bernhard Borgetto von der HAWK Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim-Holzminde-Göttingen als Kooperationspartner am Projekt mit. Der Beitrag der Arbeitsgruppe bezog sich auf die Mitwirkung an der Vorbereitung der Befragungen von Berufsmigranten, Experten und Berufsangehörigen sowie der teilweisen Umsetzung der Berufsmigranten- und Expertenbefragung (s. Kap. 2.2.2-2.2.4) mit dem Schwerpunkt Physiotherapie in den Ländern D und A.

2.3.3 Zusammenführung der Einzelbefunde

Abschließend ging es darum, eine Form zur Darstellung der Analyseergebnisse in einer kompakten, auf das Wesentliche reduzierten und – trotz der geforderten Kürze – aussagekräftigen Weise zu finden. Dabei war einerseits wichtig, Gemeinsamkeiten und Unterschiede innerhalb und zwischen den (einzelnen) Berufen aufzuzeigen sowie andererseits innerhalb und zwischen den Vergleichsländern (s. v. a. Kap. 4 und Anhang A 1 bis A 13 zur Analyse der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen) sowie außerdem auch zwischen den Berufen innerhalb des jeweiligen Landes (s. v. a. Kap. 3).

3. Die Gesundheitsfachberufe im Kontext der Berufsbildungs- und Gesundheitssysteme in Deutschland, Frankreich, Großbritannien, den Niederlanden und Österreich

In diesem Kapitel werden anhand ausgewählter Aspekte, die für die Bearbeitung der Aufgabenstellung der GesinE-Studie als relevant eingeschätzt wurden, zunächst die (Berufs-)Bildungssysteme der Vergleichsländer Deutschland (D), Frankreich (F), Großbritannien (GB), Niederlande (NL) und Österreich (A) (s. Kap. 3.1) sowie daran anschließend deren Gesundheitssysteme (s. Kap. 3.2) vergleichend beschrieben. Dabei werden wesentliche Merkmale der Ausbildung und der Ausübung der Gesundheitsfachberufe berücksichtigt.

3.1 Vergleich der nationalen (Berufs-)Bildungssysteme im Hinblick auf die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen

Begrenzte Vergleichbarkeit von Bildungssystemen

Die Systeme der beruflichen Bildung in den Ländern der EU – und damit zugleich der Vergleichsländer dieser Studie – zeichnen sich bzgl. ihrer strukturellen, organisatorischen und soziokulturellen Merkmale durch Traditionsvielfalt und Unübersichtlichkeit aus (Behringer 2006, S. 246; Münk 2006, S. 547). Dabei sind in den einzelnen Staaten die Bildungsformen und -wege im Laufe der Zeit deutlich heterogener geworden (vgl. ebd.). Diese Heterogenität wird dadurch verstärkt, dass quasi alle Systeme stetigen Reformprozessen unterliegen (Münk 2006, S. 547). Das macht es schwierig, einzelne Berufsbildungssystem-Typen zu definieren und gegeneinander abzugrenzen (vgl. ebd.). Eine zufriedenstellende Typologie bzw. Kategorisierung liegt derzeit nicht vor (vgl. Münk 2006, S. 550 f.).

An ähnliche Grenzen stoßen die vielfältigen Bemühungen, die Berufsbildung(spolitik) und die Systeme der beruflichen Bildung einzelner Länder in Bezug auf ihre Leistungsfähigkeit und die erworbenen Kompetenzen der Absolvent/-innen miteinander zu vergleichen (vgl. Behringer 2006, S. 273; Severing 2006, S. 91; Lauterbach 2006b, S. 289 f.). Bislang verbleibt die vergleichende (Berufs-)Bildungsforschung meist auf der Ebene der Erstellung separater Länderstudien und der Dokumentation von Entwicklungen anhand standardisierter, z.T. fraglicher Indikatoren (vgl. Gries et al. 2005, S. 6; Behringer 2006, S. 273). Lauterbach (vgl.

1999, 2003) plädiert angesichts der ungelösten methodologischen Probleme des Bildungssystemvergleichs für problemorientierte Zugangsweisen. Gemeint sind gegenüberstellende Analysen anhand auszuwählender Kriterien, die einen Beitrag zur jeweils zu bearbeitenden Fragestellung leisten können. Diesem Verständnis folgt die Darstellung in diesem Kapitel.

Grundsätzliches zum unterschiedlichen Verständnis von Berufsbildung in den Vergleichsländern

Trotz aller Unterschiede zeigte eine Umfrage des „OECD-Network on Labour Market, Economic and Social Outcomes of Learning“ im Jahr 2009 deutliche Übereinstimmungen im Verständnis beruflicher Bildung zwischen den OECD-Staaten und damit auch zwischen den im Rahmen der GesinE-Studie untersuchten Vergleichsländern. Dies betrifft insb. die allgemeine Akzeptanz der *ISCED-Definition zur beruflichen Bildung*.

Die Definition gemäß der „International Standard Classification of Education“ (ISCED) beschreibt berufsbildende Bildungsgänge als Bildung, die den Teilnehmenden in erster Linie praktische Fertigkeiten und Kenntnisse vermitteln soll, die sie für die Arbeit in einem bestimmten Beruf oder Berufsfeld benötigen. Durch den erfolgreichen Abschluss dieser Bildungsprogramme wird eine arbeitsmarktrelevante berufliche Qualifikation erworben, die von den zuständigen Stellen im jeweiligen Land anerkannt wird (vgl. Krüger-Hemmer & Schmidt 2010, S. 12 f.; UNESCO 2011, S. 81).

Unterschiede zwischen den Ländern beziehen sich z. B. auf die Bedeutungszuschreibung der beruflichen Bildung (vgl. Krüger-Hemmer & Schmidt 2010, S. 12). In einigen Ländern ist die berufliche Bildung bspw. eher an konkreten Anforderungen des Arbeitsmarktes, in anderen eher an breiteren gesellschaftlichen und persönlichen Entwicklungszielen ausgerichtet (vgl. Behringer 2006, S. 273).

In D wird die *Berufsausbildung* als beiden Ebenen gleichermaßen verpflichtet verstanden (vgl. Brater 2010, S. 811; Münch 2011). Zum einen hat sie die für die Ausübung einer qualifizierten beruflichen Tätigkeit notwendigen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten in einem geordneten Ausbildungsgang zu vermitteln und zum anderen den Erwerb der erforderlichen Berufserfahrungen zu ermöglichen. Das Ziel liegt hier in der Vermittlung *beruflicher Handlungsfähigkeit* (vgl. BMBF

2005; § 1(3) BBiG 2005), d. h. in einer „fitness for practice“ (vgl. Bradshaw 2000; Holland et al. 2010; S. 463). Zugleich weisen die Handreichungen der Kultusministerkonferenz (KMK) der Berufsausbildung und -arbeit eine bildungstheoretische Begründung zu und erklären den Beruf zum Bildungsgut (vgl. KMK 2000). Berufliche (Aus-)Bildung hat damit auch auf die Persönlichkeitsentwicklung abzuheben (vgl. KMK 2000; Rauner 2006; Arnold 2010). Dieser Anspruch ist im Konzept der „Beruflichen Handlungskompetenz“ enthalten (vgl. ebd.). Diese wird als Bereitschaft und Fähigkeit definiert, in beruflichen Situationen sach- und fachgerecht, persönlich durchdacht und in gesellschaftlicher Verantwortung zu handeln (vgl. Bader 2000) und umschließt die Dimensionen Fach-, Personal-, Sozial- und Methoden-/Lernkompetenz (vgl. KMK 2000).

In D kommt dabei dem (Rechts-)Begriff *Ausbildungsberuf* besondere Bedeutung zu (vgl. Benner 2001). Ausbildungsberufe stellen Konstrukte dar, in denen technische, wirtschaftliche, gesellschaftliche und pädagogische Anforderungen zum Ausdruck gebracht werden, die der Staat für die Berufsausbildung verbindlich vorgibt (vgl. ebd.). Ausbildungsberufe werden hinsichtlich Funktion, Aufbau und Ziel als eindeutig definierte und abgrenzbare Profile in Ausbildungsordnungen festgelegt, die keine willkürliche Interpretation zulassen (sollen) (vgl. Meifort 1999).³

Verstärkt durch Impulse aus der angelsächsischen Praxis und Begrifflichkeit im Zuge der Schaffung eines gemeinsamen europäischen Bildungsraums spielt in der beruflichen Bildung in D zunehmend die Ziel- und Outcome-Orientierung eine zentrale Rolle, die insb. die *Employability* (Beschäftigungsfähigkeit) der Absolvent/-innen in den Vordergrund rückt (vgl. Döbert 2002). Beim (Ausbildungs-) Berufskonzept steht die „Fachlichkeit“ der Ausbildung (Wissen und Können) im Vordergrund. Als zentrales Merkmal gilt die spezifische Bündelung von Qualifikationen für die Übernahme bestimmter Aufgaben, d. h. die Passung von (Ausbildungs-)Berufs- und betrieblicher Anforderungsstruktur. Das *Employability*-Konzept fokussiert hingegen stark auf die Beschreibung von Dispositionen für die unmittelbare Erwerbstätigkeit. Schlagworte dabei sind Flexibilität, Mobilität, vorausschauendes Denken, Selbstmanagement, individuelle Wettbewerbs-

fähigkeit und Selbstverantwortung (vgl. Lutz 2003, S. 29 f. Greinert 2008b, S. 9). *Employability* – „employable/ beschäftigungsfähig zu sein“ (vgl. Rump & Eilers 2006, S. 24) – zielt dabei auf die Fähigkeit ab, fachliche, soziale und methodische Kompetenzen zielgerichtet und eigenverantwortlich anzupassen und einzusetzen, um eine Beschäftigung unter sich verändernden Rahmenbedingungen bzw. sich neu stellenden Aufgaben aufrechterhalten oder eine neue Beschäftigung erlangen zu können (vgl. ebd.).

Employability ist dabei nicht als Gegenkonzept zu dem Konzept des (Ausbildungs-)Berufs zu verstehen, sondern als eine Dimension *moderner Beruflichkeit*, d. h. flexibilisierter, moderner Berufsbilder (vgl. Greinert 2008, S. 10 f.). Diese, d. h. die Beibehaltung und Weiterentwicklung des traditionsbestimmten deutschen (Ausbildungs-)Berufskonzepts, gilt hierzulande als berufspädagogische und bildungspolitische Absicht (vgl. Brater 2010, S. 832; Rauner 2010, S. 141 f.).

Brater (vgl. 2010, S. 830) bezeichnet „die Berufsförmmigkeit in der uns bekannten Form [...] [als] ein Unikum der deutschsprachigen Länder“. In den Systemen in F, GB und NL finden sich hingegen – mehr oder weniger – anders geprägte Verständnisse von „Ausbildungsberuf“ und „Berufsausbildung“ als in D und A (siehe unten).

3.1.1 Grundstruktur der (Berufs-)Bildungssysteme

Die Bildungssysteme in D, F, GB, NL und A werden im Folgenden zunächst anhand allgemeiner Charakteristika des schulischen, beruflichen sekundären und tertiären Bildungsbereichs beschrieben. Dabei werden die Schnittstellen zur Ausbildung in den Gesundheits(fach)berufen sowie zu weiterführenden Bildungswegen in den Blick genommen. Die folgenden Abschnitte (s. Kap. 3.1.2 ff.) konzentrieren sich dann explizit auf die (Aus-)Bildung in den Gesundheitsfachberufen.

3.1.1.1 Deutschland (D)

In D liegt die Gestaltung und Aufsicht des Bildungssystems entsprechend Art. 7 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) prinzipiell bei den Bundesländern. Selbst bei europäischen Vereinbarungen greift in den föderalen Strukturen in D unverändert die Kulturhoheit der Bundesländer und es sind demzufolge auch bundeslandspezifische Entwicklungen in der Bildung möglich (vgl. Stöcker 2005, S. 663).

Die Gestaltung und Aufsicht des Bildungssystems wird durch die Kultusministerien wahrgenommen und durch die staatliche Schulverwaltung der Länder umgesetzt und überwacht. Die Landesschulgesetze legen dabei u. a. die Ausbildungsinhalte und Abschluss-

3 Sie dienen damit als Basis einer geordneten und einheitlichen Berufsausbildung, die in drei Richtungen Transparenz und Qualität gewährleisten soll: (1) für die Arbeitgeber bzgl. relativ verlässlich kalkulierbarer Qualifikationsniveaus der Berufsinhaber, (2) für die Berufsinhaber, dass in den Ausbildungsgängen definierte Qualitätsmindeststandards eingehalten und darin beruflich verwertbare Handlungskompetenzen erworben werden und (3) schließlich auch für die Kund/-innen bzw. im Kontext der Gesundheitsberufe für die Patient/-innen/Klient/-innen (vgl. ebd.).

zeugnisse der Sekundarstufen I und II fest, während die Studiengänge im tertiären Bildungsbereich durch die Hochschulgesetze der Länder geregelt werden (vgl. Döbert et al. 2010).

Die Sekundarstufe I gestaltet sich in D heterogen. Während in Baden-Württemberg und Bayern ein dreigliedriges Schulsystem mit Hauptschule, Realschule und Gymnasium existiert, gibt es in den anderen Bundesländern neben diesen Schulformen verschiedene Ausprägungen von kooperativen oder integrierten Gesamtschulen. In den ostdeutschen Bundesländern besteht überwiegend ein zweigliedriges Bildungssystem aus integrierenden Sekundarschulen, welche sowohl den Hauptschul- als auch Realschulabschluss ermöglichen, und Gymnasien (vgl. ebd.).

Das Spektrum an beruflichen Ausbildungseinrichtungen und -prozessen ist in D in drei Sektoren unterteilt: (1) das duale System, (2) das Schulberufssystem sowie (3) das Übergangssystem (vgl. Hippach-Schneider et al. 2007, S. 23; Baethge 2008, S. 543; Döbert et al. 2010). Mehr als die Hälfte der Jugendlichen eines Jahrgangs schließen eine Ausbildung im „dualen System“ ab. Dieses System hat damit in D besondere Bedeutung (vgl. Hippach-Schneider 2007, S. 25 f.). Etwa ein Fünftel der Abgänger münden in eine Ausbildung des Schulberufsystems ein oder in eine Ausbildung an einer Schule für Berufe im Gesundheitswesen (vgl. Baethge 2008, S. 544).

Zu den Eigenheiten des öffentlichen Bildungsverständnisses in D gehört es, den Begriff der *Berufsbildung* für jene Ausbildungsprozesse zu reservieren, die unterhalb der Hochschulebene – in der Sekundarstufe II – qualifizierte Berufsausbildungsabschlüsse vermitteln und damit zugleich die berufliche und die allgemeinschulische Bildung der gymnasialen Oberstufe und Fachoberschulen auf dem gleichen Niveau zu verorten (vgl. Baethge 2008, S. 541). Dieses Verständnis reflektiert institutionelle Abgrenzungen, die sich in den letzten ca. 200 Jahren verfestigt „und zu einem institutionellen Schisma zwischen Berufsbildung und höherer Allgemeinbildung geführt haben“ (ebd.; Arnold 2010, S. 36 f.). Dieses findet sich in dieser starken Ausprägung z. B. in GB und NL nicht (s. u.).

Die tertiäre Bildung erfolgt in D an Universitäten und Fachhochschulen. Während die Universitäten einen starken Forschungsschwerpunkt haben, bilden Fachhochschulen eher anwendungsorientiert aus. Infolge der Bologna-Erklärung wurden die Diplomstudiengänge inzwischen in fast allen Fachbereichen durch Bachelor- und Masterstudiengänge ersetzt (vgl. Döbert et al. 2010).

Mit dem o.g. Berufsbildungsverständnis verknüpft, fallen im internationalen Vergleich am Hochschul-

system in D fünf Merkmale auf (vgl. Konsortium Bildungsberichterstattung 2006, S. 101): (1) die starke Wissenschafts- und Forschungsorientierung der Universitäten, verbunden mit einer wenig ausgeprägten Differenzierung; (2) die (bisherige) Annahme einer im Wesentlichen gleichen Qualität zwischen den Hochschulen innerhalb ihres jeweiligen Sektors (Universitäten und Fachhochschulen); (3) die lange Dauer und hohe Einheitlichkeit der Studiengänge, welche eine wissenschaftliche Qualifizierung mit einer beruflichen verbinden; (4) die dominante Rolle des Staates und unterentwickelte institutionelle Steuerungsmöglichkeiten sowie (5) eine geringe Durchlässigkeit zwischen dem nichtakademischen Berufsbildungssystem (für die große Mehrzahl der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die im sekundären Sektor qualifiziert werden) und der akademischen Bildung im Hochschulsystem. Hinsichtlich dieser Merkmale unterliegt das deutsche Hochschulsystem derzeit einem tief greifenden Umbruch, der nicht zuletzt durch den Bologna-Prozess mit befördert wird (vgl. Konsortium Bildungsberichterstattung 2006, S. 101) (s. auch Kap. 3.1.2, 3.1.4).

Sonderstellung der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe in D

Anders als in den Vergleichsländern, wo die Ausbildung der Gesundheitsberufe (weitgehend) in den regulären Bildungsstrukturen verortet ist, stellen die Ausbildungen der *Gesundheitsfachberufe* in D „Ausbildungen der besonderen Art“ dar und nehmen damit eine Sonderstellung innerhalb des Systems beruflicher Bildung ein (vgl. Schneider 2003, S. 389). Dies bedeutet, dass sie weder auf der Grundlage des Berufsbildungsgesetzes dem dualen System zuzuordnen sind, noch einheitlich in allen Bundesländern zum Schulberufssystem (auch: Fachschulwesen) gehören (vgl. ebd.; Kraus et al. 2004, S. 66). Die häufigsten Ausbildungsstätten für diese Berufe, die „(Berufsfach-)Schulen für Gesundheitswesen“ (auch: Schulen für Berufe im Gesundheitswesen), die überwiegend räumlich und organisatorisch mit Krankenhäusern verbunden sind, stehen vielmehr weitgehend außerhalb dieser beiden Ordnungsrahmen (vgl. ebd.; Hippach-Schneider et al. 2007, S. 23).

Maßgeblich für die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen ist, dass sie durch Berufsgesetze sowie dazugehörige Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen der Regelungskompetenz des Bundes (s. auch Kap. 1) unterliegen, welche prinzipiell auf eine Berufszulassungskompetenz begrenzt ist und keine detaillierten Ausbildungsregelungen erlaubt (vgl. Brendel & Dielmann 2000, S. 82; Schneider 2003, S. 390). Entsprechend regeln die Berufsgesetze – eigentlich Berufszulassungsgesetze – lediglich den Schutz des Berufstitels und halten das Ausbildungsziel, die Zugangsvoraussetzungen

zur Ausbildung, die Ausbildungsdauer und -struktur sowie Vorgaben zum Ausbildungsverhältnis fest (vgl. Brendel & Dielmann 2000, S. 83; Kraus et al. 2004, S. 67). Folglich ist es den einzelnen Bundesländern überlassen, nähere Regelungen zur inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der Ausbildungen zu treffen (vgl. ebd.). Die Bundesländer nehmen diese Aufgabe unterschiedlich wahr. In vielen Gesundheitsfachberufen gibt es nur in einzelnen Bundesländern konkretisierende (empfehlende) Richtlinien oder Lehrpläne zur Ausgestaltung der Ausbildung. Auch bleibt es den Ländern überlassen, in welcher Schulform der Unterricht zu erfolgen hat (vgl. Schneider 2003, S. 392). Damit ist insgesamt von einer Uneinheitlichkeit der Gesundheitsfachberufsausbildungen auszugehen.

Trotz ihrer Sonderstellung ähneln die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen zugleich aber deutlich den Ausbildungen des dualen Berufsbildungssystems (vgl. Schneider 2003, S. 391). Typisch für die Bildung in den Gesundheitsfachberufen ist die Kooperation zwischen den betreffenden Schulen und gesundheitlichen Einrichtungen, insb. Krankenhäuser. Prägend ist zudem ein hoher Stundenumfang für die praktische Ausbildung, wobei die Gesamtverantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung der Ausbildung bei den Schulen verbleibt.

Innerhalb des dualen Berufsbildungssystems ist für die staatliche Anerkennung von Ausbildungsberufen und deren Aufhebung nach §4 BBiG 2005 das jeweilige Fachministerium im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) zuständig (vgl. BMBF 2005). Für die im BBiG geregelten Berufe gibt es zur Unterstützung dieses Prozesses eine staatliche Institution, das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). Eine zentrale Aufgabe des BIBB ist es, Inhalte und Ziele der Berufsbildung zu ermitteln und materielle Grundlagen für die Anerkennung und Aufhebung der Ausbildungsberufe sowie den Erlass von Ausbildungsordnungen zu schaffen. Dabei werden ggf. vorhandene Vorarbeiten aus dem Berufsfeld geprüft und berücksichtigt. Für die Gesundheitsfachberufe gibt es hingegen keine dem BIBB vergleichbare Institution.

Die Sonderstellung der Gesundheitsfachberufsbildung hat insb. auch Auswirkungen auf die Finanzierung der Ausbildung sowie die Sicherung und Weiterentwicklung der Ausbildungsqualität. So besteht, etwa im Vergleich zur verbindlichen Entwicklung und externen Evaluation von „Schulqualität“ im öffentlichen Schulwesen, für die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen ein Nachholbedarf bzgl. der systematischen Beschreibung von Qualität und folglich auch der strukturierten Qualitätsentwicklungspraxis und Evaluationskultur (vgl. Bals et al. 2010; Kutsch-

ke 2010). So gibt es in diesem Sektor bislang keine gesetzlich verankerte, verbindliche, unabhängige und strukturiert wissenschaftliche Evaluation von Modellprojekten (vgl. Dielmann 2009). Eine Akkreditierung der Bildungsgänge, die zur Einhaltung definierter Mindeststandards und Transparenz der Bildungsangebote der Institutionen beitragen soll, findet bislang für die regulären Gesundheitsberufsausbildungen in den Berufsfachschulen nicht statt, sondern lediglich im Hochschulsektor (vgl. Kälble 2006), d. h. für gesundheitsbezogene weiterführende Studiengänge sowie für die berufszulassenden grundständigen Studiengänge in den Pflegeberufen, dem Hebammenwesen, der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie, wie sie nach den Modellklauseln der Berufsgesetze möglich sind.

Derzeit werden die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen in D sehr heterogen finanziert. Z. T. erfolgt die Finanzierung aus öffentlichen Mitteln und Schulgeldern sowie über die Krankenversicherung und im Falle der Altenpflegeausbildung auch über die Pflegeversicherung (vgl. DBfK 2012). In wenigen Ausbildungsgängen der Gesundheitsberufe erhalten die Lernenden eine Ausbildungsvergütung (vgl. ebd.).

Der überwiegenden Sonderstellung der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen folgt unverändert auch eine Sonderstellung der Lehrerqualifizierung für diese Berufe. Dabei überlässt es der Bundesgesetzgeber den Bundesländern, den Grad der hochschulischen Qualifikation der Lehrenden an den Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachberufe qualitativ zu bestimmen. Diese haben sich bislang nicht auf gemeinsame Standards verständigt (vgl. Stöcker 2005, S. 663).

3.1.1.2 Frankreich (F)

Das Recht auf Bildung ist – vergleichbar mit den anderen Ländern – in der französischen Verfassung verankert und wird durch das Orientierungsgesetz über die Bildung von 1989 konkretisiert. Es sieht eine staatlich geregelte einheitliche Lehrplanstruktur vor, die durch Schulentwicklungspläne der einzelnen Schulen ergänzt und in einem begrenzten Rahmen individualisiert werden kann (vgl. Hörner & Many 2010). Weitere zentrale Gesetze, die die Bildung in F regeln, sind ein Hochschulgesetz, das im Jahr 2007 verabschiedet wurde, und ein Gesetz für den beruflichen Bildungsbereich zur Regelung der beruflichen Erstausbildung/ betrieblichen Lehre. Der zentrale Staat ist Träger der staatlichen Schulen und wird in den einzelnen Departments (für die Sekundarstufe I) und Regionen (für die Sekundarstufe II) behördlich vertreten. Neben staatlichen Prüfungen werden auch die Bildungsabschlüsse (Diplômes) durch den Staat verliehen (vgl. ebd.).

Das Bildungssystem in F sieht in Form einer Ganztagschule eine gemeinsame Sekundarstufe I (das Collège) und eine darauf aufbauende, differenzierte Sekundarstufe II vor. Das letzte Schuljahr (neunte Klasse) des vierjährigen Collège, das auf curricularer Ebene unterschiedlich nach Fächern und Praxisorientierung ausdifferenziert ist, wird als Orientierungszyklus bezeichnet. Es bereitet die Schüler/-innen auf verschiedene, sich anschließende Schulformen vor und schließt mit dem nationalen Examen, dem „Diplôme National du Brevet“ auf dem Niveau der Mittleren Reife ab (vgl. ebd.).

Die Sekundarstufe II umfasst allgemeinbildende, technische und berufliche Bildungsangebote und Schultypen, wie das „Lycée d'enseignement général“ oder das „Lycée technologique“. Sie erlauben eine „zunehmende Profilbildung“ der Schüler/-innen und münden in einen „eng profilierten Abiturtyp“ ein (vgl. Schneider 2008b; Hörner & Many 2010, S. 252).

So gibt es in F allgemeinbildende und technische Abiturtypen sowie ein Abitur im berufsbildenden Bereich. Zum *allgemeinbildenden* Abitur, das nach drei Jahren der Sekundarstufe II erreicht wird, zählt neben dem sog. sprachlichen Profil (L) und dem wirtschafts- und gesellschaftswissenschaftlichen Profil (ES) auch das mathematisch-naturwissenschaftliche Profil (S). Ein sog. *technisches* Abitur kann u. a. in den Bereichen STI (Sciences et technologies industrielles), STL (Sciences et technologies de laboratoire) und STSS (Sciences et technologies de la santé et du social) abgelegt werden.

Das Abitur im berufsbildenden Bereich (Baccalauréat professionnel, Bac pro), das ebenfalls nach drei Jahren, d. h. nach der zwölften Schulstufe abgelegt werden kann, ermöglicht nicht nur den Zugang zur tertiären Bildung, sondern verleiht den Absolvent/-innen seit den 1980er Jahren zugleich „eine abgeschlossene berufliche Ausbildung auf Technikerniveau (oberhalb des Facharbeiters)“ (vgl. Hörner & Many 2010, S. 253).

Das Abitur in F ermöglicht – unabhängig vom gewählten Profil – einen *uneingeschränkten* Zugang zum sog. postsekundären und tertiären Bildungsbereich.

Berufsausbildung unterhalb des Hochschulniveaus erfuhr in F im Vergleich zur allgemeinen Bildung traditionell eine gesellschaftliche Minderbewertung (vgl. Oertel & Hörner 1999, S. F-13) und wurde bzw. wird eher als (hoch-)schulzentriert charakterisiert (vgl. Münk 2006, S. 551). Erst seit den 1990er Jahren wurde sie durch eine Reihe von Reformen aufgewertet (vgl. Cedefop 2008, S. 15). Dabei lässt sich auch für die vergangenen ca. zehn Jahre ein deutlicher Trend der Tertiärisierung nachzeichnen (vgl. Cedefop 2008, S. 12). Dieser gilt insb. auch für die gesundheitsberufliche Bildung.

Ein Studium kann in F an Universitäten, den sog. Elitehochschulen (Grandes Écoles) oder den ebenfalls im tertiären Sektor angesiedelten „Instituts Universitaires de Technologie“ (IUT) (dt. sinngemäß: universitäre Technologie-Schulen) absolviert werden. Bei Letzteren handelt es sich um fachhochschulähnliche Bildungseinrichtungen, an denen nach einer zweijährigen, eher theoretischen Ausbildung ein sog. DUT-Abschluss (Diplôme universitaire de technologie) vergeben wird (vgl. Hörner & Many 2010; Schneider 2008b). Weiterhin besteht an diesen Schulen die Möglichkeit, nach drei Jahren den Studienabschluss „Licence professionnelle“, der dem Bachelorgrad entspricht, zu erwerben. Darauf aufbauend können an den Universitäten und „Grandes Écoles“ berufsorientierte (Master pro) oder forschungsorientierte (Master recherche) Master- und Promotionsstudiengänge absolviert werden (vgl. ebd.).

Ein besonderer Ausbildungsgang, der ebenfalls nach dem Erwerb einer Hochschulzugangsberechtigung möglich ist, stellt die stark praktisch ausgerichtete Ausbildung in den sog. Höheren Techniker-Bereichen (Sections de Techniciens Supérieurs) dar. Diese werden überwiegend an technischen „Lycées“ angeboten und enden mit einem sog. BTS- (Brevet de technicien supérieur) oder mit einem sog. DTS-Abschluss (Diplôme de technicien supérieur) (vgl. ebd.).

Seit 2002 wird in F, gemäß entsprechender EU-Empfehlungen, die Lebenserfahrung von Bewerber/-innen eingeschätzt und nach vorgegebenen Kriterien als Zulassungsvoraussetzung oder zur Verkürzung beruflicher Ausbildungen im Rahmen eines strukturierten Verfahrens (Validation des Acquis de l'Expérience, VAE) anerkannt (vgl. Groupe de travail français du projet 2010).

3.1.1.3 Großbritannien (GB)

In GB wird das Bildungssystem sowohl durch nationale Gesetze (z. B. Education Act) als auch – ähnlich der föderalen Kompetenz in Bildungsangelegenheiten der Bundesländer in D – durch individuelle Vorgaben in den vier Landesteilen England, Wales, Nordirland und Schottland bestimmt (vgl. Pilz 1999, S. GB-SC-61; Cuddy & Leney 2005, S. 11).

Neben den zuständigen Ministerien „Department for Children, Schools and Families“ und dem „Department for Innovation, Universities and Skills“, die zentrale regulative Befugnisse haben, welche sich auf alle Bereiche der Schul- und Hochschulbildung beziehen, üben auch quasi-autonome öffentlich-rechtliche Körperschaften (vgl. Harris & Gorard 2010, S. 830), wie der „Learning and Skills Council“ für England und der „Higher Education Funding Council for England“

eine steuernde und kontrollierende Funktion aus. Die allgemeine Schulbildung beruht auf einem nationalen Curriculum, das Mindestanforderungen an alle Ausbildungsformen festlegt (vgl. ebd.).

Der Sekundarstufen-Unterricht wird in kommunalen Gesamtschulen (Secondary Schools), in „Academies“ oder in „City Technology Colleges“ abgehalten. Im Rahmen einer Bildungsreform für 14- bis 19-Jährige (sog. 14-19 Reform) werden in den kommenden Jahren sog. „Technical Academies“, „University Technical Colleges“ und „Studio Schools“ eingerichtet, die fachspezifisch mit regionalen Arbeitgebern und teilweise mit Universitäten kooperieren (vgl. Department of Education 2012).

Eine Abgrenzung zwischen Sekundarstufe I und Sekundarstufe II gibt es nicht. Stattdessen unterscheidet der Lehrplan vier Hauptstufen (Key Stages), die sich am Alter der Schüler/-innen orientieren und an deren Übergang nationale Prüfungen oder Einschätzungen durch die Lehrkräfte stehen. Die „Key Stage 3“ entspricht in etwa der Sekundarstufe I und die „Key Stage 4“ etwa der Sekundarstufe II. Letztere schließt in England und Wales nach der 11. Klasse im 16. Lebensjahr mit dem „General Certificate of Secondary Education“ (GCSE) ab, für welches Einzelfachprüfungen in unterschiedlichen Kombinationen von ca. fünf bis zehn Fächern abgelegt werden (vgl. Directgov 2012a).⁴ Der erfolgreiche Abschluss von fünf Prüfungen entspricht annähernd der Mittleren Reife in D (vgl. BMBF 2012a). Der damit verbundene Mindeststandard (Level) hängt von den erzielten Fachnoten ab: Level 2 wird bei sehr guten Noten (A* bis C) und Level 1 bei schlechteren Noten (D bis G) anerkannt (vgl. Directgov 2012a).

Nach weiteren zwei Schuljahren kann an den meisten „Secondary Schools“ mit „Sixth Form“ (d. h. mit einer 12. und 13. Jahrgangsstufe) sowie an den „Academies und Colleges“ in England und Wales ein A-Level (Advanced) oder ein AS-Level-Abschluss (Advanced/Supplementary) auf Level 3 erworben werden. Dieses wiederum entspricht dem Level 4 des Europäischen Qualifikationsrahmens EQR (vgl. European Commission 2012a). In Schottland stehen auf diesem Level die Abschlüsse „Intermediate Grade“, „Higher Grade“ oder „Higher Advanced Grade“ (vgl. Harris & Gorard 2010; Schneider 2008b). Ein A-Level-Abschluss mit Prüfungen

in drei Fächern entspricht in etwa dem Bildungsniveau des Abiturs in D (vgl. BMBF 2012a).

Das britische Berufsbildungssystem lässt sich als wenig standardisiert (vgl. Cuddy & Leney 2005, S. 11) und mit einer im Kern „nicht-beruflichen“ Ausrichtung der Erstausbildung (vgl. Deißinger 2004, S. 79) charakterisieren. Es kann als Gegenpol zu den Systemen in D und A, bzw. das Spektrum der Ausprägungen in den Vergleichsländern begrenzend, gesehen werden. Ein Formalisierungsgrad der Erstausbildung einschließlich einer beruflichen Fundierung i. S. etwa der dualen Ausbildungsstrukturierung wie in D lässt sich für GB so nicht finden (vgl. ebd., S. 80). Kritik daran und an der grundsätzlichen (In-)Effektivität des britischen Ausbildungssystems lässt sich bis in die 1980er Jahre zurückverfolgen. Daraus resultierten eine Reihe bildungspolitischer Reformprojekte, die sowohl das allgemeinbildende Schulsystem wie auch die Berufsbildung i. e. S. betrafen (vgl. ebd., S. 79 f.).

Typisch für GB ist, dass grundsätzlich jede/r Lernende jegliche berufsorientierte Prüfung ablegen kann. Wie, wann und wo die dafür notwendigen Kenntnisse erworben wurden, ist irrelevant. Die Qualifikationen bewerten, nach dem Prinzip der Outcome-Orientierung, die vorhandenen Fähigkeiten des Auszubildenden und beruhen auf dem Konzept der Kombination anrechenbarer Lerneinheiten (gemeint: Module oder auch Kompetenzeinheiten) (vgl. BIBB 2006). Diese können auf unterschiedliche Weise und in einem flexiblen zeitlichen Rahmen erworben und nach dem Baukastenprinzip zu einem Abschluss zusammengesetzt werden. So können z. B. „National Vocational Qualification“-Zertifikate (NVQ) als Bestätigung über eine tätigkeitsspezifische „Berufs“-ausbildung erlangt werden. Diese sind insb. für Schüler/-innen konzipiert, die nicht mehr an einer Vollzeitausbildung teilnehmen; auch Erwachsene können NVQs erwerben (vgl. ebd.). Zudem können seit ca. Mitte der 2000er Jahre im Zuge der „14-19 Reform“ unterschiedlich gestufte berufliche Ausbildungsabschlüsse erworben werden, welche einen besonderen Schwerpunkt auf die Aneignung praktischer Fertigkeiten legen. Dazu gehören das „Foundation Diploma“ (Level 1), das „Higher Diploma“ (Level 2) und das „Advanced/Progression Diploma“ (Level 3) (vgl. Harris & Gorard 2010).

Für die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen spielen diese Qualifizierungsformen eine untergeordnete Rolle, da diese bis auf wenige Ausnahmen im tertiären Sektor angesiedelt und die berufszulassenden Abschlüsse auf der Bachelorstufe verortet sind (s. Kap. 3.1.4).

Die Hochschulbildung in GB ist in First Degree- (Bachelor-) und Higher Degree- (Master-)Studiengänge

4 GCSE-Abschlüsse sind auch für berufsbildende Fächer möglich. Ihre Einführung Mitte der 2000er Jahre sollte die Gleichrangigkeit berufsbildender und herkömmlicher akademischer Fächer (der Sekundarstufe II) stärken. Berufsbildende GCSE-Abschlüsse gibt es u. a. für die Fächer Angewandte Naturwissenschaften, IT-Wissenschaften, Betriebswirtschaftslehre, Gesundheitsversorgung und Sozialarbeit (vgl. Cuddy & Leney 2005, S. 34).

untergliedert, die drei bis vier Jahre bzw. ein bis zwei Jahre umfassen. Jedoch können auch bereits nach kürzerer Studiendauer Abschlüsse erworben werden, die entweder stärker praxis- oder forschungsorientiert sind: der „Foundation Degree“ nach etwa zwei Studienjahren sowie das „Postgraduate Diploma“ und das „Postgraduate Certificate“ nach neun bis zwölf Monaten im Anschluss an ein Bachelorstudium (vgl. Directgov 2012d).

Zugang zum Studium haben in GB Interessierte, die einen A-Level-Abschluss (fachgebunden) oder einen entsprechenden beruflichen Abschluss auf dem Level 3 vorweisen können, wie die Qualifizierungen NVQ (National Vocational Qualification), HNC (Higher National Certificate) oder HND (Higher National Diploma) (vgl. Directgov 2012b). Einem Level 3 und damit der Hochschulzugangsberechtigung entspricht auch das „Diploma“ eines „Access to Higher Education“-Kurses in verschiedenen Fächern, wie bspw. in den Gesundheitswissenschaften (Schneider 2008b).

Nach einem Masterabschluss – insb. einem Master of Research – kann ein Promotionsstudium an einer forschungsorientierten Universität begonnen werden. Dieses schließt i. d. R. mit einem „Doctor of Philosophy“ (PhD) ab (vgl. Directgov 2012c).

In GB werden regulär auch außerschulische Lernerfahrungen (prior learning) in Ergänzung zu (ggf. nicht ausreichenden) formalen Qualifikationen bei der Zulassung zu einem Studium berücksichtigt (vgl. Merrill & Hill 2003). Gleiches gilt ausdrücklich auch für informell erworbenes Wissen und für Fertigkeiten, die bspw. durch ehrenamtliche Tätigkeit oder die Pflege eines Familienangehörigen erworben wurden. Sie werden durch ein spezifisches Anrechnungsverfahren (Accreditation of Prior Experiential Learning, APEL) angerechnet. Auch wird – obwohl es nicht bescheinigte Lernerfahrungen sind – in der Reflexion von Lebenserfahrungen und der eigenen Persönlichkeit, welche in Form eines Portfolios oder in Tagebuchaufzeichnungen erfolgen kann, ein anrechenbares Bildungsereignis gesehen (vgl. Merrill & Hill 2003).

3.1.1.4 Niederlande (NL)

In NL liegt das Steuerungs-, Regulierungs- und Qualitätssicherungsmonopol des Schulunterrichts, der Berufs- und Erwachsenenbildung sowie der Hochschulbildung beim Staat. Charakteristisch für NL ist, dass die Träger von Bildungseinrichtungen, wie Gemeinden (für öffentliche Schulen) sowie Stiftungen oder Vereine, einen breiten inhaltlichen Gestaltungsspielraum haben. Die Finanzierung übernimmt größtenteils der Staat, z. B. über eine Pauschalsummen-Finanzierung im Sekundarbereich.

Ähnlich wie in GB wurden auch in NL die Strukturen und Prinzipien der Berufsbildung seit den 1990er Jahren einem fundamentalem Modernisierungsprozess unterzogen (vgl. Frommberger 2004, S. 17; Brandsma 2006, S. 95 f.). Prägend in NL ist dabei das Gesetz für Erwachsenen- und Berufsbildung (Wet educatie en Beroepsonderwijs, WEB) von 1996 und ein Gesetz zur Einführung einer neuen Oberstufe i. S. der Einrichtung der vorbereitenden mittleren Berufsbildung bzw. des sog. Studienhauses im Jahr 1998 (vgl. van de Ven 2012). Besonders das Inkrafttreten des WEB-Gesetzes veränderte die Rahmenbedingungen der beruflichen Bildung in NL grundlegend (vgl. Frommberger 2004, S. 17; Brandsma 2006, S. 96). Eines der Hauptziele des WEB war es, die Übereinstimmung von beruflicher Bildung und dem Arbeitsmarkt über die Realisierung einer neuen Qualifikationsstruktur der (berufs-) schulischen Bildung zu verbessern (vgl. Maes 2004, S. 16; Brandsma 2006, S. 96).

Der Sekundarstufen-Unterricht umfasst heute drei unterschiedliche Bildungswege: (1) die vorbereitende mittlere Berufsbildung (Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs, VMBO), die vier Jahre dauert und deren Abschluss in etwa der deutschen Mittleren Reife entspricht, (2) die höhere allgemeine Bildung (Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs, HAVO), die sich über fünf Jahre erstreckt und sechs Wahlfächer umfasst, sowie (3) die vorbereitende wissenschaftliche Bildung (Vorbereidend wetenschappelijk onderwijs, VWO), die nach sechs Jahren abgeschlossen wird und mit sieben Wahlfächern einhergeht. Diese drei Bildungswege werden häufig in Schulgemeinschaften, d. h. „alle unter einem Dach“ angeboten. Dabei werden die VMBO-Bildungswege sowie die ersten drei Jahre der HAVO- und der VWO-Bildung der Sekundarstufe I zugerechnet.

An die VMBO-Stufe schließt sich im Sekundarstufen-II-Bereich die berufliche Ausbildung (Middelbaar Beroepsonderwijs, MBO) an einem regionalen Ausbildungszentrum (Regionaal Opleidings Centrum, ROC) an, welche mit einem MBO-4-Diploma endet (vgl. ebd.). Die ROCs wurden im Zuge der Vereinheitlichung der Berufs- und Erwachsenenbildung im Jahr 1996 gegründet, als die Schulen dieser beiden Bereiche fusionierten. Ein System beruflicher Bildung nach dem Konzept der dualen Ausbildung in D, in Ergänzung oder Konkurrenz zum schulisch orientierten Ausbildungssystem, gibt es in NL so nicht (vgl. de Graauw-Rusch & Lauterbach 1999, S. NL-9; Maes 2004, S. 41).

In der Sekundarstufe II der HAVO- oder VWO-Ausbildung können sich die Schüler/-innen seit 1998 neben den gemeinschaftlichen Pflichtfächern für die Wahlfächer aus einem von vier Profilen entscheiden, nämlich (1) Natur und Gesundheit, (2) Natur und Technik, (3) Wirtschaft und Gesellschaft sowie (4) Kultur

und Gesellschaft. Die Lernzeit der Schüler/-innen wird in NL bereits in der Sekundarstufe II als „Studienbelastung“ (Workload) berechnet und umfasst sowohl Unterrichts- als auch Selbststudienzeiten. Darüber hinaus können die Schüler/-innen in sog. Selbstständigkeitsstunden frei unter verschiedenen Lernangeboten wählen (sog. Studienhaus) (vgl. van de Ven 2012).

Im Hochschulbereich wird in NL zwischen „Hogescholen voor Hogere Beroepsonderwijs“ (HBO) – meist nur kurz: Hogeschool bzw. Hogescholen – und Universitäten unterschieden. Die Zugangsvoraussetzungen zu den beiden Institutionstypen sind unterschiedlich. So berechtigt bereits ein HAVO-Diplom zu einem Studium an einer Hogeschool (HBO), während ein Universitätsstudium erst mit einem VWO- oder HBO-Abschluss als Zugangsvoraussetzung möglich ist.

Der Abschluss nach einem i. d. R. vierjährigen Studium an der HBO entspricht dem Bachelorgrad. Ein weiterführendes Masterstudium kann sowohl an Universitäten als auch – in bestimmten Fächern und dabei v. a. auch in den Gesundheitsberufen – an den Hogescholen absolviert werden. Der erfolgreiche Abschluss eines Masterstudiums – sowohl an einer Hogeschool als auch an einer Universität – berechtigt zur Aufnahme eines Promotionsstudiums an einer Universität (vgl. ebd.).

3.1.1.5 Österreich (A)

In A wird das Schulsystem föderal sowohl durch den Bund und die Länder gesteuert (vgl. Archan & Mayr 2006, S. 16). Anders als in D liegt dabei die Kompetenz für die *Bildungsinhalte* einheitlich beim Bund (vgl. Dorninger et al. 1999, S. A-13). Bezüglich der Kosten der Schulbildung werden diese – bis auf die zusätzlich erhobene Studiengebühr an den Universitäten und Fachhochschulen – direkt oder indirekt durch den Bund getragen (vgl. Eder & Thonhauser 2010).

Gesetzliche Grundlagen für die allgemeine Bildung sind das Schulorganisationsgesetz, das sich hauptsächlich auf die Struktur des Bildungssystems bezieht, und das Schulunterrichtsgesetz, das sich der unterrichtsbezogenen Bildungsqualität der Pflichtschulen widmet. Das Universitätsgesetz (vgl. UG 2002) legt den rechtlichen Status, die Organisationsformen und Verwaltungsebenen, die Studienstruktur sowie die Qualitätssicherung der Universitäten fest, und das Fachhochschulstudiengesetz (vgl. FHStG 1993) enthält die entsprechenden Regelungen für die Fachhochschulen.

Zur Sekundarstufe I zählen in A die Hauptschule und die Unterstufe der allgemeinbildenden höheren Schulen Gymnasium und Realgymnasium, die zusammen ab Herbst 2012 von der sog. „Neuen Mittelschule“ sukzessive abgelöst werden. Diese nimmt dann deren

Stelle in Form einer meist ganztägigen Gesamtschule ein, welche den Entscheidungszeitpunkt für die weitere Bildungslaufbahn vom 9. bis 10. Lebensjahr auf das 14. Lebensjahr (d. h. nach acht Schuljahren) hinausschiebt.

Im Unterricht wird zukünftig der Lehrplan der allgemeinbildenden höheren Schulen weitestgehend individualisiert umgesetzt und ein Zeugnis der „Neuen Mittelschule“ ausgestellt, das im Regelfall zum Besuch einer weiterführenden Schule berechtigt (vgl. bm:ukk 2012). Um die Schulpflicht von neun Jahren zu erfüllen, zählt auch die einjährige polytechnische Schule, die anschließend gewählt werden kann, funktional zur Sekundarstufe I. Sie bereitet auf eine Lehre im dualen System vor (vgl. Eder & Thonhauser 2010). Die Berufsausbildung im österreichischen dualen System erfährt national wie international bislang durchaus Anerkennung (vgl. Dorninger et al. 1999, S. A-38).

Die Sekundarstufe II umfasst in A die Oberstufe der bisherigen allgemeinbildenden höheren Schulen (ab 14 Jahren) sowie die berufsbildenden Schulen. Zu diesen zählen Berufsschulen, Berufsbildende mittlere Schulen (BMS) und Berufsbildende höhere Schulen (BHS) in den Bereichen Gewerbe, Technik und Wirtschaft (vgl. bm:ukk 2011).

Das Abschlusszeugnis einer mind. dreijährigen BMS qualifiziert für eine berufliche Tätigkeit. Das Reife- (und Diplom-)prüfungszeugnis einer BHS ermöglicht hingegen – i. S. einer „Doppelqualifikation“ (vgl. Dorninger et al. 1999, S. A-41) – neben der Ausübung von sog. gehobenen Fachberufen auch – als sog. Berufsreifeprüfung – den Hochschulzugang. Dabei berechtigt es u. a. auch zur Aufnahme eines Bachelorstudiums in den meisten Gesundheitsberufen (vgl. bm:ukk 2011).

Neben der o. g. Berufsreifeprüfung stellt auch die Studienberechtigungsprüfung des zweiten Bildungswegs eine „partielle Hochschulreife“ dar (vgl. Eder & Thonhauser 2010, S. 554), die nach einer beruflichen oder außerberuflichen Vorbildung zum Studium einer bestimmten Fachrichtung und Hochschulart befähigt (vgl. bm:ukk 2011).

Die tertiäre Bildung in A wird an Universitäten und Fachhochschulen entsprechend der Bologna-Erklärung modularisiert und im Bachelor-Master-Doktorat-Format gestuft vorgehalten.

Für die Gesundheitsberufe – jedoch nicht alle – existieren bislang fast ausschließlich Bachelorstudiengänge an Fachhochschulen; fachspezifische konsekutive Masterstudiengänge gibt es bislang nur vereinzelt. Da im Zuge der Novellierung einer Reihe von Gesundheitsberufsausbildungen in den 2000er Jahren u. a. die Abschlüsse an den früheren Medizinisch-technischen

Akademien den Fachhochschulabschlüssen gesetzlich gleichgestellt wurden, haben auch Absolvent/-innen der Akademien Zugang zu Masterstudiengängen, auch wenn sie keinen Bachelorabschluss vorweisen können.

Eine Sonderform an weiterführenden Bildungsgängen in Bezug auf die Gesundheitsberufe in A stellen die sog. Masterlehrgänge nach §32 MTD-Gesetz dar (vgl. MTD-Gesetz 1992, i. d. Fassung 2011). Sie sind nicht-konsekutiv konzipiert und berechtigen nur in Verbindung mit zusätzlichen Lehreinheiten und Prüfungen zur Promotion.

Eine ganze Reihe von Gesundheitsberufen werden nach wie vor – wie in D – im sekundären Bildungsbereich ausgebildet. Anders als in D (s. dazu Kap. 3.1.1.1) wird ihre Finanzierung dabei – wie die Ausbildung in anderen Berufen auch – größtenteils durch Steuergelder über die Bundesländer sichergestellt (vgl. Archan & Mayr 2006, S. 20).

Bildungsausgaben und -abschlüsse und Jugenderwerbslosigkeit im Ländervergleich

Die Ausgaben der Vergleichsländer für ihr Bildungssystem bewegen sich auf ähnlichem Niveau; zwischen ca. 4,8 und 6% des nationalen Bruttoinlandsprodukts (BIP) (vgl. OECD 2011b). Dabei rangiert D am unteren Ende der Skala und F am oberen Ende und zugleich oberhalb des OECD-Durchschnitts von 5,89 % (s. Tab. 3.1.1).

Während in den vergangenen knapp 15 Jahren die Anteile der Bildungsabschlüsse in D, F und A auf den unterschiedlich ausgewiesenen Stufen in etwa gleich blieben, nahm der Anteil der Bildungsabschlüsse in GB und NL unterhalb der Sekundarstufe II deutlich ab und zugleich auf der Tertiärstufe erkennbar zu (vgl. OECD 2011a) (siehe Tab. 3.1.2).

Bei den Anteilen der Bevölkerung, die über einen Abschluss auf der Tertiärstufe verfügen, liegen D und A mit 26,4 bzw. 19,0% hinter den anderen drei Vergleichs-

Tabelle 3.1.1: Bildungsausgaben des öffentlichen und privaten Sektors in den Vergleichsländern (Angaben in % des BIP im Jahr 2008 bzw. zuletzt verfügbares Jahr) (vgl. OECD 2011b)

	Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Niederlande	Österreich	Ø OECD
öffentlich	4,1	5,5	5,1	4,8	5,2	5,1
privat	0,7	0,5	0,6	0,8	0,2	0,6
gesamt	4,8	6,0	5,7	5,6	5,4	5,7

Tabelle 3.1.2: Anteile der Abschlüsse auf den unterschiedlichen Bildungsstufen im Ländervergleich (Angaben in %) (vgl. OECD 2011a)

Bevölkerung im Alter von 25-64 Jahren									
	Unterhalb Sekundarstufe II (< ISCED 3)			Sekundarstufe II (ISCED 3) und post-sekundare Stufe* (ISCED 4)			Tertiärstufe (ISCED 5)		
	1998	1999	2009**	1998	1999	2009**	1998	1999	2009**
D	16,2	18,8	14,5	60,8	58,3	59,1	23,0	22,9	26,4
F	39,3	38,1	30,0	40,1	40,4	41,1	20,6	21,5	28,9
NL	35,7	45,3	26,6	40,1	32,1	40,6	24,2	22,6	32,8
GB	39,9	38,4	26,3	36,3	36,7	36,8	23,8	24,9	36,9
A	25,8	24,9	18,1	60,5	61,4	62,8	13,7	13,7	19,0

* jedoch nicht Tertiärstufe
** bzw. zuletzt verfügbares Jahr

Tabelle 3.1.3: Erwerbslosigkeit der 15-24-Jährigen in den Vergleichsländern (vgl. OECD 2011g)

Jahr	Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Niederlande	Österreich
1994	8,2	28,8	16,1	10,2	5,0
2008	10,4	18,4	14,1	6,4	8,1
2009	11,0	22,8	18,9	7,7	10,0
2010	9,7	22,5	19,1	8,7	8,0

ländern – mit Werten zwischen 28,9% in F, 32,8% in GB und 36,9% in NL – zurück. Der Anteil der Personen, die einen Abschluss unterhalb der Sekundarstufe II erworben haben, fällt in D und A mit 14,5 bzw. 18,1% wiederum deutlich geringer aus als in den anderen Vergleichsländern. Zugleich verfügen in D mit 59,1% und A mit 62,8% deutlich höhere Anteile der Bevölkerung über „höherwertige“ Schulabschlüsse auf dem Niveau der Sekundarstufe II oder der post-sekundären Stufe als in den Vergleichsländern.

Die Entwicklung der Abschlussquoten auf den unterschiedlichen Bildungsstufen in den Vergleichsländern erscheint dahingehend relevant, als dass die berufliche Qualifizierung unterhalb des akademischen Niveaus unter wirtschafts- und sozialpolitischer Perspektive international zunehmend an Bedeutung gewinnt (vgl. Greinert 2008b, S. 9).

Das deutsche Bildungssystem wird im internationalen Vergleich dabei als ein breit streuendes, auf das mittlere und untere Qualifikationsniveau ausgerichtetes Ausbildungssystem beschrieben (vgl. Baethge 2008, S. 552). Ihm – und damit implizit der Ausbildung einer Reihe von Gesundheitsfachberufen – wird als Stärke zugeschrieben, der überwiegenden Mehrheit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine qualifizierte Ausbildung zu vermitteln, die ihnen Beschäftigungschancen und ein eigenständiges Agieren auf dem Arbeitsmarkt eröffnet (vgl. Konsortium Bildungsberichterstattung 2006, S. 100; Hippach-Schneider et al. 2007, S. 12; Baethge 2008, S. 552 f.). Die Entwicklung der Jugenderwerbslosigkeit in den Vergleichsländern, die sich in D, NL und A auf einem annähernd vergleichbaren Niveau bewegt, stützt diese These (s. Tab. 3.1.3). In F und GB liegen sie wesentlich höher.

3.1.2 Bildung in den Gesundheitsfachberufen vor dem Hintergrund der Europäisierung der Bildungssysteme

3.1.2.1 Das Feld der Gesundheitsfachberufe

Während die Pflegeberufe und der Hebammenberuf auf eine längere Tradition zurückblicken, sind die anderen Gesundheitsfachberufe, einschließlich einer Vielzahl darauf aufbauender Weiterqualifizierungen, zumeist erst im Laufe des 20. Jh. entstanden⁵ (vgl. Darmann & Keuchel 2006; Schäfer 2010).

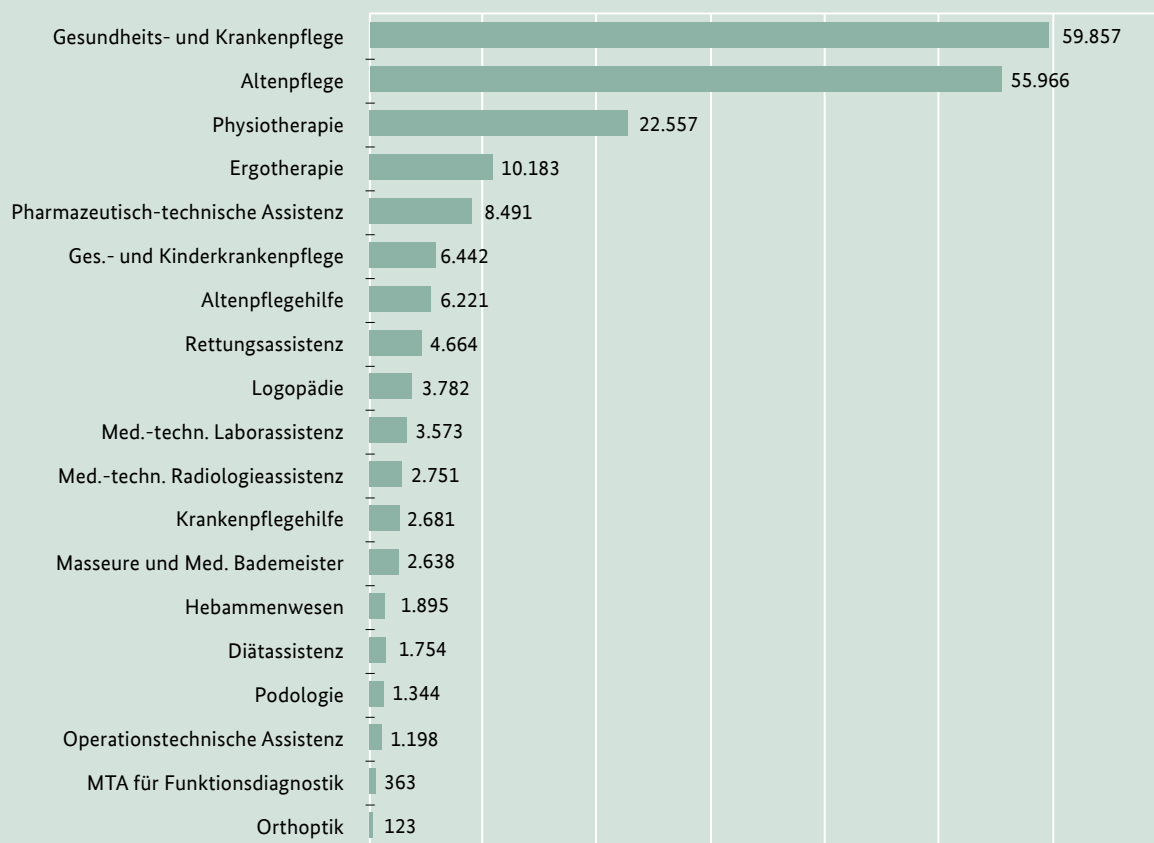
Heute stellt sich in D das Feld der Berufe im Gesundheitssektor als stark differenziert dar (vgl. Bollinger 2005). Eine allgemein zufriedenstellende Taxonomie des breiten Spektrums dieser Berufe liegt nicht vor. Ihre Strukturierung, etwa nach Leistungsbereichen und inhaltlicher Verwandtschaft suggeriert eine Systematik, die in der Realität so nicht gegeben ist. Faktisch sind diese Berufe sowohl horizontal als auch vertikal stark aufgefächert und z. T. eng spezialisiert (vgl. ebd.).

Zudem sind die Profile der Berufe in D, wie auch in den anderen Ländern, oft nicht klar voneinander abzugrenzen und überschneiden sich in ihren Aufgabenspektren. Dies gilt z. B. für die Handlungsfelder von Physio- und Ergotherapeut/-innen sowie von Physiotherapeut/-innen und den Medizinischen Bademeister/-innen und Masseur/-innen.⁶ Bei anderen,

5 So lässt sich z. B. der Beginn geregelter, anerkannter Ausbildungsprogramme mit geschützten Berufsbezeichnungen für die MTA-Berufe in D auf 1921 und in A auf 1940 datieren sowie spezifisch für die Laborassistenten in F auf 1941 (vgl. ÖBIG 2003; cadresante 2012; Lette-Verein 2012). Für die Physiotherapie trifft dies in D auf das Jahr 1935, für NL auf 1942 und für F auf 1946 zu (vgl. KNGF 2006; Weber 2008; FFMKR 2011).

6 Die Überschneidungen in den Handlungsfeldern von Physio- und Ergotherapeut/-innen betreffen im Wesentlichen die Behandlung von Einschränkungen aufgrund motorisch funktioneller Störungen, wie z. B. in der Rehabilitation von Schlaganfallpatient/-innen, oder der Förderung von Kindern mit Entwicklungsstörungen. Auch thermische Behandlungsmaßnahmen, d. h. Kälte- und Wärmeanwendungen, können

Abbildung 3.1: Schüler/-innen (gesamt) in Gesundheitsberufen in Deutschland im Schuljahr 2011/2012 (vgl. destatis 2012a)¹



¹ In die Abbildung wurden auch – nicht zuletzt aufgrund ihrer zahlenmäßigen Bedeutung – die in der GesinE-Studie nicht zu analysierenden Berufe „Altenpflegehilfe“, „Krankenpflegehilfe“ sowie „Operationstechnische Assistenz“ (OTA) aufgenommen.

zunächst ähnlich klingenden Berufsbezeichnungen, wie der Medizinisch-technischen Assistenz für Labormedizin (MTLA), Radiologie (MTRA) und Funktionsassistenz (MTAF) wiederum, verbergen sich dahinter weitestgehend verschiedene Kompetenzprofile in der jeweiligen „Berufsgruppe“ (s. auch Anhang A 1, A 2 und A 3). Hinzu kommt die Entstehung neuer (Gesundheits-) „Berufe“ – insb. in der Gruppe der sog. Assistenzberufe – deren Wurzeln i. d. R. in der „Arbeitsplatzrealität“ liegen (vgl. 2005b, S. 18). Sie können somit als Reaktion auf anwachsende Diskrepanzen zwischen den in den vorhandenen Berufen gebündelten Qualifikationen

von Ergo- wie von Physiotherapeut/-innen gleichermaßen durchgeführt werden (vgl. AOK 2006). Überschneidungen in den Handlungsfeldern von Physiotherapeut/-innen und den Medizinischen Bademeister/-innen und Masseur/-innen gibt es im Hinblick auf Massageanwendungen sowie in der Nutzung der Elektro-, Hydro-, Balneo-, Thermo- und Inhalationstherapie (vgl. ebd., s. auch Anhang A 9.1 und 9.2).

einerseits und den Anforderungen aus der Arbeitswelt andererseits interpretiert werden (vgl. Becker 2002; Borgetto & Kälble 2007).

Abbildung 3.1 zeigt, dass die Zahlen an Lernenden deutliche Unterschiede aufweisen. Dabei bilden die Pflegeberufe – Gesundheits- und Kranken-, Gesundheits- und Kinderkranken- sowie Altenpflege und Altenpflegehilfe – die größte Berufsgruppe.

Genauere Angaben zu den Absolvent/-innen in den einzelnen Berufen, etwa hinsichtlich ihres Verbleibs im Beruf, liegen nicht vor. Das liegt daran, dass für D eine regelmäßige, strukturierte und vergleichbare Gesundheitsberufsberichterstattung mit einer systematischen Beschreibung der Angebots- und Nachfrageentwicklung sowie der Aus-, Fort- und Weiterbildungsstrukturen fehlt (vgl. Meifort 2004; Blum et al. 2006; Darmann-Finck & Foth 2011). Damit mangelt es zugleich an einer

verlässlichen Grundlage zur gezielten Ausbildungsbedarfsplanung und -steuerung (Stöcker 2005). Eine Ausnahme bildet lediglich – für ein einzelnes Bundesland – die jährliche Gesundheitsberufsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen (vgl. z. B. MAGS NRW 2011).

Für die Vergleichsländer lässt sich in ähnlicher Weise wie für D ein differenziertes Bild im gesundheitsberuflichen Handlungsfeld nachzeichnen. Zwar gibt es nicht für alle der in D anerkannten Gesundheitsfachberufe in den zu untersuchenden Ländern Entsprechungen (s. Kap. 1, Tab. 1.1). Beispielsweise zählen die Aufgaben der Rettungsassistent/-innen und Medizinisch-technischen Assistent/-innen für Funktionsdiagnostik (MTAF) in einigen Ländern zu den Vorbehaltsaufgaben der Pflege bzw. ist eine Qualifikation hierfür erst auf der Basis eines Pflegeberufsabschlusses möglich (vgl. Blättner & Georgy 2008, S. 171).

Andererseits aber gibt es dort für die hier untersuchten Ausbildungsberufe in D z. T. mehrere Entsprechungen an Qualifikationsprofilen (s. Kap. 1, Tab. 1.1). Besonders stark gegliedert erscheint dabei das gesundheitsberufliche Handlungsfeld in GB und auch in NL. So gibt es dort z. T. mehr grundständig qualifizierte Gesundheitsberufe als hierzulande sowie ein breiteres Spektrum an Helfer- und weiterführenden Qualifikationen (s. auch Kap. 3.1.4).

Als Beispiele für grundständige Ausbildungen, für die es in D dabei keine Entsprechung gibt, seien die „operating department practitioners“ (ODP) in GB genannt sowie die in NL seit 1972 bzw. 2003 im Gesetz über die Berufe in der individuellen Gesundheitsversorgung (Wet BIG) gesetzlich geschützten Berufe „oefentherapie“⁸ und „huidtherapie“⁹ (vgl. NHS Careers 2012k; VvOCM 2010; De Huidtherapeuten 2012). Zudem waren die niederländischen Qualifikationsprofile „operatieassistent“ und „anaesthesiemedewerker“ grundlegend für die Konzeption und Erprobung der in

D bislang staatlich nicht anerkannten Ausbildungen in der Operationstechnischen Assistenz (OTA) und Anästhesie-technischen Assistenz (ATA) (vgl. Bals 1999; Spichale 2010).

Hinsichtlich der Berufstitel in D sei darauf verwiesen, dass diese historisch geprägt sind und vielfach neuere Entwicklungen und den eigentlichen Inhalten der heutigen Berufsausübung nicht mehr gerecht werden (vgl. Dostal 2005b, S. 16). Dies gilt z. B. für die Nutzung der Bezeichnung „Assistenz“ (lat.-mlat.: Beistand, Mithilfe) (vgl. Dudenredaktion Hrsg. 2007) im Zusammenhang mit den sog. Medizinisch-technischen Assistenzberufen (MTA-Berufe; auch: Diagnostisch-technische Berufe in der Medizin) in den hier analysierten Fachrichtungen Labormedizin (MTLA), Radiologie (MTRA) und Funktionsdiagnostik (MTAF) sowie für die Berufe Pharmazeutisch-technische Assistenz, Rettungsassistent und Diätassistent. Die Bezeichnung „Assistenz“ bei den genannten Berufen führt leicht zu der Fehlannahme, dass es sich hierbei um Qualifizierungen auf niedrigem Niveau, etwa i. S. von „Helfern“ handelt, die z. B. Pflege- oder andere Gesundheitsfachpersonen entlasten und an deren Anweisung und Aufsicht gebunden sind. Dem ist nicht so. Eine andere Assoziation ist die „Arztassistent“. Die Bezeichnung spiegelt dabei i. d. R. nicht den erreichten fachlichen professionellen Entwicklungsstand (vgl. Kozon et al. 2010) dieser – auch in den Vergleichsländern – überwiegend mind. dreijährig ausgebildeten Berufe wider. Es steht infrage, ob der „Assistenz“-Begriff das heutige (wünschenswerte) Selbstverständnis dieser Berufe angemessen repräsentieren kann (vgl. Bals 1993, S. 16).

In den Vergleichsländern finden sich für die entsprechenden Berufe Bezeichnungen, die die Kernkompetenz des jeweiligen Berufsbildes jenseits einer Assistenzfunktion verdeutlichen. Die dabei in den vergangenen Jahren (z. B. in A) geänderten Bezeichnungen sollen Umfang, Qualifikationsniveau sowie Charakter des – i. d. R. nach erfolgter ärztlicher Anordnung – eigenverantwortlichen und prozessorientierten Berufshandelns zum Ausdruck bringen (vgl. Hofbauer 2006). So wurden in A im Jahr 2005 die früheren Berufsbezeichnungen Diätassistent, Medizinisch-technische Laborassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistent mit der Novellierung des Berufszulassungsgesetzes und der Verlagerung der Berufsausbildungen in den hochschulischen Bildungssektor in die neuen Bezeichnungen Diätologie, Biomedizinische Analytik und Radiologietechnologie geändert (vgl. §10, MTD-Gesetz).

7 „Operating Department Practitioners“ erwerben in einer 2-jährigen Ausbildungen ein „dipoma in higher education“, das sie für Aufgaben vorbereitet, die in D i. d. R. von Pflegefachpersonen sowie in jüngerer Zeit auch von ATA und OTA in den Funktionsdiensten Anästhesie und Operationsaal wahrgenommen werden (vgl. NHS Careers 2012j).

8 „Oefentherapie“ ist ein der Physiotherapie ähnliches Berufsbild. Es kann an zwei Hogescholen in 4-jährigen Bachelorstudienprogrammen erlernt bzw. studiert werden. Bei der „Oefentherapie“ geht es im Wesentlichen um die Anwendung von Übungen zur Verbesserung von Körperhaltung und Bewegungsmustern (vgl. VvOCM 2010).

9 „Huidtherapie“ kann in 4-jährigen Programmen mit dem Abschluss „Bachelor of Health Care“ an derzeit zwei Hogescholen erlernt werden (vgl. De Huidtherapeuten 2012, De Haagse Hogeschool 2012). „Huidtherapeuten“ behandeln Patient/-innen mit medizinischen und kosmetischen Hautproblemen, Narben und Ödemen. Zudem sind sie in der Wundversorgung tätig.

3.1.2.2 Die Gesundheitsfachberufe im Kontext der Europäisierung der Bildungssysteme

In den vergangenen ca. zehn Jahren gab es in den Vergleichsländern rege Aktivitäten im Zusammenhang mit der Schaffung des gemeinsamen europäischen Bildungsraums. Dabei stellten und stellen die nicht miteinander kompatiblen (Berufs-)Bildungssysteme eine große Herausforderung dar. Eines der zentralen Ziele in diesem Zusammenhang stellt das „Erreichen hoher Qualität und Innovation in den Berufsbildungssystemen zum Nutzen aller Lernenden [dar], [...] um die europäische Berufsbildung weltweit wettbewerbsfähig zu machen“ (vgl. Communiqué von Maastricht 2004). Als für alle EU-Länder gemeinsamer Orientierungsrahmen für die berufliche Bildung im sekundären und tertiären Sektor dient dabei der Europäische Qualifikationsrahmen (EQR). Er ist mit insg. acht Bildungsniveaus lernergebnis- und kompetenzorientiert konzipiert, wobei das Niveau 6 dem Bachelor- und das Niveau 7 dem Masterabschluss zugeordnet ist.

Speziell für den Hochschulbereich forderte die Bologna-Erklärung bis 2010 die Schaffung eines gemeinsamen europäischen Hochschulraums, welcher auch die Gesundheitsfachberufe mit einzuschließen hatte. In den Vergleichsländern wurde damit begonnen, die bestehenden Studiengänge dem gestuften konsekutiven System mit den beiden Hauptzyklen Bachelor und Master, entsprechend dem vereinbarten „Framework for Qualifications of the European Higher Education Area“, (FQ-EHEA) zuzuordnen (vgl. BWGQF 2005). In diesem Rahmen wurden zudem neue Bachelor- und Masterstudienprogramme – auch für die Gesundheitsfachberufe – konzipiert. Es wurden fachspezifische und Schlüsselkompetenzen definiert, Curricula modularisiert, die zu erwerbende berufliche Kompetenz und Funktion festgelegt sowie die erzielten Leistungen durch das übertragbare Punktesystem (European Credit Transfer System, ECTS) ausgewiesen. Durch die Einführung von Akkreditierungsverfahren wurden Beiträge zur Sicherstellung und Entwicklung der Qualität der Studienprogramme geleistet.

Jedoch ist dieser „europäische [...] Prozess des Vergleichens und Verbreitens von entsprechenden Definitionen, Methoden und Praktiken“ (vgl. Döbert 2002, S. 2), insb. von Kompetenzen und Schlüsselkompetenzen, der gegenseitigen Anerkennung von Bildungsleistungen und der Sicherstellung von vergleichbaren Bildungsniveaus noch nicht abgeschlossen. Die Vergleichsländer haben das o.g. Ziel in unterschiedlichem Maße erreicht. Während F, GB und NL bereits einen Qualifikationsrahmen bezugnehmend auf den EQR geschaffen bzw. ihr bisheriges Qualifikationszu-

ordnungssystem weitgehend umgestellt haben¹⁰, ist dieser Prozess in D und A derzeit nicht abgeschlossen (vgl. BMBF 2012b).

In D ist der Prozess der Zuordnung von Bildungsniveaus und -abschlüssen im Vergleich zum EQR sowie die Schaffung eines darauf bezogenen Nationalen bzw. Deutschen Qualifikationsrahmens (NQR bzw. DQR) derzeit – Stand Ende 2012 – noch nicht beendet. Spitzenvertreter von Bund, Ländern und Sozialpartnern verständigten sich am 31.01.2012 zunächst auf einen Kompromiss. Demzufolge sollen die allgemeinbildenden Schulabschlüsse zunächst nicht dem Qualifikationsrahmen zugeordnet werden. Die Abschlüsse Bachelor und Master finden auf dem Niveau 6 bzw. 7 ihre Ansiedlung und die Promotion auf Niveau 8. Zugleich wurde beschlossen, dass zweijährige berufliche Erstausbildungen auf Niveau 3 und drei- sowie 3,5-jährige Erstausbildungen auf Niveau 4 eingestuft werden. Auf Stufe 5 sollen Fortbildungen verortet werden (vgl. BMBF 2012c; s. Tab. 3.1.5).

Bei der Zuordnung der Qualifikationsniveaus stellt die Inhaltsorientierung der Berufsgesetze und Landesberufsordnungen – und damit insb. auch diejenigen der Ausbildungen der Gesundheitsfachberufe im sekundären Sektor – ein bislang unterschätztes Problem dar, da aus ihnen nicht die entsprechend des EQR bzw. DQR erwarteten und zu erwerbenden Kompetenzen abgelesen und ausgewiesen werden können (vgl. DQR 2012). Demgegenüber zeichnen sich die seit einigen Jahren im Bereich der Pflege, Hebammenkunde und der Therapieberufe vorhandenen Studiengänge, die neben einem berufszulassenden Berufsabschluss auch zu einem ersten akademischen Grad (Bachelor) führen, durch eine fachspezifische und übergreifende Lernergebnis- und Kompetenzorientierung aus. Gleiches gilt für die grundständigen berufszulassenden Bachelorstudiengänge an Hochschulen, die mit den Modellklauseln im Altenpflege- und im Krankenpflegegesetz seit 2003 bzw. 2004 sowie im Hebammen-, Ergotherapeuten-, Logopäden- und Physiotherapeutengesetz seit 2009 möglich sind. Sie werden auf dem Niveau 6 abgeschlossen. Darüber besteht weitgehend Einigkeit.

Hingegen stieß die Zuordnung der dreijährigen staatlich anerkannten Ausbildungsabschlüsse der Ge-

¹⁰ Der Beschluss des Europäischen Parlaments und Rats zur Etablierung des Europäischen Qualifikationsrahmens für Lebenslanges Lernen (EQR) stellt es den Mitgliedstaaten frei, ob und wie sie einen Nationalen Qualifikationsrahmen (NQR) entwickeln (vgl. Hanf 2008, S. 20). Unter den Vergleichsländern hat sich nur NL gegen einen eigenen NQR ausgesprochen und dafür eine Steuergruppe zur Implementierung des EQR eingesetzt (vgl. dazu van Rens 2006). Im Vergleichsland GB verfügen England und Schottland hingegen schon seit Jahren über Qualifikationsrahmen, die z.T. auch der Konstruktion des EQR zugrunde lagen (vgl. Hanf 2008, S. 20).

sundheitsfachberufe (Pflege, Ergotherapie, Logopädie, Orthoptik, Physiotherapie, Hebammenwesen), die im sekundären Bildungssektor erworben werden, innerhalb des DQR auf dem Niveau 4 sowie die Zuordnung der zwei bzw. zweieinhalb Jahre dauernden Ausbildungen (Rettungsassistenz, Podologie, Medizinische/r Bademeister/-in und Masseur/-in) auf dem Niveau 3 des EQR bzw. DQR auf Protest von Seiten der Berufsverbände und Arbeitsgemeinschaften (vgl. z. B. Arbeitsgruppe des DBfK 2011; AG MTG 2012). Sie halten eine Einstufung auf höherem Niveau für angemessen.

In F klammert der nationale Qualifikationsrahmen die schulische Bildung aus und fokussiert die beruflichen Abschlüsse. Somit werden die durch allgemeine Schulabschlüsse erworbenen Kompetenzen nicht ausgewiesen – und damit auch kein Kompetenzniveau unter der Stufe 3 des EQR.

Um die Vielzahl der beruflichen Aus- und Weiterbildungsabschlüsse im sekundären und tertiären Sektor, die in den vergangenen Jahren teilweise inhaltlich und namentlich geändert wurden, systematisch zu erfassen, wurde 2002 per Gesetz ein nationales Komitee (Commission Nationale de la Certification Professionnelle, CNCP) einberufen, das die Entsprechung der einzelnen Qualifikationsstufen gegenüber den Kompetenzstufen des EQR herausgearbeitet hat (vgl. Groupe de travail français du projet 2010).

Bereits auf Hochschulniveau – EQR-Niveau 6 – angesiedelt sind demnach die Ausbildungen in der Logopädie, Ergotherapie, Podologie sowie Krankenpflege. Der Ausbildungsabschluss zur Hebamme wurde in F auf Niveau 7 verortet. Zukünftig soll auch die Ausbildung in MTRA vereinheitlicht und auf Niveau 6 konzipiert werden. Die Ausbildungen MTLA, Diätassistenten und Physiotherapie sind auf Niveau 5 angesiedelt, die Ausbildung PTA auf Niveau 4. Zur Rettungsassistenz und Orthoptik gibt es bisher keine verlässlichen Angaben (vgl. Groupe de travail français du projet 2010; s. Tab. 3.1.4).

In GB, das sich durch unterschiedliche Bildungssysteme in seinen vier Landesteilen auszeichnet und sich bisher am Nationalen Qualifikationsrahmen (*National Qualifications Framework*, NQF) für England, Wales und Nordirland orientierte, wurden drei sog. „National Coordination Points“ (NCP) geschaffen, die in den vergangenen Jahren für den sekundären Bildungssektor eine inhaltliche Entsprechung zwischen dem „Scottish Credit and Qualifications Framework“ (SCQF), dem „Credit and Qualifications Framework for Wales“ (CQFW) und dem „Qualifications and Credit Framework“ (QCF) für England und Nordirland sowie dem EQR ausarbeiteten (vgl. Ofqual 2011).

Im „Qualifications and Credit Framework“ (QCF), der sich an Leistungspunkten (Credit value) und somit am Umfang einer Ausbildung orientiert, wurden inzwischen acht Qualifikationsstufen der beruflichen Bildung ausgewiesen. Dabei entspricht die Stufe 3 des QCF dem Niveau 1 des EQR. So wurde festgelegt, dass sich bspw. der erfolgreiche Abschluss der Sekundarstufe (GCSE mit den Noten A* bis C) der Stufe 2 entspricht bzw. der Abschluss von „A levels“ der Stufe 3 (vgl. Ofqual 2010).

Für den tertiären Bildungsbereich besteht in GB ein eigener Qualifikationsrahmen: „Framework for Higher Education Qualifications“ (FHEQ). Dieser sieht eine Zuordnung von Certificates, Diplomas und Degrees auf den Qualifikationsstufen 4 bis 8 des EQR vor (vgl. QAA 2008) und entspricht im Wesentlichen den Stufen und Zyklen des europäischen FQ-EHEA (Framework for Qualifications of the European Higher Education Area). Die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen erfolgen in GB (inzwischen) fast ausschließlich universitär und sehen überwiegend einen Bachelorabschluss¹¹ vor. Entsprechend sind diese auf der Stufe 6 des EQR angesiedelt (vgl. UK Government 2010). Ausnahmen bilden die Ausbildungen in der Rettungsassistenz und in der PTA, die mit Abschlüssen unterhalb des Bachelor-Niveaus enden und den EQR-Niveaus 5 bzw. 4 zugeordnet wurden (vgl. Ofqual 2010; UK Government 2010).

Auch in NL wurden – ähnlich wie in GB – die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen nahezu durchgängig auf Bachelorebene und damit auf EQR-Niveau 6 angesiedelt. Ausnahmen bilden die Krankenpflegeausbildung im MBO-Bereich¹² mit einer Zuordnung zum EQR-Niveau 5 sowie die MTLA- und PTA-Ausbildungen im MBO-Bereich mit einer Zuordnung zum EQR-Niveau 4. Hinsichtlich des EQR-Niveaus der Ausbildung zur Rettungsassistenz (Ambulanceverpleegkundige) gibt es keine Angaben. Es handelt sich um eine Weiterbildung, die an die Pflegeausbildung anschließt (vgl. van Rens 2006).

In A wurden etwa drei Viertel aller Gesundheits-(fach)berufsausbildungen dem EQR-Niveau 6 zugeordnet. Die Zuordnung der anderen Berufsqualifikationen

11 In England, Nordirland und Wales werden dabei fast ausschließlich „Bachelor Degrees (Honours)“ (kurz: Bachelor Hons) verliehen. Ein Honours-Degree zeichnet sich durch eine hohe fachliche Spezialisierung oder durch das Belegen von Modulen eines höheren akademischen Niveaus aus (vgl. EuroEducation.Net 2005).

12 In NL bestehen zwei Ausbildungsvarianten in der Pflege, die zum Abschluss auf dem Niveau der Pflegefachperson führen; zum einen eine Ausbildung an regionalen Ausbildungszentren (ROCs) als mittlerer Berufsbildungsweg (MBO) und zum anderen an Hogescholen als höherer Berufsbildungsweg (HBO) (s. dazu auch Kap. 3.2.1 und Anhang A 13).

Tabelle 3.1.4: EQR-Niveau der Abschlüsse in den Gesundheitsfachberufen in den Vergleichsländern

	Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Niederlande	Österreich
Niveau 3	<ul style="list-style-type: none"> - Rettungsassistent^{a)} - Medizinische/r Bademeister und Masseur/in^{a)} - Podologie^{a)} 	--	--	--	<ul style="list-style-type: none"> - Fußpflege
Niveau 4	<ul style="list-style-type: none"> - MTLA^{a)} - MTRA^{a)} - MTAF^{a)} - PTA^{a)} - Diätassistent^{a)} - Logopädie^{a)} - Ergotherapie^{a)} - Physiotherapie^{a)} - Orthoptik^{a)} - Hebammenkunde^{a)} - Gesundheits- und Krankenpflege^{a)} - Gesundheits- und Kinderkrankenpflege^{a)} - Altenpflege^{a)} 	<ul style="list-style-type: none"> - PTA 	<ul style="list-style-type: none"> - PTA 	<ul style="list-style-type: none"> - MTLA (MBO)^{c)} - PTA 	--
Niveau 5		<ul style="list-style-type: none"> - MTLA - MTRA - Diätassistent - Physiotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> - Rettungsassistent (FdD/DHE)^{c)} 	<ul style="list-style-type: none"> - Krankenpflege (MBO) 	<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheits- und Krankenpflege^{d)} - Kinder- u. Jugendlichenpflege^{d)} - Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege^{d)}
Niveau 6	<ul style="list-style-type: none"> - Logopädie^{b)} - Ergotherapie^{b)} - Physiotherapie^{b)} - Hebammenkunde^{b)} - Gesundheits- und Krankenpflege^{b)} - Gesundheits- und Kinderkrankenpflege^{b)} - Altenpflege^{b)} 	<ul style="list-style-type: none"> - Logopädie - Ergotherapie - Podologie - Krankenpflege 	<ul style="list-style-type: none"> - MTLA - MTRA - MTAF - Rettungsassistent (BSc Hons)^{d)} - Diätassistent - Logopädie - Ergotherapie - Physiotherapie - Orthoptik - Podologie - Hebammenkunde - Krankenpflege 	<ul style="list-style-type: none"> - MTLA (HBO)^{c)} - MTRA - MTAF - Diätassistent - Logopädie - Ergotherapie - Physiotherapie - Orthoptik - Podologie - Hebammenkunde - Krankenpflege (HBO) 	<ul style="list-style-type: none"> - MTLA - MTRA - Diätassistent - Logopädie - Ergotherapie - Physiotherapie - Orthoptik - Hebammenkunde - Gesundheits- und Krankenpflege^{d)}
Niveau 7		<ul style="list-style-type: none"> - Hebammenkunde 			
nicht abschließend festgelegt		<ul style="list-style-type: none"> - Rettungsassistent - Orthoptik 		<ul style="list-style-type: none"> - Rettungsassistent 	<ul style="list-style-type: none"> - Rettungsassistent - Medizinische/-r Masseur/-in/ Heilmasseur/-in

Die landesspezifischen Bezeichnungen der Berufe können der Tabelle 1.1 entnommen werden.

a) Die Einordnung hat vorläufigen Charakter; zum Entwurf der Zuordnungen für Deutschland s. Ausführungen im Text.

b) Einordnung für Ausbildungsabschlüsse im Hochschulsektor nach den Regelungen der Modellklauseln in den Berufsgesetzen (vgl. AltPflG 2003; ErgThG 1976; HebG 1994; KrPflG 2003; LogoPG 1980 und MPhG 1994).

c) Rettungsassistent (FdD/DHE) und (BSc Hons): In GB sind drei Ausbildungswege mit drei separaten Abschlüssen in der Rettungsassistent möglich: FdD steht für „Foundation Degree“, DHE für „Diploma Higher Education“ und BSc Hons für „Bachelor Degree Honours“. Näheres zur Ausbildung in der Rettungsassistent (im Ländervergleich) s. Anhang A 5.

d) Die Zuordnung auf Niveau 5 gilt für Pflegeausbildungen im sekundären Bildungssektor und auf Niveau 6 im tertiären Bereich (s. auch Anhang A 13.1).

ist noch nicht abschließend geklärt. Dazu zählen die Rettungsassistenten, Fußpflege, Medizinische/r (Heil-) Masseur/-in sowie die drei Pflegeberufe (vgl. BMUKK und BMWF 2009).

3.1.3 Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen

Im Gegensatz zu D wird in den Vergleichsländern F, GB, NL und A überwiegend für die Aufnahme einer Ausbildung bzw. eines Studiums in einem Gesundheits(fach)-beruf eine allgemeine oder eine fachgebundene Hochschulzugangsberechtigung mit i. d. R. zwölf Jahren allgemeiner Schulbildung vorausgesetzt.

In D hingegen genügen i. d. R. eine erfolgreich abgeschlossene zehnjährige Schulbildung (Mittlere Reife oder erweiterter Hauptschulabschluss) oder ein Hauptschulabschluss in Kombination mit einer mind. zweijährigen Berufsausbildung. Ein Hauptschulabschluss bzw. der erfolgreiche Abschluss der neunten Schulstufe wird für die Ausbildung als Medizinische/-r Bademeister/-in und Masseur/-in sowohl in D als auch als Medizinische/-r (Heil-)Masseur/-in in A erwartet. Diese Zugangsvoraussetzung trifft in A auch für die Ausbildung in der Rettungsassistenten, der Fußpflege und der Notfallsanitäter/-in zu. Einen Überblick über die gesetzlich verankerten schulischen Zugangsvoraussetzungen zu den einzelnen Berufen in den Vergleichsländern vermittelt Tabelle 3.1.5.

Der Vergleich der Zugangsvoraussetzungen zu den Ausbildungen zwischen den einzelnen Ländern kann nicht allein quantitativ auf der Basis der Schulbildungsdauer und -abschlüsse vorgenommen werden. Ein solcher Vergleich würde zu kurz greifen, u. a. deshalb, weil in manchen Ländern neben der allgemeinen „Bildungsbeteiligung“ (vgl. Schneider 2008b) bzw. der Anzahl von Schuljahren zusätzlich die Anzahl von Wahlpflichtfächern (wie bspw. in GB) und die Qualität der Fachnoten (ebenfalls wie bspw. in GB) oder auch die Art der Schule und deren fachliche Schwerpunktsetzung (bspw. in NL und A) den Zugang zu einem Gesundheitsberuf eröffnen.

Auch eine Gegenüberstellung der Zugangsvoraussetzungen zu den Gesundheitsberufen im Ländervergleich mittels der Kodierung in ISCED 97 (vgl. BMBF 2012b; s. Tab. 3.1.6) und eine genaue Unterscheidung der Niveaustufen des Sekundarbereichs II und des Tertiärbereichs sind nicht ohne Probleme möglich, da diese häufig auf die gleichen Bildungsabschlüsse zutreffen und sowohl „veraltete“ Schulabschlüsse als auch „äquivalente“ aktuelle Qualifikationen“ derselben Kategorie zugeordnet werden (vgl. Schneider 2008b). So führt der länderübergreifende Vergleich sowohl

der ISCED 97-Bildungsniveaus als auch der Schulbildungsdauer zu unterschiedlichen Ergebnissen und eine daraus gezogene Schlussfolgerung hinsichtlich des Zugangs zu Berufsausbildungen und -abschlüssen erweist sich leicht als irreführend (vgl. Schneider 2008a).

Neben der Definition schulischer Zugangsvoraussetzungen bestehen in den Vergleichsländern auch alternative und ergänzende Zugangsbedingungen. So ist z. B. in D, F und A ein Mindestalter von 17 (in A) bzw. 18 Jahren (in D, F) vorgesehen, um die Ausbildung in der Rettungsassistenten beginnen zu können. Besonders in GB spielt darüber hinaus die Möglichkeit der Anerkennung außerschulischer Lernerfahrungen (Accreditation of Prior Learning) eine Rolle (vgl. QAA 2004). Dadurch wird es für viele Interessierte möglich, trotz formal nicht hinreichender schulischer Zugangsvoraussetzungen eine entsprechende Ausbildung bzw. ein Studium aufzunehmen.

Tabelle 3.1.5: Ausbildungsspezifische schulische Zugangsvoraussetzungen zu den Gesundheitsfachberufen in den Vergleichsländern

	Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Niederlande	Österreich
Hauptschulabschluss bzw. erfolgreicher Abschluss der neunten Schulstufe	<ul style="list-style-type: none"> – Medizinische Bademeister & Masseur 				<ul style="list-style-type: none"> – Rettungsassistenz – Notfallsanitäter) – Medizinische (Heil-)Masseur – Fußpflege
Mittlerer Schulabschluss <i>ODER</i> abgeschlossene zehnjährige Schulbildung (sowie in Bezug auf Deutschland alternativ: Hauptschulabschluss <i>UND</i> mind. 2-jährige, erfolgreich abgeschlossene Berufsausbildung, z. B. als Krankenpflegehelfer)	<ul style="list-style-type: none"> – MTLA – MTRA – MTAF – PTA – Diätassistent – Logopädie^{a)} – Ergotherapie^{a)} – Physiotherapie^{a)} – Orthoptik – Podologie – Hebammenkunde – Gesundheits- und Krankenpflege^{a)} – Gesundheits- und Kinderkrankenpflege^{a)} – Altenpflege^{a)} 		<ul style="list-style-type: none"> – PTA – Rettungsassistenz 	<ul style="list-style-type: none"> – MTLA (MBO-Ausbildung) – PTA 	<ul style="list-style-type: none"> – Gesundheits- und Krankenpflege^{d)} – Kinder- und Jugendlichenpflege^{d)} – Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege^{d)}
Allgemeine oder fachgebundene Hochschulzugangsberechtigung nach i. d. R. zwölf Schuljahren <i>ODER</i> Hochschulzugangsprüfung		<ul style="list-style-type: none"> – MTLA – MTRA – PTA – Diätassistent (DUT & BTS)^{d)} – Logopädie – Ergotherapie – Physiotherapie – Orthoptik – Podologie – Krankenpflege 	<ul style="list-style-type: none"> – MTLA – MTRA – MTAF – Diätassistent – Logopädie – Ergotherapie – Physiotherapie – Orthoptik – Podologie – Hebammenkunde – Krankenpflege 	<ul style="list-style-type: none"> – MTLA – MTRA – MTAF – Diätassistent – Logopädie – Ergotherapie – Physiotherapie – Orthoptik – Podologie – Hebammenkunde – Krankenpflege (HBO & MBO) 	<ul style="list-style-type: none"> – MTLA – MTRA – Diätassistent – Logopädie – Ergotherapie – Physiotherapie – Orthoptik – Hebammenkunde – Gesundheits- und Krankenpflege^{a)}
Allgemeine Hochschulreife <i>UND</i> Gemeinsames Gesundheitsstudienjahr ¹⁸		<ul style="list-style-type: none"> – Hebammenkunde 			

Die landesspezifischen Bezeichnungen der Berufe können der Tabelle 1.1 entnommen werden.

a) Regulär findet die Ausbildung überwiegend im sekundären Bildungssektor statt, wofür ein mittlerer Schulabschluss nachzuweisen ist. Für die Ausbildung in Form von Studiengängen nach den Modellklauseln in den benannten Berufen wird (mit individuellen Ausnahmen) eine Hochschulzugangsberechtigung vorausgesetzt.

b) Ergänzend ist für die Zulassung zur Ausbildung als Notfallsanitäter/-in ein Abschluss als Rettungsassistent/-in nachzuweisen (s. Anhang A 5).

c) Für die Zulassung zu den drei Pflegeausbildungen in A wird ein mittlerer Schulabschluss vorausgesetzt, sofern die Ausbildung im sekundären Sektor verortet ist. Bei einer – gleichfalls und zunehmend möglichen – Pflegeausbildung im Hochschulsektor ist (mit Ausnahmen) eine Hochschulzugangsberechtigung nachzuweisen (s. Anhang A 13).

d) Diätassistent (DUT & BTS): In F bestehen zwei Ausbildungswege mit zwei separaten Abschlüssen in der Diätassistent.

Tabelle 3.1.6: Dauer der als Zugangsvoraussetzung definierten allgemeinen Schulbildung zu den Gesundheitsfachberufen in den Vergleichsländern

	Primarbereich (Dauer in Jahren)	Sekundarbereich I (Dauer in Jahren)	Sekundarbereich II (Dauer in Jahren)	Gesamtdauer (in Jahren)	Schulabschluss	ISCED 97 Bildungsniveau	Zugangsvoraussetzung für Ausbildung(en)
D	4 (Pflicht: i. d. R. ab Alter von 6 Jahren)	6	–	10	Realschulabschluss	2A	in allen Gesundheitsfachberufen
		5	2	11	Hauptschulabschluss <i>und</i> eine mind. 2-jährige Berufsausbildung	3B	
F	5 (Pflicht: i. d. R. ab Alter von 6 Jahren)	4	3	12	Baccalauréat ^{a)}	3A	in allen Gesundheitsfachberufen, außer Rettungsassistenten
			4	13	Baccalauréat ^{a)}	3B	
G	7 (Pflicht: i. d. R. ab Alter von 5 Jahren)	4	2	13	GCSE ^{b)}	3C	in allen Gesundheitsfachberufen
					GCE A-Levels	3A, 3C	
NL	7 (Pflicht: i. d. R. ab Alter von 5 Jahren)	4	–	11	VMBO ^{c)}	2B	MTLA (MBO) und PTA
		3	2 ¹⁾	12	HAVO ^{d)}	3A	in allen Gesundheitsfachberufen, außer für MTLA (MBO-Stufe) und PTA
			3 ¹⁾	13	VWO ^{e)}	3A	
		4 ²⁾	4	15	MBO (4) ^{f)}	3A	
A	4 (Pflicht: i. d. R. ab Alter von 6 Jahren)	4	1	9 ³⁾	Hauptschulabschluss bzw. erfolgreicher Abschluss der 9. Schulstufe	2	Rettungsassistenten, Notfallsanitäter, Medizinische (Heil-) Masseure, Fußpflege
			2-4	10-12	Abschlussprüfung (BMS) ^{g)}	3B	Gesundheits- und Krankenpflege, Kinder- und Jugendlichenpflege, Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege
			4	12	Reifeprüfung	3A	MTLA, MTRA, Diätassistenten, Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Orthoptik, Hebammenkunde
			5	13	Reife- und Diplomprüfung	3A/4A	

(eigene Darstellung nach Schneider 2008b; ibw 2011)

Die landesspezifischen Bezeichnungen der Berufe können der Tabelle 1.1 entnommen werden. Zu den in der Tabelle genannten Abschlüssen s. Kapitel 3.1.1.

a) Baccalauréat: das französische Abitur

e) VWO: Voorbereidend wetenschappelijk onderwijs

b) GCSE: General Certificate of Secondary Education

f) MBO: Middelbaar Beroepsonderwijs

c) VMBO: Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs

g) BMS: Abschluss einer Berufsbildenden Mittleren Schule

d) HAVO: Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs

1 Ohne MBO-Abschlüsse, die sich an die vier Jahre in Sekundarstufe I anschließen und eine weitere 1- bis 4-jährige Ausbildung umfassen, die auch noch zur Sekundarstufe II zählt.

2 Die Grenze zwischen Sekundarstufe I und II ist nicht einheitlich nach Jahren gezogen.

3 Es bestehen neun Jahre Schulpflicht.

3.1.4 Ausbildungsabschlüsse und Durchlässigkeit in den Bildungssystemen

Die Ausbildungsdauer in den einzelnen Berufen in den Vergleichsländern variiert z.T. deutlich. Einen Eindruck vermittelt Tabelle 3.1.7.

In D führen alle Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen – unabhängig davon, wie lang die regulär gesetzlich verankerte Ausbildungsdauer ist – zu einem staatlich anerkannten Abschluss im sekundären Bildungssektor und der Berechtigung zum Führen der jeweiligen Berufsbezeichnung (s. Tab. 3.1.8 & 3.1.9).

Gleiches gilt für primärqualifizierende Modellstudiengänge in den Pflegeberufen, in den Therapieberufen (Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie) sowie in der Hebammenkunde (s. im Detail Anhang A 1-A 13). Dabei erlangen die Absolvent/-innen hier einen Bachelorabschluss, der den Zugang zu weiterführenden Bildungs- und Karrierewegen im Bereich der Forschung, des Managements, der Bildung sowie zunehmend auch für Aufgaben in der unmittelbaren Patient/-innenversorgung auf tertiärem Niveau ermöglicht.

In F wird etwa die Hälfte der Ausbildungsabschlüsse von Gesundheitsfachberufen (noch) im sekundären Bildungssektor erworben. Dazu gehören die Abschlüsse für die MTLA (DETAB und BTS), MTRA, PTA, Rettungsassistent, Diätassistent und Physiotherapie. Im tertiären Bildungssektor werden die Abschlüsse für die Logopädie, Ergotherapie, MTLA (DUT), Orthoptik, Podologie sowie Krankenpflege erworben. Eine grundlegende Reform der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen, insb. der Pflegeausbildung im Jahr 2009, der Hebammen- und Ergotherapie-Ausbildung im Jahr 2010 und anschließend der Podologieausbildung im Jahr 2011, führte zu deren Anhebung auf das universitäre Niveau (vgl. MSS 2010). Mit dem Studienjahr 2012/2013 sollte auch die Physiotherapie-Ausbildung auf dem tertiären Niveau angesiedelt werden, allerdings wurde dieser Schritt bisher nicht vollzogen (Stand: 10/2012) (s. auch Anhang A 9). Gleiches gilt für die Angleichung des bisherigen Ausbildungswegs für MTRA (s. dazu auch Anhang A 2). Eine Besonderheit im Ländervergleich stellt in F die Ausbildung zur Hebamme dar, die nach Abschluss des 2011 begonnenen, neuen Studienprogramms als Einzige mit einem Master-Abschluss endet.

In GB, NL und A kann zum Abschluss fast aller Ausbildungen ein Bachelorgrad erzielt werden, in GB auch ein Bachelor of Honours.¹³ Insbesondere in GB er-

öffnen sich dadurch in allen Fachbereichen zahlreiche und fachlich unterschiedliche Spezialisierungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten, die sehr häufig mit einer zum Teil erheblichen Kompetenz- und Autonomieerweiterung, wie z. B. Verschreibungsrechte für bestimmte Medikamente einhergehen (s. auch Kap. 4.2.3).

Dagegen sind akademische Weiterbildungen in NL und A noch im Aufbau und bisher zahlenmäßig begrenzt vorhanden. In A werden vorzüglich *Masterlehrgänge* als „Sonderausbildungskurse“ angeboten, die zwar einen Masterabschluss verleihen und auf Lehr- und Managementtätigkeiten vorbereiten, jedoch nicht nahtlos in ein Promotionsstudium führen.

Ausnahmen der akademischen Bildung sind in diesen Ländern die Ausbildungen in der PTA (GB, NL), Rettungsassistent (GB, NL, A), Fußpflege (A) und die Ausbildung zum/zur Medizinischen (Heil-)Masseur/-in (A), die unterhalb des Bachelorniveaus abschließen.

Eine weitere Besonderheit stellen in NL die regulären Ausbildungen sowohl für die Medizinisch-technische Laborassistent als auch für die Gesundheits- und Krankenpflege dar, welche innerhalb und außerhalb des Hochschulsektors absolviert werden können. Für die Ausbildungen außerhalb des Hochschulbereichs gilt dabei für die MTLA, dass sich diese auf jeweils eines von mehreren Teilgebieten des jeweiligen Fachs beschränken, während die Studiengänge die Teilgebiete in einem Fach breit abdecken.¹⁴

Ähnlich verhält es sich derzeit in A in Bezug auf die Pflegeausbildung. A wie D – und das hier nicht untersuchte Luxemburg – sind die letzten EU-Länder, in denen der regelhafte Zugang zur Berufsausübung die Ausbildung im sekundären Bildungssektor ist (Rap-pold 2008, S. 147). Eine Pflegeausbildung auf tertiärem Niveau wird in A bislang nur in einigen Bundesländern angeboten. Abschlüsse in der Kinder- und Jugendlichenpflege sowie in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege sind in A ausschließlich im sekundären Bildungssektor angesiedelt.

durch das Belegen von Modulen eines höheren akademischen Niveaus aus. In Schottland wird ein Honours-Degree i. d. R. grundsätzlich erst nach vier Studienjahren verliehen (vgl. EuroEducation.Net 2005).

14 Auch für die Medizinisch-technische Radiologieassistent bestehen in NL zwei Ausbildungen außerhalb des Hochschulbereichs. Da sie jedoch weniger als 10% der Absolventenzahlen hervorbringen und sich die Weiterentwicklung der Ausbildung für die MTRA auf den Hochschulbereich fokussiert, wurden diese Ausbildungen nicht im Detail analysiert.

13 In England, Nordirland und Wales werden fast ausschließlich Bachelor Degrees (Honours) (kurz: BSc Hons) nach drei bzw. vier Studienjahren vergeben. Ein Honours-Degree zeichnet sich dort durch eine höhere fachliche Spezialisierung oder

Tabelle 3.1.7: Dauer der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im Ländervergleich

	Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Niederlande	Österreich
MTA-Labor	3 Jahre	BTS, DUT: 2 J. DETAB: 3 Jahre	3 und z. T. 4 Jahre	MBO: 3 Jahre HBO: 4 Jahre	3 Jahre
MTA-Radiologie	3 Jahre	3 Jahre	alle 3 Abschlüsse: 3 und z. T. 4 Jahre	4 Jahre	3 Jahre
MTA-Funktionsd.	2 Jahre		alle 4 Abschlüsse: 3 und z. T. 4 Jahre	4 Jahre	
PTA	2,5 Jahre	2 Jahre	i. d. R. 2 Jahre)	1,5-2,5 Jahre (je nach Ausbildungsprogramm und -ort)	
PTA	2,5 Jahre	2 Jahre	i. d. R. 2 Jahre)	1,5-2,5 Jahre (je nach Ausbildungsprogramm und -ort)	
Rettungsassistent	2 Jahre	4 Jahre	3 und z. T. 4 Jahre	8 Monate (nach einem MBO- o. HBO- Abschluss Pflegefachperson)	2 Jahre
Diätassistent	3 Jahre	BTS, DUT: 2 Jahre	3 und z. T. 4 Jahre	4 Jahre	3 Jahre
Logopädie	Regelfall: 3 Jahre Modellklausel: 3,5 Jahre o. länger	3 Jahre	3 und z. T. 4 Jahre	4 Jahre	3 Jahre
Ergotherapie	Regelfall: 3 Jahre Modellklausel: 3,5 Jahr o. länger	3 Jahre	3 und z. T. 4 Jahre	4 Jahre	3 Jahre
Physiotherapie	Regelfall: 3 Jahre Modellklausel: 3,5 Jahre o. länger	3 Jahre	3 und z. T. 4 Jahre	4 Jahre	3 Jahre
Med. Bademeister	2 Jahre				2 Jahre
Orthoptik	3 Jahre	3 Jahre	3 und z. T. 4 Jahre	4 Jahre	3 Jahre
Podologie	2 Jahre	3 Jahre	3 und z. T. 4 Jahre	4 Jahre	2 Jahre
Hebammenkunde	Regelfall: 3 Jahre Modellklausel: 3,5 Jahre o. länger	5 Jahre	3 und z. T. 4 Jahre	4 Jahre	3 Jahre
Ges.- u. Krankenpflege	Regelfall: 3 Jahre Modellklausel: 3,5 Jahre o. länger	3 Jahre	3 und z. T. 4 Jahre	MBO: 3 o. 4 Jahre HBO: 4 Jahre	Regelfall: 3 Jahre Modelle: 3 Jahre oder mehr
Ges.- u. Kinderkrankenpflege	Regelfall: 3 Jahre Modellklausel: 3,5 Jahre o. länger	4 Jahre	3 und z. T. 4 Jahre		3 Jahre
Altenpflege	Regelfall: 3 Jahre Modellklausel: 3,5 Jahre o. länger				

Die landesspezifischen Bezeichnungen der Berufe können der Tabelle 1.1 entnommen werden.

Grau gekennzeichnete Felder: Hier gibt es kein dem deutschen Ausbildungsberuf entsprechendes Qualifikationsprofil.

a) Die Ausbildung findet als ein „training on the job“, d. h. in die Berufstätigkeit integriert statt. Die theoretischen Ausbildungsanteile im Umfang von 720 Stunden werden berufsbegleitend besucht. Je nach Ausbildungsort können diese i. d. R. über einen Zeitraum von zwei, mitunter aber auch von vier Jahren verteilt sein (vgl. GPC 2012).

Tabelle 3.1.8: Zuordnung der berufszulassenden Abschlüsse zu den Bildungssektoren in den Vergleichsländern

	Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Niederlande	Österreich
Staatlich anerkannter Ausbildungsabschluss – erworben außerhalb des Hochschulsektors	<ul style="list-style-type: none"> - MTLA - MTRA - MTAF - PTA - Rettungsassistenz - Diätassistenz - Logopädie - Ergotherapie - Physiotherapie - Medizinische/r Bademeister/-in und Masseur/-in - Orthoptik - Podologie - Hebammenkunde - Gesundheits- und Krankenpflege - Gesundheits- und Kinderkrankenpflege - Altenpflege 	<ul style="list-style-type: none"> - MTLA^{a)} - MTRA - PTA - Rettungsassis- tenz - Diätassistenz - Physiotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> - PTA - Rettungsassis- tenz (FdD/DHE) 	<ul style="list-style-type: none"> - MTLA (MBO) - PTA - Rettungsassis- tenz - Krankenpflege (MBO) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rettungsassis- tenz/ - Notfallsanitäter - Medizinische/r Heilmasseur/-in - Fußpflege - Gesundheits- u. Krankenpflege Kinder- und Jugendlichen- pflege - Psychiatr. Ges.- u. Krankenpflege
Staatlich anerkannter Ausbildungsabschluss – erworben im Hochschulsektor (i. d. R. auf Bachelor-ebene)	<ul style="list-style-type: none"> - Logopädie^{b)} - Ergotherapie^{b)} - Physiotherapie^{b)} - Hebammen^{b)} - Gesundheits- und Krankenpflege^{b)} - Gesundheits- und Kinderkranken- pflege^{b)} - Altenpflege^{b)} 	<ul style="list-style-type: none"> - MTLA^{a)} - Logopädie - Ergotherapie - Orthoptik - Podologie - Krankenpflege 	<ul style="list-style-type: none"> - MTLA - MTRA - MTAF - Rettungsassis- tenz (BSc Hons) - Diätassistenz - Logopädie - Ergotherapie - Physiotherapie - Orthoptik - Podologie - Hebammenkunde - Krankenpflege 	<ul style="list-style-type: none"> - MTLA (HBO) - MTRA - MTAF - Diätassistenz - Logopädie - Ergotherapie - Physiotherapie - Orthoptik - Podologie - Hebammen- kunde - Krankenpflege (HBO) 	<ul style="list-style-type: none"> - MTLA - MTRA - Diätassistenz - Logopädie - Ergotherapie - Physiotherapie - Orthoptik - Hebammen- kunde - Gesundheits- und Kranken- pflege
dabei Abschluss auf Masterebene	--	Hebammenkunde	--	--	--

Die landesspezifischen Bezeichnungen der Berufe können der Tabelle 1.1 entnommen werden.

a) In F gibt es für die Medizinisch-technische Laborassistenz drei verschiedene Abschlüsse. Davon werden die Abschlüsse DETAB (Diplôme d'Etat de Techniciens en analyses biomédicales) und BTS (Brevet de techniciens supérieur Analyses de biologie médicale) außerhalb und der Abschluss DUT (Diplôme universitaire de technologie d'analyses biologiques et biochimie) im Hochschulsektor erworben.

b) Dies gilt für die primärqualifizierenden Studiengänge nach den Modellklauseln in den Berufsgesetzen – seit 2003/04 für die Altenpflege und die Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflege (vgl. AltPflG 2003 und KrPflG 2003) sowie seit 2009 für die Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und die Hebammenkunde (vgl. ErgThG 1976; LogopG 1980; HebG 1994; MPhG 1994).

Tabelle 3.1.9: Berufszulassende Abschlüsse der Gesundheitsfachberufe, die der Bachelor-Stufe entsprechen bzw. unter- oder oberhalb davon angesiedelt sind

	Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Niederlande	Österreich
MTA-Labor	<	alle 3 Abschlüsse: <	ja	alle 3 MBO-Abschlüsse: < HBO-Abschluss: ja	ja
MTA-Radiologie	<	<	alle 3 Abschlüsse: ja	beide MBO-Abschlüsse: < HBO-Abschluss: ja	ja
MTA-Funktionsd.	<		alle 4 Abschlüsse: ja	alle 3 Abschlüsse: ja	
PTA	<	<	für die verschiedenen Abschlüsse: <	<	
Rettungsassistentz	<	<	FdD, DHE: < BSc Hons: ja)	< c)	<
Diätassistentz	<	beide Abschlüsse: <	ja	ja	ja
Logopädie	Regelfall: < Modellklausel: ja	ja	ja	ja	ja
Ergotherapie	Regelfall: < Modellklausel: ja	ja	ja	ja	ja
Physiotherapie	Regelfall: < Modellklausel: ja	<	ja	ja	ja
Med. Bademeister	<				<
Orthoptik	<	ja	ja	ja	ja
Podologie	<	ja	ja	ja	<
Hebammenkunde	Regelfall: < Modellklausel: ja	>d)	ja	ja	ja
Ges.- u. Kr.-pfl.	Regelfall: < Modellklausel: ja	ja	ja	MBO: < HBO: ja	Regelfall: < Modelle: ja
Ges.- u. Kinderkr.	Regelfall: < Modellklausel: ja	ja	ja	MBO: < HBO: ja	<
Altenpflege	Regelfall: < Modellklausel: ja				

Die landesspezifischen Bezeichnungen der Berufe können der Tabelle 1.1 entnommen werden.

Grau gekennzeichnete Felder: Hier gibt es kein dem deutschen Ausbildungsberuf entsprechendes Qualifikationsprofil.

ja: berufszulassender Abschluss entspricht der Bachelor-Stufe

< berufszulassender Abschluss unterhalb der Bachelor-Stufe

> berufszulassender Abschluss oberhalb der Bachelor-Stufe

a) Einordnung für Ausbildungsabschlüsse im Hochschulsektor nach den Regelungen der Modellklauseln in den Berufsgesetzen (vgl. ErgThG 1976; LogoPG 1980; HebG 1994; MPHg 1994; KrPflG 2003 und AltPflG 2003)

b) In der Rettungsassistentz sind in GB drei Abschlüsse möglich. Dabei enden die Ausbildungen mit einem Foundation Degree (FdD) und Diploma in Higher Education (DHE) unterhalb der Bachelor-Stufe; der dritte Weg hingegen führt zu einem Bachelorabschluss.

c) Die Qualifizierung in der Rettungsassistentz in NL erfolgt auf der Basis eines Abschlusses als Pflegefachperson auf MBO- oder auf HBO-Ebene, d. h. auf der Basis eines Abschlusses unterhalb oder auf Bachelor-Stufe. Der Abschluss „ambulanceverpleegkundige“ selbst hat keinen Bachelor-Status.

d) Das Studium in der Hebammenkunde in F stellt mit seinem berufszulassenden Abschluss auf Masterniveau eine Besonderheit dar (s. auch Anhang A 12).

Gewährleistung und Verbesserung der Durchlässigkeit in den (Gesundheits-)Berufsbildungssystemen

Nicht zuletzt, um die Begabungsreserven der Absolvent/-innen auszuschöpfen und den ausbildungsbezogenen Kompetenzerwerb mit zukünftigen beruflichen Aufgaben abzustimmen, wird eine Optimierung des Bildungssystems gefordert (vgl. Greinert 2008a). Dabei gilt es u. a. Ausbildungsmodelle zu konstruieren, die unterschiedliche Bildungsstufen – einschließlich von Assistenten-/Helferqualifikationen (s. Tab. 3.1.10) – berücksichtigen. Zudem sollen sie horizontale, diagonale und vertikale Durchlässigkeit bzw. Anschlussfähigkeit gewährleisten, indem sie i. S. des lebenslangen Lernens Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten mit bedenken (vgl. Meifort 2004; Landenberger, 2005; Darmann 2006).

Die Leitkategorie des *lebenslangen Lernens*, die seit 2006 für alle Berufsbildungssysteme der EU gilt (vgl. Brater 2010, S. 831) und die Anschlussfähigkeit i. S. systematischer Weiterentwicklungswege über die jeweiligen Bildungsniveaus und die Grenzen der Bildungssektoren hinweg gewährleisten soll, ist im Vergleich der hier untersuchten Länder und bezogen auf die Gesundheitsfachberufe in GB am weitesten vorangeschritten (s. auch Anhang A 1-A 13).

Beispielsweise gibt es in GB für die Angestellten des Nationalen Gesundheitsdienstes (National Health Service, NHS) das Konzept einer Kompetenz- bzw. Karriereleiter, den „Careers Framework for Health“, das für jede Stufe (Level) sowohl die Qualifikationsanforderung als auch die entsprechenden zulässigen Aufgaben spezifiziert (vgl. NHS Careers 2012i; s. Abb. 3.2).

Das NHS-Stufenkonzept berücksichtigt die Positionen in klinisch orientierten Tätigkeitsbereichen sowie in Forschung, Lehre und Management (vgl. NHS Careers 2012i; Scottish Government 2010). Es wurde in der zweiten Hälfte der 2000er-Jahre entwickelt und stellt ein Element innerhalb einer umfangreichen Strategie zur zukunftsicheren Gestaltung des Gesundheitssystems dar. Es soll der Unübersichtlichkeit der zahlreichen und auf unterschiedlichsten Niveaus angesiedelten Abschlüsse und Kompetenzen der Gesundheitsberufe in GB Abhilfe schaffen und für die Gestaltung zukünftiger Qualifizierungskonzepte, einschließlich der Definition der zu erwerbenden Ziele und Kompetenzen, Orientierung bieten. Darüber hinaus bildet es v. a. als Personalentwicklung- und -bindungsinstrument Entwicklungsmöglichkeiten sowohl in horizontaler als auch vertikaler Richtung transparent ab (vgl. NHS 2012j). Für einzelne Disziplinen, z. B. für die Pflege oder die Radiologietechnologie,

wurden auf dieser Basis detaillierte Rahmenkonzepte der Qualifikations- und Kompetenzstufen ausgearbeitet (vgl. DH 2003; NHS 2010; s. auch Anhang A 9.2).

Die im Zuge der Brügge-Kopenhagen-Strategie zentrale europäische Forderung nach der Umsetzung des Konzepts des lebenslangen Lernens und damit verbunden nach einer verstärkten Kooperation zwischen den Bildungsbereichen zur Gewährleistung bzw. Verbesserung der Durchlässigkeit der Bildungsstrukturen ist v. a. auch im deutschen Kontext relevant. Dies ist deshalb so, weil sich hier das nichtakademische Berufsbildungssystem und die Ausbildung im Hochschulsystem bislang durch eine ausgeprägte Trennung auszeichnen (vgl. Konsortium Bildungsberichterstattung 2006, S. 101) (s. auch Kap. 3.1.1).

Jedoch lassen sich in den letzten Jahren eine zunehmende Öffnung der Grenzen und eine Flexibilisierung von Bildungswegen (in D) erkennen. Sie kristallisieren sich z. B. in Form einer Zunahme dualer Studiengänge in der Verbindung von betrieblicher Ausbildung und (meistens) Fachhochschulstudium, sowie in Form einer gegenseitigen Anerkennung der jeweils im anderen Bereich erworbenen Kompetenzen¹⁵ heraus (vgl. Hippach-Schneider 2007, S. 39; Autorengruppe des Bildungsberichts 2012, S. 122). Diese Entwicklung könnte die traditionelle berufliche und die akademische Ausbildung (auch in den Gesundheitsfachberufen) in D näher zueinander bringen (vgl. ebd.).

15 Als Beispiel hierfür ist das inzwischen beendete Projekt „Anrechnung beruflich erworbener Qualifikationen und Kompetenzen in Gesundheitsberufen auf den Bachelor-Studiengang „Pflege und Gesundheit“ – ANKOM Gesundheitsberufe nach BBiG“ zu nennen. Ziel des Projekts war es, ein Verfahren zur Anrechnung der in der Aufstiegsfortbildung „Betriebswirtin/-wirt für Management im Gesundheitswesen“ für Medizinische Fachangestellte (MFA) erworbenen Kompetenzen auf einen Bachelor-Studiengang an der FH Bielefeld zu entwickeln (vgl. Bonse-Rohmann et al. 2007, S. 50 ff.).

Tabelle 3.1.10: Vorhandensein spezifischer, mind. einjähriger Helfer-/Assistenzqualifikationen zu den einzelnen Gesundheitsfachberufen in den Vergleichsländern

	Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Niederlande	Österreich
MTA-Labor	nein ^{b)}	nein	ja ^{a)}	nein	nein ^{b)}
MTA-Radiologie	nein ^{b)}	nein	ja ^{a)}	nein	nein ^{b) c)}
MTA-Funktion	nein		ja ^{a)}	nein	
PTA	nein	nein	ja ^{a)}	nein	
Rettungsassistenz	nein	nein	ja ^{a)}	ja	nein
Diätassistenz	nein	nein	ja ^{a)}	nein	nein
Logopädie	nein	nein	ja ^{a)}	nein	nein
Ergotherapie	nein	nein	ja ^{a)}	nein	ja ^{d)}
Physiotherapie	nein	nein	ja ^{a)}	nein	ja ^{e)}
Med. Bademeister	nein				nein
Orthoptik	nein	nein	ja ^{a)}	nein	nein
Podologie	nein	nein	ja ^{a)}	nein	nein
Hebammenkunde	nein	nein	ja ^{a)}	ja	nein
Ges.- u. Kr.-pfl.	ja	ja	ja ^{a)}	ja	ja
Ges.- u. Kinderkr.	ja	ja	ja ^{a)}	ja	ja
Altenpflege	ja				

Die landesspezifischen Bezeichnungen der Berufe können der Tabelle 1.1 entnommen werden.

Grau gekennzeichnete Felder: Hier gibt es kein dem deutschen Ausbildungsberuf entsprechendes Qualifikationsprofil.

- a) Mit der Umsetzung des „NHS Career Framework“ (s. auch Kap. 3.2.5) wurden für zahlreiche Gesundheitsfachberufe Ausbildungsprogramme auf der Helfer-/Assistenz-Stufe konzipiert. Sie werden berufsübergreifend in zwei Gruppen unterteilt: (1) „Healthcare assistants“ (HCAs) mit einer Qualifikation i. d. R. auf Level 2 oder 3 des 8-stufigen Rahmenkonzepts und (2) „Assistant practioners“ (APs) mit einem Abschluss i. d. R. auf Level 4.
- b) Weder in D noch in A ist gesetzlich genau festgelegt, welche Labormethoden und radiologisch-diagnostischen Aufgaben von Personen mit welcher Qualifikation (ausschließlich) ausgeführt werden dürfen. Sowohl in D als auch in A werden standardisierte Untersuchungen sowie vor- und nachbereitende Arbeiten in der biomedizinischen Analytik deshalb häufig durch geringer bezahlte Medizinische Fachangestellte (MFA) mit Kenntnissen im Strahlenschutz (umgangssprachlich in D: Arzthelfer/-innen mit Röntgenschein) bzw. von Angehörigen des medizinisch-technischen Fachdienstes (in A) übernommen. Im eigentlichen Sinn handelt es sich bei diesen jedoch nicht um Helferqualifikationen zur MTLA bzw. MTRA.
- c) Im Fall der MTRA bzw. Radiologietechnologie ist in A mittels einer Gesetzesänderung die Etablierung eines Berufsbildes „Röntgenassistent“ geplant (vgl. MABG 2012).
- d) In A existiert mit der Ausbildung für „Ergotherapiegehilfen“, welche den Sanitätshilfsdiensten zuzuordnen sind (vgl. §§ 44, 51 MTF-SHDG 1961), eine ähnliche Helferqualifikation wie in GB.
- e) In A existierte mit den diplomierten medizinisch-technischen Fachkräften, welche für einfache physiotherapeutische Behandlungen zur Verfügung standen, gemäß §§37, 43 MTF-SHD-G 1961, bis zuletzt eine ähnliche Helferqualifikation wie in GB. Allerdings findet sich diese Qualifikation im neuen „Medizinische Assistenzberufe-Gesetz“ (MABG) von 2012 so nicht wieder. Im Rahmen des Übergangsrechts erwerben diese allerdings die Berechtigung zur Berufsausübung als medizinische/r Masseur/-in (vgl. §39 MABG 2012). Dabei dürfen sie nur auf ärztliche Anordnung und unter ärztlicher bzw. physiotherapeutischer Aufsicht tätig werden. Zukünftig sind nach dem MABG 2012 für den Bereich der Physiotherapie keine Assistenzberufe mehr vorgesehen (vgl. §1 Abs. 2 MABG 2012).

Abbildung 3.2: Stufenkonzept der Qualifikations- und Karriereleiter im britischen Nationalen Gesundheitsdienst (mod. nach NHS 2010, 2012j)

Level 9: More Senior Staff	Personen mit umfassender Verantwortung und Rechenschaftspflicht für Entscheidungsprozesse, z. B. als Pflegedienstdirektor/-in oder Leiter/-in einer disziplinspezifischen Forschungsabteilung	Qualifikationsstufen und Rollen für medizinisches Fachpersonal – jeweils für die klinische Praxis sowie Management-, Forschungs- und Bildungsaufgaben
Level 8: Consultant Practitioner	Personen mit einer sehr hohen klinischen Expertise und/oder der Verantwortung für komplexe Planungs- und Managementprozesse	
Level 7: Advanced Practitioners	erfahrene, weiterqualifizierte Fachpersonen mit einem hohen Maß an Können und Wissen, die i. d. R. mit einer erweiterten Handlungskompetenz (u. a. Verschreibungsrecht) ausgestattet sind	
Level 6: Senior Practitioners	handeln auf der Basis von Berufserfahrung und Fortbildung mit einem höheren Maß an Autonomie und Verantwortungszuschreibung als Level 5-Personen, leiten z. B. als Schichtleiter/-in das Pfllegeteam einer Station	
Level 5: Practitioners	registriertes medizinisches Fachpersonal (Gesundheitsfachberufsangehörige) mit einer Ausbildung, meist auf Bachelor-Ebene, die eine eigenständige Berufsausübung ermöglicht	
Level 4: Assistant Practitioners	übernehmen unter der Aufsicht von medizinischem Fachpersonal Routine-/standardisierbare Aufgaben in und außerhalb der direkten Patientenversorgung	Assistenz- & Helferqualifikationen bzw. -funktionen
Level 3: Senior Healthcare Support Workers	werden – aufgrund ergänzender Fort- und Weiterbildungen sowie von Berufserfahrung – mit umfassenderen Aufgaben betraut als Healthcare Support Workers, z. B. als Teamleiter/-in von Reinigungsteams, Hol- und Bring-Diensten und in der Mahlzeitenverteilung im Krankenhaus	
Level 2: Healthcare Support Workers	arbeiten unter der Anleitung und Aufsicht des medizinischen Fachpersonals, unterstützen dieses bei Versorgungsaufgaben; im nicht-klinischen Bereich sind sie z. B. als Servicehelfer/-innen und Rezeptionisten tätig	
Level 1: Support Workers	nicht-klinisches Personal in Rollen, die eine geringe formale Bildung erfordern, wie z. B. für Hilfsaufgaben im Reinigungs- und Küchenbereich	

3.2 Vergleich der Gesundheitssysteme im Hinblick auf die Ausbildung und Tätigkeit in den Gesundheitsfachberufen

Vor der vergleichenden Beschreibung der Gesundheitssysteme mit Blick auf die Gesundheitsfachberufe wird in den Tabellen 3.2.1 und 3.2.2 zunächst ein allgemeiner Überblick gegeben, der anhand zentraler Indikatoren zu Bevölkerung, Wirtschaftsleistung, Lebensstandard und Gesundheitssystem einen ersten Eindruck von der Leistungsgestaltung und -fähigkeit der fünf Länder vermittelt.

Mit D, F und GB sind drei der Länder verhältnismäßig bevölkerungsstark und von größeren Anteilen

ländlicher, dünn besiedelter Flächen geprägt. In NL und A hingegen sind auf deutlich kleinerer Fläche und größerer Bevölkerungsdichte explizit weniger Personen zu versorgen, wobei auch hier ländlich geprägte Strukturen in der Versorgung eine Rolle spielen (s. Kap. 3.2.5).

Beim Vergleich der erwarteten Bevölkerungsentwicklung bis 2050 fallen die relative Verringerung der Bevölkerung in D um fast 10% und der deutliche relative Zuwachs im zweistelligen Prozentbereich in F und GB auf, die u. U. andere Steuermechanismen zur Zukunftssicherung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung notwendig machen.

Die Geburtenraten sind dabei im Ländervergleich in F und GB gefolgt von NL am höchsten, während sie in D und A merklich darunter liegen. Das Pro-Kopf-Bruttoinlandsprodukt (BIP) als Maß der Wirtschafts-

Tabelle 3.2.1: Zentrale bevölkerungs- und wirtschaftsbezogene Indikatoren der Vergleichsländer

	D	F	GB	NL	A
Bevölkerung (in Mio.) in 2010 geschätzt:	81,90	62,64	61,35	16,53	8,39
2020	82,64	65,10	66,75	16,76	8,65
2050	74,42	69,99	76,96	16,79	8,99
Fläche (in 1.000 km ²)	357,0	544,0	243,8	33,8	82,5
Zuwanderungsbevölkerung (in %, 2009)					
im Ausland geborene Bevölkerung	12,9	11,6	11,3	11,1	15,5
ausländische Bevölkerung	8,2	k. A.	7,1	4,4	10,7
Geburtenziffern (2009) (Zahl der Geburten, Frauen 15-49 J.)	1,36	1,99	1,94	1,79	1,39
Pro-Kopf-BIP (2009) (US-Dollar; kaufkraftbereinigt)	36.332	33.373	35.151	40.804	38.814
Erwerbstätigkeit (in % ab dem Alter >15 Jahre, in 2010)					
insgesamt	71,2	64,0	70,3	74,7	71,7
Frauen	66,1	59,9	65,3	69,4	66,4
Männer	76,1	68,3	75,3	80,0	77,1
Arbeitslosenquoten (2010) (in % Erwerbsbevölkerung)					
insgesamt	7,1	9,8	7,8	6,5	4,4
Frauen	6,5	10,2	6,8	4,5	4,2
Männer	7,6	9,4	8,6	4,4	4,6
Lebenserwartung (Jahre, 2009)					
insgesamt	80,3	81,0	80,4	80,6	80,4
Frauen	82,8	84,4	82,5	82,7	83,2
Männer	77,8	77,7	78,3	78,5	77,6

(eigene Darstellung nach EK 2007; OECD 2011c, e, f)

Tabelle 3.2.2: Zentrale Indikatoren der Gesundheitssysteme der Vergleichsländer

	D	F	GB	NL	A
Gesundheitsausgaben (in % des BIP, 2009)					
öffentliche Ausgaben	8,9	9,2	8,2	9,5 ^{a)}	8,6
private Ausgaben	2,7	2,6	1,6	1,7	2,5
Gesundheitsausgaben pro Person (in €, 2008)	3.208	3.172	2.686	3.486	3.407
Anteil öffentlicher Ausgaben an Gesamtausgaben für Gesundheit (in %; 2008)					
– gesamt	76,7	77,7	82,6	82,1	76,9
davon Sozialversicherung	67,9	72,5	0,0	76,5	44,1
davon Steuern	8,8	5,2	82,6	5,5	32,8
Private Krankenversicherung (in %, 2009)					
als Basisversicherung	10,8	93,7	k. A.	90,0	33,8
i. S. einer Zusatzversicherung	19,7	-		-	-
Private Zuzahlungen ^{b)} : Anteil am Haushaltseinkommen (in %, 2009)	2,4	1,6	1,6	1,5	3,0
Bereiche der Gesundheitsausgaben (in %, 2008)					
– klinisch ^{c)}	29	36	k. A.	k. A.	36
– außerklinisch ^{d)}	29	23			27
– Langzeitpflege	12	11			13
– Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	21	21			18
Krankenhausbetten (je 1.000 Einwohner)					
– im Jahr 1995	9,7	8,5	k. A.	5,3	8,5
– im Jahr 2008	8,2	6,9	3,4	4,3	7,7
Anzahl an MRT-Geräten (je Mio. Einwohner, 2008)	8,6	6,1	5,6	10,4	18,0
CT-Geräte (je Mio. Einwohner, 2008)	16,4	11,0	7,4	10,3	29,9
(eigene Darstellung nach OECD 2010, 2011d)					
a) In NL kann nicht genau zwischen dem öffentlichen und privaten Anteil der Ausgaben unterschieden werden.					
b) Direkt durch die Patient/-innen zu leistende Zuzahlungen zu Gesundheitsleistungen als Eigenanteil, für Arzneimittel oder für weitere Leistungen.					
c) Kurative und rehabilitative stationäre und Ein-Tages-Versorgung durch Krankenhäuser, operative Tageskliniken u. a.					
d) Kurative und rehabilitative ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte, "clinics", Ambulanzen der Krankenhäuser, Häusliche Versorgung u. a.					

leistung ist in NL, gefolgt von A, am höchsten, wobei die Unterschiede zu D, F und GB im Gegensatz zu vielen anderen OECD-Staaten nicht wesentlich ausfallen.

Als Maße des Lebensstandards wurden hier die Erwerbs- und Erwerbslosenquote sowie die Lebenserwartung aufgenommen. Die Erwerbstätigkeit liegt in D, GB, NL und A bei jeweils über 70%, lediglich F mit 64% und dem im Ländervergleich niedrigsten Frauenerwerbsanteil befindet sich erkennbar unter diesem Niveau. Zugleich liegen die Arbeitslosenquoten (gemessen in % der Erwerbsbevölkerung) in F etwas höher als in D, GB und NL. A weist hier die niedrigste Quote auf. Die Lebenserwartung der 2009 geborenen Kinder liegt in allen fünf Ländern auf einem etwa gleichen Niveau zwischen rund 83 bis 84 Jahre für Frauen und ca. 78 Jahre für Männer.

Die unterschiedlichen Gesundheits- bzw. Sozialversicherungssysteme der Vergleichsländer spiegeln sich in Indikatoren, wie z. B. die Art und Weise ihrer Finanzierung wider, worauf im Kapitel 3.2.1 näher eingegangen wird. So werden die öffentlichen Gesundheitsausgaben in GB fast ausschließlich über Steuern finanziert, während in den anderen Ländern der überwiegende Anteil aus Sozialversicherungsleistungen gespeist wird. Dabei nimmt die private Krankenversicherung in den Vergleichsländern eine unterschiedliche Funktion ein (s. Kap. 3.2.1).

Der Anteil des Bruttoinlandsproduktes (BIP) und die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheitsleistungen liegen in den beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen in D, F, NL und A auf vergleichbarem Niveau (s. Tab. 3.2.2),

während sie im steuerfinanzierten GB deutlich geringer ausfallen. Dieses Phänomen ist nicht auf eine generell höhere Effizienz des britischen Systems zurückzuführen, sondern auf eine rigidere Haushaltspolitik des Staates, dessen Einfluss auf die Budgetierung und Verteilung der Finanzmittel deutlich größer ist, wobei Rationierungen von Leistungen sowie Wartelisten, z. B. für elektive stationäre Behandlungen und die fachärztliche Versorgung, – für steuerfinanzierte Systeme typisch – von staatlicher Seite in Kauf genommen werden (vgl. Matz 2010, S. 148 f.) (s. auch Kap. 3.2.1).

Der Anteil der Ausgaben in den unterschiedlichen Bereichen (z. B. klinisch und außerklinisch) ist in D, F und A, wo dazu vorliegen, vergleichbar hoch. Hinsicht-

lich der stationären Versorgung und Diagnostik fallen sowohl die relativ geringe Anzahl an Krankenhausbetten in GB und NL sowie der hohe Prozentsatz an Magnetresonanztomographie- (MRT-) und Computertomographie- (CT-)Geräten in A als kostenintensive Technologien im Bereich der bildgebenden Diagnostik auf.

Gesundheits- und Krankheitsindikatoren

Die Lebensjahre, die ab einem Alter von 65 Jahren gesund verbracht werden können, betragen in GB 11,8 Jahre für Frauen und 10,7 Jahre für Männer bzw. in NL 10,3 und 9,4 Jahre. In D fallen sie mit 6,5 bzw. 6,4 Jahren am niedrigsten aus; gefolgt von A und F (s. Tab. 3.2.3).

Tabelle 3.2.3: Angaben zu ausgewählten Gesundheits- und Krankheitsindikatoren im Ländervergleich

	D	F	GB	NL	A
Healthy life years (HLY) ab 65 Jahre (in Jahren, 2009)					
Frauen	6,5	9,2	11,8	10,3	8,0
Männer	6,4	8,8	10,7	9,4	8,1
Subjektive Gesundheit ab 65 Jahre (% , 2009)	36,8	43,2	k. A.	60,0	47,4
Fettleibigkeit Erwachsene (in %)					
Prävalenz 2000 ^{a)}	11,5 (1999)	9,0	21,0 ^{b)}	9,4	9,1 (1999)
Prävalenz 2009 ^{a)}	14,7	11,2 (2008)	23,0 ^{b)}	11,8	12,4 (2006)
Demenz im Alter ab 60 Jahre (%, 2009)	5,8	6,5	6,1	5,4	5,9
Personen in Langzeitpflege im Alter ab 65 Jahre (% , 2009)					
in Einrichtungen	3,8	4,3	k. A.	6,6	23,9
Zuhause	7,5	6,8		12,8	(insgesamt)
Kaiserschnitttrate pro 100 Lebendgeburten (2009)	30,3	20,0	23,7	14,3	28,6
Säuglingssterblichkeit (je 1.000 Lebendgeborene)	3,1	3,9	3,8	4,6	3,8
Vermeidbare Krankenhausaufenthalte pro 100.000 Einwohner (Alter >15 Jahre ^{d)} , 2009):					
Diabetes mellitus	50,3	k. A.	23,9	k. A.	187,9

(eigene Darstellung nach OECD 2010)

a) Angabe aufgrund von Befragungen.

b) Angabe aufgrund von Gesundheitsuntersuchungen.

c) Die Angaben wurden alters- und geschlechtsstandardisiert entspr. der OECD Bevölkerungszahlen von 2005 erhoben.

Die eigene Gesundheit schätzten 60% der Menschen ab 65 Jahren in NL als gut oder sehr gut ein, während es in F und A weniger als die Hälfte und in D etwas mehr als ein Drittel sind.

Für die gegenwärtigen und zukünftigen Belastungen der Gesundheitssysteme durch chronische Erkrankungen und die damit verbundenen Gesundheitskosten werden hier exemplarische Indikatoren herangezogen: die Prävalenz von Demenzerkrankungen sowie für Adipositas (Fettleibigkeit) und der Anteil langzeitpflegerisch versorgter Personen.

Die Prävalenz für Demenz befindet sich in den Vergleichsländern mit je rund 6% der Bevölkerung ab 60 Jahre auf einem ähnlichem Niveau. Dagegen zeigt sich hinsichtlich der Fettleibigkeit von Erwachsenen ein unterschiedliches Bild. Dabei fällt die Rate mit ca. 23% in GB am höchsten aus, während sie in den anderen Ländern zwischen ca. 11 und 15% liegt. Diese Werte haben sich in den einzelnen Ländern seit 1990 nahezu verdoppelt (vgl. OECD 2010). Der Anteil der Menschen, die über 65 Jahre alt sind und sich in der Langzeitpflege befinden, beläuft sich in A auf 24% und in NL auf knapp 20%, während er in D und F ca. 11% beträgt. In D und NL, wo Zahlen dazu vorliegen, werden dabei etwa doppelt so viele Personen im häuslichen Umfeld versorgt als in der stationären Pflege. Einschränkend ist hier zu erwähnen, dass der Zugang zu den Leistungen – etwa i.S. der Pflegeversicherung in D – in den einzelnen Ländern unterschiedlich gestaltet ist, was die deutlichen Unterschiede an Leistungsempfängern im Ländervergleich mit erklärt.

Werden medizinische Eingriffe bzw. die Qualität der Gesundheitsversorgung hinsichtlich der Gesundheitsausgaben in den Blick genommen, fällt für den hier gewählten exemplarischen Indikator der Kaiserschnitt-

trate pro 100 Lebendgeburten (die nicht ausschließlich auf Notfallindikationen beruhen) ein hohes Gefälle auf, das sich zwischen 14,3% in NL und 30,3% in D bewegt. Dies deutet auf unterschiedliche Einstellungen zu Schwangerschaft und Geburt und deren Betreuung in den Vergleichsländern hin, insb. vor dem Hintergrund, dass die Säuglingssterblichkeit in den Vergleichsländern auf ähnlich niedrigem Niveau zwischen 3,5 und 4,6 pro 1.000 Lebendgeborene liegt (vgl. OECD 2010).

Für die Zahl vermeidbarer stationärer Krankenhausaufenthalte von Erwachsenen mit Diabetes mellitus, die nicht auf erkrankungsspezifischen Komplikationen beruhen und mittels präventiver Maßnahmen als abwendbar erscheinen, liegen für D, GB und A Angaben vor. Hier fällt auf, dass diese Rate mit 188 pro 100.000 Einwohner in A deutlich höher liegt als in D und GB mit 50 bzw. 24 eigentlich vermeidbaren, stationär aufgenommenen Personen (vgl. OECD 2010).

Personal im Gesundheitswesen und unterschiedliche Rolle der ärztlichen Profession

Trotz des realen Anstiegs der Anzahl der Ärzt/-innen in den Vergleichsländern, z. B. in GB um 30% bzw. von 2,0 auf 2,7 pro 1.000 Einwohner zwischen 2002 und 2009, liegt die Anzahl der Ärzt/-innen pro Einwohner in GB und NL erkennbar unter den Werten von D mit 3,6 bzw. F mit 3,3 und A mit 4,7 Ärzt/-innen pro 1.000 Einwohner (s. Tab. 3.2.4). Dabei wird besonders in F mit einem Rückgang der Anzahl an Mediziner/-innen in den nächsten zehn Jahren gerechnet (vgl. OECD 2010).

Auffallend sind die z. T. großen Spannbreiten bzgl. der Zahl einzelner Beschäftigtengruppen im Ländervergleich. Dies betrifft z. B. die vergleichsweise hohe

Tabelle 3.2.4: Auswahl an Angaben zum Fachpersonal der Gesundheitssysteme der Vergleichsländer

	D	F	GB	NL	A
Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen (in % des öffentlichen Dienstes, 2009)	11,9	9,5 (2006)	12,9	15,9 (2008)	9,7
Ärzt/-innen pro 1.000 Einwohner (2009)	3,6	3,3a)	2,7	2,9a) (2008)	4,7
Hebammen pro 100.000 Frauen (2009)	45,5	60,3	105,4	30,4	30,0 ^{b)}
Pflegekräfte pro 1.000 Einwohner (2009)	11,0 ^{c)}	8,2 ^{a)}	9,7	8,4 (2008)	7,6 ^{d)}

(eigene Darstellung nach OECD 2010)

a) Schließt auch die Professionsangehörigen ein, die als Manager, Lehrende, Forschende u. Ä. arbeiten (ca. 5-10%).

b) Diese Zahl benennt nur Hebammen, die im Krankenhaus angestellt sind. Dadurch ergibt sich eine Unterschätzung um ca. 40-50%. Eine annähernde Schätzung der Gesamtzahl von Hebammen pro 100.000 Frauen würde bei ca. 42-45 liegen.

c) Diese Zahl berücksichtigt nicht die etwa 250.000 älteren Pfleger/-innen mit 3-jähriger Ausbildung (Unterschätzung um ca. 30%). Eine annähernde Schätzung der Gesamtzahl von Pflegenden würde bei ca. 14,6% liegen.

d) Diese Zahl benennt nur Pflegenden, die im Krankenhaus angestellt sind. (Nähere Angaben zu den Zahlen an Personen in den einzelnen Pflegeberufen finden sich im Anhang A 13.1.3)

Zahl an Hebammen pro 100.000 Frauen in GB und die unter den Vergleichsländern höchste Anzahl an Pflegekräften pro 1.000 Einwohner in D (s. Tab. 3.2.4). Die Gründe für diese Unterschiede lassen sich nicht allein aus den OECD-Daten, die nur ein relativ grobes Raster für die Deutung von Beschäftigtenstrukturen bieten, ableiten. Hier sind Analysen auf der Basis detaillierter nationaler Datenbestände und unter Berücksichtigung der jeweiligen nationalen Kontextfaktoren angezeigt (vgl. Döhler 1997, S. 16, 215). Dabei ist davon auszugehen, dass insb. die Entwicklungslinien und der erreichte Autonomiegrad der Ärzteschaft einen wesentlichen beeinflussenden Faktor darstellt für die Entwicklung der (anderen) Gesundheitsberufe hinsichtlich ihrer Aufgaben, Handlungskompetenzen und Expansionschancen sowie für die Gestaltung der interprofessionellen Kooperation (vgl. ebd.; Siegrist 2005, S. 227 f.). So haben z. B. die Professionalisierungspfade der Ärzteschaft im nationalen öffentlichen Gesundheitsdienst in GB ein deutlich geringeres Maß an Vormachtstellung, Hierarchisierung und Abschottung ggü. den anderen Gesundheitsberufen hervorgebracht als in D (vgl. Döhler 1997, S. 215 ff.; Klemperer 2006, S. 71 f.).

Im internationalen Vergleich gibt es nur wenige Berufsgruppen, die in der Vergangenheit in so großem Maße wie die Ärzteschaft in D in der Lage waren, berufliche Autonomie auszuüben und somit Inhalt, Qualität und Quantität ihrer (und anderer) Leistungen innerhalb eines Systems zu bestimmen (vgl. Siegrist 2005, S. 226 ff.). Dabei wurde und wird die ärztliche Vormachtstellung ggü. den anderen Gesundheitsberufen v. a. durch die drei Handlungselemente (1) Berechtigung zur Diagnosestellung, (2) Berechtigung zu operativen Eingriffen sowie (3) Berechtigung zum Verordnen von Heilmitteln und Arzneimitteln, gesichert (vgl. ebd.; s. auch Borgetto & Kälble 2007, S. 133). Die dadurch bedingte besondere Arztzentrierung und Aufrechterhaltung der gegebenen Bedingungen im deutschen System wird durch eine sozialrechtliche Privilegierung der Ärzteschaft aufrechterhalten (vgl. Döhler 1997, S. 221; Klemperer 2006, S. 269). Sie macht die Kassenärzt/-innen zur entscheidenden Filterinstanz für alle nachfolgenden medizinischen Leistungen (vgl. ebd.).

Damit verbunden entwickelte sich ein spezifisch deutscher Regelungs dualismus zwischen Sozial- und Berufsrecht (vgl. ebd.). Dieser führte dazu, dass die Berufsgesetze der Gesundheitsfachberufe nicht über den reinen Bezeichnungsschutz für bestimmte Berufstitel hinausgehen dürfen (vgl. ebd.; Brendel & Dielmann 2000, S. 82) (s. auch Kap. 3.1.1.1). Dahingegen besitzt die Berufsgesetzgebung bspw. in GB einen viel ausgeprägteren Zulassungscharakter. Sie erlaubt für viele Gesundheitsfachberufe nicht nur die Berufsausübung, sondern auch den Marktzutritt (vgl. Döhler 1997, S. 221).

Qualität der Leistungserbringung in den verschiedenen Gesundheitssystemen

Der Euro Health Consumer Index (EHCI, europäischer Gesundheitskonsumenten-Index) bringt 34 europäische Gesundheitssysteme anhand 42 Nutzer/-innenbezogener Indikatoren den folgenden fünf Bereichen in eine Rangfolge: (1) Patientenrechte und -informationen sowie e-Health, (2) Zugang und Wartezeiten für Behandlungen, (3) Ergebnisse, (4) Bandbreite und Umfang der Leistungen sowie (5) Pharmazeutika (vgl. ebd., S. 38). Am EHCI gemessen, stellt sich im Jahr 2012 das niederländische Gesundheitssystem mit 872 von 1.000 erreichbaren Punkten als das führende System dar. Frankreich belegt mit 766 den 8., A mit 737 den 11., GB mit 721 den 12. und D mit 704 Punkten den 14. Platz (vgl. HCP 2012). D hält dabei lediglich ein mittelmäßiges System vor. Bei der vorherigen Indexbestimmung im Jahr 2009 gehörte es mit dem 6. Platz noch zu den Spitzensystemen (vgl. ebd., S. 6). Eine ähnliche Rückstufung vom 4. auf den 11. Platz erfolgte für A (vgl. ebd.).

Um Aussagen zur Qualität des deutschen Gesundheitswesens einschließlich seiner Stärken und Schwächen im Verständnis der WHO (vgl. 2006, S. 9 f.) zu treffen, verglichen Lauerer et al. (2011) in einer Sekundärdatenanalyse bestehender Daten und Studien (zu 130 Indikatoren in acht Kategorien) das hiesige Gesundheitswesen mit anderen Systemen. Eine einfache Rangfolge der Systeme „mit der besten Qualität“ und eine Verortung von D darin halten die Autoren für nicht möglich. Im Detail kamen sie zu dem Schluss, dass das Gesundheitswesen in D auf einem hohen Ausgabenniveau über gut ausgebaute Versorgungsstrukturen sowie eine gute Verfügbarkeit materieller und personeller Ressourcen und damit über eine gute Strukturqualität verfügt (s. dazu auch Einleitung zu Kap. 3.2).

Hinsichtlich der Ergebnisqualität zeigen outcomeorientierte Messungen hingegen ein heterogenes Bild und stützen die These, dass das deutsche Gesundheitssystem *nicht* zu den führenden Systemen zählt (vgl. Lauerer et al. 2011, S. 147). Dabei ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch die Nutzer/-innen, bei kaum reglementiertem Zugang zur Versorgung von Seiten des Gesundheitssystems – wie etwa im Vergleich zu GB und NL – als hoch einzustufen. Jedoch können die Zuzahlungen für Einkommensschwache – ähnlich etwa wie in F, NL und A – finanzielle Barrieren darstellen.

Bei der Beurteilung anderer Qualitätsdimensionen, insb. der Prozessqualität, von Gerechtigkeits- und Verteilungsaspekten, der Patientenorientierung, der

Sicherheit und direkter Effizienzbetrachtungen stieß der Untersuchungsansatz von Lauerer et al. (2011) an Grenzen. Tragfähige Aussagen dazu waren auf der Basis der analysierten Daten und Studien nicht möglich (vgl. Lauerer et al. 2011, S. 147).

3.2.1 Grundstruktur der Gesundheitssysteme

Die Gesundheitssysteme der Vergleichsländer weisen, geprägt durch spezifische historische, kulturelle, sozioökonomische und politische Faktoren und eine unterschiedliche Definition von „Gesundheit“ und „Gesundheitsversorgung“ deutliche Unterschiede in ihren Organisationsformen, ihrer Finanzierung und ihren Ergebnissen auf (vgl. Europäisches Parlament Hrsg. 1998, S. 5 f.). Im Hinblick auf die Finanzierung und Erbringung der Gesundheitsleistungen werden die Länder – trotz sich zunehmend verstärkender Divergenzen in der individuellen Systemgestaltung (vgl. Döring 2005, S. 101) – hier drei Typen zugeordnet: (1) Sozialversicherungssystem (auch: Bismarck-Modell) (D, F und A), (2) nationaler öffentlicher Gesundheitsdienst (auch: Beveridge-Modell) (GB) und (3) Basisversicherungssystem (NL).

Sozialversicherungssystem – Deutschland, Frankreich und Österreich

In D, F und A ist das Gesundheitssystem als Sozialversicherungssystem organisiert (s. Tab. 3.2.5), das durch eine gesetzliche Versicherung die Gewährleistung von Präventions-, Behandlungs-, Rehabilitations- und Pflegekosten mittels Sach- und Geldleistungen ermöglicht (vgl. Schölkopf 2010). Dabei formuliert der Bund bzw. die Zentralregierung die Rahmengesetze für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Die Planung und Finanzierung der stationären Versorgung liegen in D und A in der Verantwortung der Bundesländer. Die ambulante Versorgung wird durch die Krankenkassen und nichtstaatliche Leistungserbringer verhandelt, die im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben die Modalitäten der Leistungserbringung regeln (vgl. Schölkopf 2010). In F wird das Gesundheitswesen über die Ebene der 26 Regionen und 100 „departements“, u. a. durch sog. regionale Krankenhausagenturen, in welchen der Staat und die Krankenkassen vertreten sind, organisiert (vgl. KAS 2003).

Alle abhängig Beschäftigten, Rentner/-innen, Geringverdiener/-innen, Erwerbslose und weitere Bezieher/-innen von Transferleistungen, einschließlich deren Familienmitglieder (Ehepartner und Kinder), sind über eine der bundesweiten (D) oder regionalen (D, A) gesetzlichen Krankenkassen bzw. in F über die nationale Krankenkasse – „Caisse Nationale de l'Assurance

Maladie des Travailleurs Salariés“ (CNATMS) – pflichtversichert.

Während in D und A bestimmte Bevölkerungsgruppen gesetzlich dazu berechtigt sind, Mitglied einer substituierenden, d. h. die gesetzliche Krankenversicherung ersetzende, privaten Krankenversicherung zu werden, gibt es in F grundsätzlich komplementäre, d. h. die gesetzliche Krankenversicherung ergänzende private Versicherungen, die dem Ziel dienen, die teilweise erheblichen Zuzahlungen zu den Leistungen der nationalen Krankenkasse CNATMS ganz oder anteilig zu kompensieren und zusätzliche Leistungsansprüche zu ermöglichen.

In D pflichtversichert die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) alle Beschäftigten mit einem Jahresarbeitsentgelt, das unter einer jährlich festgesetzten Grenze liegt, nach dem Solidaritäts- und Sachleistungsprinzip. Oberhalb der definierten Jahresarbeitsentgeltgrenze für Angestellte sowie für Selbstständige besteht die Möglichkeit der freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV oder der Abschluss eines Versicherungsvertrages mit einer privaten Krankenkasse. Derzeit sind ca. 90% der Bevölkerung Mitglied der gesetzlichen Versicherung (vgl. GKV 2012b). Dabei besteht prinzipiell die Freiheit, sowohl bzgl. der Pflicht- als auch (unter der o. g. Bedingung) der Privatkrankenversicherungen aus einem breiten Spektrum an Krankenkassen und Leistungsangeboten zu wählen (vgl. Schölkopf 2010).

In F beruht die Pflicht bzw. die „Wahl“ der Versicherung nicht auf einer Bemessungsgrenze, sondern sie richtet sich nach der Art der Erwerbstätigkeit und Beschäftigung. Dabei lassen sich vier Versicherungssparten unterscheiden, und zwar (1) für abhängig Beschäftigte, die durch die CNATMS versichert sind, (2) für Landwirte und Beschäftigte in der Landwirtschaft, (3) für Selbstständige und (4) für bestimmte Berufsgruppen, z. B. Angehörige großer Betriebe des öffentlichen Dienstes, Seeleute u. a. (vgl. Französische Botschaft 2012).

In A stehen die Gebiets- und Betriebskrankenkassen (im Gegensatz zu den Krankenkassen in D) nicht in Konkurrenz zueinander und nehmen jeweils nur bestimmte Berufsgruppen, z. B. Mitarbeiter/-innen des öffentlichen Dienstes, Eisenbahner, Bauern bzw. Betriebsangehörige, als Mitglied auf, deren Einkommen eine gesetzlich festgelegte Geringfügigkeitsgrenze überschreitet. Die Wahl der Kasse durch die Versicherten ist durch ihren Wohnort und Vorgaben von Seiten ihrer Arbeitgeber eingeschränkt (vgl. BMG 2010, S. 10). Neben der Pflichtversicherung für abhängig Beschäftigte existieren in A für Unternehmer/-innen und Selbstständige mehrere Versicherungsmöglichkeiten, die aufgrund unterschiedlicher Bedingungen entweder

verpflichtend oder freiwillig sein können. Die einzelnen Regelungen richten sich nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG), dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) oder nach der sog. Privaten Gruppenversicherung (vgl. SVA 2012).

In D fließen die gesetzlichen Krankenversicherungsbeiträge in einen zentralen Gesundheitsfonds, welcher durch Steuermittel ergänzt wird. Die Gelder aus dem Gesundheitsfonds werden dann entsprechend der Mitgliederstruktur den jeweiligen Krankenkassen zugeteilt. Die Beiträge zur privaten Krankenversicherung werden von den Mitgliedern direkt an diese abgeführt und die Leistungen entsprechend des Kostenersatzprinzips vergütet. In A werden die zentral festgelegten Beiträge hingegen immer direkt an die jeweilige Krankenkasse gezahlt und von ihr verwaltet.

In F speist sich die Krankenversicherung aus verschiedenen Quellen. Dazu gehören (a) die Versicherungsbeiträge, die von der Zentralregierung entsprechend des Einkommens festgelegt und überwiegend durch die Arbeitgeber finanziert werden, (b) eine zweckgebundene steuerähnliche Abgabe (*contribution sociale généralisée/maladie*), (c) ein sog. „Beitrag zur Tilgung der Sozialschulden“ (*remboursement de la dette sociale*) sowie (d) zweckgebundene Steuern.

Während in F das Kostenerstattungsprinzip für alle Versicherungssparten gilt, trifft dies in D und A nur auf private Krankenversicherungen zu.

In der Regel sind in allen drei Ländern von den Patient/-innen Zuzahlungen zu leisten, insb. für Heil- und Hilfsmittel (in D, F und A) (vgl. WGKK 2011), für stationäre Behandlungen (in D, F und A) sowie für zahnärztliche Behandlungen (ebenfalls in D, F und A). Im Vergleich der drei Länder fallen diese Zuzahlungen in F insgesamt relativ hoch aus (vgl. Schölkopf 2010).

Nationaler öffentlicher Gesundheitsdienst – Großbritannien

In GB ist das Gesundheitssystem als nationaler Gesundheitsdienst – „National Health Service“ (NHS) – auf der Basis zentralstaatlicher Gesetze organisiert (vgl. Matz 2010, S. 53). Nachdem unter der ehemaligen konservativen Regierung eine chronische Unterfinanzierung des NHS entstanden war, hat die Labour-Regierung in den vergangenen rund zehn Jahren das System systematisch umorganisiert, Milliarden Pfund investiert, den jährlichen NHS-Haushalt mehr als verdoppelt und dem Ausgabenniveau anderer europäischer Staaten deutlich angenähert (vgl. Matz 2010, S. 56 f.).

Heute wird der NHS in den Teilstaaten England, Nordirland, Schottland und Wales separat über insg.

zehn regionale Gesundheitsbehörden (Strategic Health Authorities) und 151 lokale Gesundheitsdienste (Primary Care Trusts) verwaltet. Diese planen die regionalen Bedarfe und vergeben nach wettbewerblichen Prinzipien entsprechende Versorgungsaufträge an die Leistungserbringer (sog. Commissioning) (vgl. Matz 2010, S. 57; Hajen 2012).

Die Verteilung des Budgets, das überwiegend aus Steuern und nur zu einem kleineren Teil über Beiträge zur Sozialversicherung (National Insurance Fund) gespeist wird, erfolgt dabei einwohnerbezogen. Es wird auf die einzelnen „Primary Care Trusts“, die jeweils für Regionen mit ca. 340.000 Einwohnern zuständig sind, relativ gleichmäßig verteilt (vgl. ebd.). Dabei entscheiden die Trusts selbst über die Vergabe von ca. 80% der NHS-Gesamtausgaben. Diese regionale Form der Organisation führte in den vier Landesteilen zu unterschiedlichen Leistungsspektren und Zuzahlungssätzen (vgl. Rühmkorf 2007).

Die „Primary Care Trusts“, in welchen auch „Stakeholder“, wie Vertreter der Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Gesundheitsfachberufe und Verbraucher/-innen ein Mitspracherecht haben, schließen Verträge mit ambulanten und stationären Leistungserbringern. Dazu gehören neben den NHS-eigenen Einrichtungen seit 2004 auch private Leistungserbringer und gemeinnützige Organisationen. Überwacht werden die „Primary Care Trusts“ durch die „Special Health Authorities“ (vgl. Hajen 2012).

In ihren Entscheidungen haben sich die Trusts in eng geregelten Grenzen an gesundheitspolitisch festgelegten Zielsetzungen zu orientieren (vgl. ebd.). Dazu gehören insb. das Ziel einer besseren Integration der ambulanten und stationären Versorgung, eine stärkere Vernetzung gesundheitsbezogener und sozialer Dienste, die Gewährleistung kontinuierlicher Behandlungsprozesse sowie die Steigerung der Qualität und Effizienz der Leistungserbringung, wozu auch die Verringerung der in GB üblichen Wartezeiten/-listen für Patient/-innen auf Termine für diagnostische und therapeutische Maßnahmen zählt.

Innerhalb des britischen Gesundheitssystems – ähnlich wie in NL – stellt dabei das Prinzip des sog. „first contact“ (auch: first contact practicioning) eine Besonderheit dar. Gemeint ist, dass Patient/-innen auch ohne ärztliche Anordnung einen „direkten Zugang“ zu Gesundheitsfachberufsangehörigen nutzen und Leistungen i. S. der gesetzlich definierten Leistungserbringung innerhalb des NHS in Anspruch nehmen können (vgl. Muzar 2009; s. auch Kap. 3.2.3).

Im britischen Gesundheitssystem müssen Patient/-innen teils erhebliche Zuzahlungen zu Medikamenten

und zahnmedizinischen Behandlungen leisten (vgl. Merten 2011). Dabei besteht die Möglichkeit, neben dem Anspruch auf definierte NHS-Basisleistungen für alle Bürger/-innen und der ergänzenden freiwilligen Versicherungsmöglichkeit im „National Insurance Fund“, auch Verträge mit privaten substituierenden Krankenversicherungen zu schließen. Diese bieten – bei entsprechenden Prämienzahlungen – unterschiedlich umfangreiche Leistungspakete (vgl. Schölkopf 2010). Dazu gehört z. B. die Versorgung in privaten Krankenhäusern, die i. A. als besser ausgestattet gelten und kürzere Wartezeiten haben als NHS-Einrichtungen (vgl. Sonntag 2008).

Im Zuge einer umfassenden Reform des britischen Gesundheitssystems einschließlich der Umsetzung von Kostenreduzierungs- und Dezentralisierungsplänen werden derzeit die „Primary Care Trusts“ und die „Special Health Authorities“ schrittweise bis 2013/2014 abgebaut und durch neue Behörden ersetzt. Zukünftig soll die Aufgabe der Überwachung, Qualitätssicherung und Verteilung des Budgets durch einen „NHS-Commissioning Board“ erfolgen. Sog. „Clinical Commissioning Groups“ vor Ort erhalten dann eine gruppenbezogene Budgetzuweisung, die nicht mehr regional, sondern an der Wahlentscheidung der Patient/-innen und dem „Behandlungserfolg der Hausärzte“ ausgerichtet ist (vgl. Merten 2011).

Basisversicherungssystem – Niederlande

In NL fand 2006 eine umfassende Reform des Gesundheitssystems statt. Seither wird die staatlich überwachte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung über eine verpflichtende Basisversicherung gewährleistet (vgl. Schölkopf 2010). Diese Versicherung wird über vier Unternehmen einheitlich privatrechtlich organisiert und schließt ca. 90% der Bevölkerung ein (vgl. Menzler & Rabbata 2010). Die Versicherungsunternehmen schließen mit den Leistungserbringern, auch einzelnen Arzt/-innen, Verträge, wobei i. S. der Reform von 2006 sowohl der Wettbewerb als auch die Qualität der Leistungserbringung gefördert werden soll (vgl. ebd.).

Für die Versicherten unterscheidet sich dabei das Leistungsspektrum, das die vier Unternehmen im Rahmen der Basisversorgung anbieten, nicht. Sie haben gleichermaßen die Wahlmöglichkeit zwischen dem Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip, verschiedenen Mischformen oder zwischen sog. Einzel- und Gruppenverträgen (vgl. Schölkopf 2010). Die Basisversicherung wird zur Hälfte durch pauschale Kopf-Prämien von jährlich ca. 1.100 Euro und durch einkommensabhängige Arbeitgeberbeiträge finanziert (vgl. ebd.). Ausgaben für Kinder und Jugendliche und sozial belastete Menschen werden über Steuern sowie

über das AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten), d. h. das allgemeine Gesetz über besondere Krankheitskosten sichergestellt. Die Mittel nach dem AWBZ werden ergänzt durch obligatorische Selbstbehalte und Zuzahlungen zu Heilmitteln und zahnärztlichen Behandlungen. Leistungen, die nicht finanziert werden, wie z. B. Zahnbehandlungen bei Erwachsenen, können durch freiwillige Zusatzversicherungen abgedeckt werden (vgl. ebd.).

In NL nimmt die hausärztliche bzw. primärärztliche Versorgung eine zentrale Rolle ein. Dabei können die Patient/-innen i. d. R. erst nach einer hausärztlichen Konsultation eine fachärztliche Behandlung in Anspruch nehmen (vgl. Menzler & Rabbata 2010). Diese wird in NL – wie auch in GB – ausschließlich in Krankenhäusern und nicht in niedergelassenen Praxen erbracht.

Zugleich ist für Patient/-innen seit 2006 aber ein direkter Zugang zu physiotherapeutischen Behandlungen ohne ärztliche Verordnung – im sog. „first-contact“/„direct access“ – möglich (vgl. KNGF 2006, S. 9). Damit wurde die Eigenständigkeit und Handlungsautonomie der Physiotherapeut/-innen deutlich ausgeweitet (vgl. ebd.). Die Option des Direktzugangs besteht inzwischen auch zu den Leistungen weiterer Gesundheitsfachberufe, z. B. die Diätassistenten, Ergotherapie und Logopädie (vgl. stb-2011-366; s. auch Kap. 3.2.3).

Für das niederländische Gesundheitssystem wird einerseits prinzipiell eine strikte Trennung zwischen den Zuständigkeiten der einzelnen Professionen und Kompetenzen, z. B. von Hebammen und Gynäkolog/-innen, beschrieben (vgl. RIVM 2011). Andererseits spielt die Interdisziplinarität eine zentrale Rolle, die bis zu einem gewissen Grad auch eine definierte Übernahme von Teilaufgaben anderer Professionen beinhalten kann. Am Beispiel der Betreuung durch Hebammen und Gynäkolog/-innen bedeutet dies, dass sich schwangere Frauen – weil es in NL keine niedergelassenen Gynäkolog/-innen gibt – i. d. R. direkt an Hebammen und Hausarzt/-innen wenden. Sie übernehmen dann i. S. der sog. Primärversorgung die Betreuung der Schwangeren. Eine Überweisung ihrer Klientinnen an Gynäkolog/-innen in den geburtshilflichen Kliniken erfolgt lediglich im Falle von Risikoschwangerschaften und -geburten. Die genauen Modalitäten dieser sog. sekundären Gesundheitsversorgung sind dabei in einer interdisziplinär vereinbarten Indikationsliste verankert.

3.2.2 Berufliche Selbstverwaltung, Zulassung und Qualitätssicherung der Tätigkeit in den Gesundheitsfachberufen

3.2.2.1 Selbstverwaltung der Gesundheitsfachberufe

Die Selbstverwaltung der Gesundheitsfachberufe ist insb. in GB etabliert (s. Tab. 3.2.5). Dabei existieren in GB insg. neun Regulierungsbehörden mit der Funktion von Berufskammern (vgl. CHRE 2010), welche ggü. dem

Staatsrat (Privy Council), dem Parlament und der Öffentlichkeit Verantwortung für das Handeln der jeweiligen Berufe (mit-)tragen. Dabei arbeiten die gesetzlich bestimmten Berufskammern – „Health & Care Professions Council“ (HCPC), „General Pharmaceutical Council“ (GPhC) sowie der „Nursing and Midwifery Council“ (NMC), die teilweise berufsübergreifend organisiert sind – eng mit den jeweiligen Berufsverbänden zusammen, um sowohl Qualitätsstandards für die Ausbildung als auch für die Berufsausübung zu formulieren und zu überwachen.

Tabelle 3.2.5: Vorhandensein von Institutionen mit der Funktion von Berufskammern

	D	F	GB	NL	A
MTA-Labor	--	--	ja, HCPC	--	--
MTA-Radiologie	--	--	ja, HCPC	--	--
MTA-Funktionsdiagnostik	--	--	ja, HCPC	--	--
PTA	--	--	ja, GPhC	--	--
Rettungsassistent	--	--	ja, HCPC	--	--
Diätassistent	--	--	ja, HCPC	--	--
Logopädie	--	--	ja, HCPC	--	--
Ergotherapie	--	--	ja, HCPC	--	--
Physiotherapie	--	ja, OMK	ja, HCPC	--	--
Med. Bademeister und Masseur	--				
Orthoptik	--	--	ja, HCPC	--	--
Podologie	--	ja, ONPP	ja, HCPC	--	--
Hebammenkunde	--	ja, OSF	ja, NMC	--	ja, ÖHG
Ges.- u. Krankenpflege	--	ja, ONI	ja, NMC	--	--
Ges.- u. Kinderkrankenpflege	--	ja, ONI	ja, NMC	--	--
Altenpflege	--				

Die landesspezifischen Bezeichnungen der Berufe können der Tabelle 1.1 entnommen werden.

Grau gekennzeichnete Felder: Hier gibt es kein dem deutschen Ausbildungsberuf entsprechendes Qualifikationsprofil.

GPhC = General Pharmaceutical Council

HCPC = Health and Care Professions Council

NMC = Nursing and Midwifery Council

ÖHG = Österreichisches Hebammengremium

OMK = Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes

ONI = Ordre National des Infirmiers

OSF = Ordre des Sages Femmes

In F ist die berufsspezifische Selbstverwaltung etwas anders organisiert. Dort wurde diese Aufgabe in den vergangenen Jahren per Gesetz den jeweiligen Berufsverbänden übertragen. Dies gilt für den „Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes“ (OMK) für die Physiotherapie, den „Ordre National des Pédicures-Podologues“ (ONPP) für die Podologie, den „Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes“ (OSF) für die Hebammen und den „Ordre National des Infirmiers“ (ONI) für die Gesundheits- und Krankenpflege. Mit der Registrierung ist zudem eine Niederlassungserlaubnis für freiberuflich Erwerbstätige verbunden. Im Zuge der sich derzeit vollziehenden Akademisierung der Gesundheitsfachberufe ist in F in den kommenden Jahren mit der Einführung von Berufskammern für weitere Berufe zu rechnen (vgl. ONI 2012a).

In A besteht eine gesetzliche Kammerfunktion ausschließlich im Falle der Hebammen bzw. durch das Österreichische Hebammen Gremium (ÖHG). Zudem wird in A – wie auch in D – seit mehreren Jahren berufspolitisch die Einrichtung einer Pflegekammer gefordert (vgl. z. B. ÖGKV 2012; DPR 2012).

In D und A – mit Ausnahme des ÖHGs – bestehen damit bislang keine Selbstverwaltungsorgane für die einzelnen Gesundheitsfachberufe. Substituierend übernehmen daher einzelne Berufsverbände eine zentrale Funktion in Form einer freiwilligen beruflichen Registrierung, wie bspw. in D bei den Pflegeberufen sowie in A bei den Pflege- und den sog. MTD-Berufen (s. auch Kap. 3.2.2.2, Tab. 3.2.6).

3.2.2.2 Zulassung zur Berufstätigkeit und berufliche Registrierung

Für die Vergleichsländer gleichermaßen gilt als Zulassung zur Berufstätigkeit der erfolgreiche Abschluss der Ausbildung und die damit einhergehende Verleihung der Berechtigung zur Führung der entsprechenden Berufserlaubnis. In einigen Ländern bzw. bei einigen Gesundheitsfachberufen kommt zudem die verpflichtende Vornahme einer beruflichen Registrierung hinzu (s. Tab. 3.2.6).

In D besteht für keinen Gesundheitsfachberuf eine berufliche Registrierungspflicht, jedoch gibt es für die Pflegeberufe die Möglichkeit der freiwilligen Registrierung über den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (vgl. RbP 2012). In ähnlicher Weise müssen sich in A nur Hebammen registrieren lassen, da die anderen Gesundheitsfachberufe keiner gesetzlichen Registrierungspflicht unterliegen. Eine freiwillige Registrierungsmöglichkeit besteht derzeit nur für Pflegendende. Gleiches gilt für die Pflegeberufe sowie für die sog. MTD-Berufe in A (vgl. z. B. ÖGKV 2012). Ab 2013 ist

dabei für die MTD-Berufe – Biomedizinische Analytik, Radiologietechnologie, Diätologie, Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie und Orthoptik – eine gesetzlich verpflichtende Registrierung vorgesehen (vgl. mtd austria 2012b; s. Tab. 3.2.6).

In F, GB und NL – sowie in Bezug auf die Hebammen in A – wird die gesetzliche Registrierung durch Körperschaften, wie die o.g. Berufskammern oder -verbände, übernommen. Je nach Gesetzeslage gestalten sich dabei die Erfassung der Berufsangehörigen und die Funktionen der Registrierungsinstitutionen, z. B. hinsichtlich ihrer Aufsichts- und Qualitätssicherungsaufgaben, unterschiedlich.¹⁶

In F müssen dabei alle Gesundheitsberufe, mit Ausnahme der in Krankenhausapotheken tätigen PTA (préparateurs en pharmacie hospitalière) sowie Rettungsassistent/-innen (ambulanciers) ihren Ausbildungsabschluss im „Association pour le Développement de la Logique Informatique“-Register (kurz: ADELI-Register) eintragen lassen. Es handelt sich hier um eine nationale Datenbank der Gesundheitsberufsangehörigen. Die Eintragung erfolgt dabei über die regionalen Gesundheitsbehörden (agence régionale de santé, ARS)¹⁷ (vgl. SGG 2009 c, d), die dem Gesundheitsministerium unterstehen. Hinzu kommt in F für inzwischen vier Berufe, dass – neben dem Eintrag im ADELI-Register – eine berufliche Registrierung eingeführt wurde (vgl. Kap. 3.2.2.1, Tab. 3.2.5 und 3.2.6).

In GB wurde auf der Grundlage zweier zentraler Gesetze – der „Health Professions Order“ von 2001 und der „Nursing and Midwifery Order“ von 2001 (vgl. HCPC 2010, NMC 2009) – die Zulassung der Gesundheitsfachberufe und deren berufsspezifische Aufsicht den Regulierungsbehörden „Health and Care Professions Council“ (HCPC)¹⁸ und dem „Nursing & Midwifery Council“ (NMC) übertragen.

Der HCPC als Gremium, dem Vertreter/-innen der Gesundheitsfachberufe sowie Verbraucher/-innen angehören, legt verbindliche Regeln zur Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen der Berufsangehörigen fest. Nach der Erstregistrierung müssen die Berufsangehörigen ihre berufliche Registrierung nach jeweils zwei Jahren erneuern und dabei verbindlich erklären, (1) im vergangenen Zeitraum praktisch im eigenen Berufsfeld tätig gewesen zu sein oder die Anforderungen im Falle einer Rückkehr in die Berufstätigkeit – z. B. in Form von Auffrischkursen – erfüllt zu haben,

16 Einzelheiten können den jeweiligen Beschreibungen in den Anhängen A 1 bis A 13 entnommen werden.

17 ARS – ehemals: Verwaltungsdirektionen für Gesundheits- und Sozialangelegenheiten (DDASS)

18 HCPC – ehemals: Health Professions Council (HCP)

Tabelle 3.2.6: Angaben zur beruflichen Registrierungspflicht in den Vergleichsländern

	D	F	GB	NL	A
MTA-Labor	nein	ja (ADELI)	ja (HPHC)	nein	nein ^{b)}
MTA-Radiologie	nein	ja (ADELI)	ja (HPHC)	nein ^{a)}	nein ^{b)}
MTA-Funktionsdiagnostik	nein		ja (HPHC)	LKN: ^{c)} ja (SRBLKNF), HFL: ja (SBHFL) LFA: nein ^{a)}	
PTA	nein	nein	ja (GPhC)	nein ^{a)}	
Rettungsassistent	nein	nein	ja (HPHC)	ja (V&VN)	nein
Diätassistent	nein	ja (ADELI)	ja (HPHC)	nein ^{a)}	nein ^{b)}
Logopädie	nein	ja (ADELI)	ja (HPHC)	nein ^{a)}	nein ^{b)}
Ergotherapie	nein	ja (ADELI)	ja (HPHC)	nein ^{a)}	nein ^{b)}
Physiotherapie	nein	ja (ADELI und OMK)	ja (HPHC)	ja (BIG- Register)	nein ^{b)}
Med. Bademeister und Mas- seure	nein				nein
Orthoptik	nein	ja (ADELI)	ja (HPHC)	nein ^{a)}	nein ^{b)}
Podologie	nein	ja (ADELI und ONPP)	ja (HPHC- Chiropodist Board)	ja (LOOP)	nein
Hebammenkunde	nein	ja (ADELI und OSF)	ja (NMC)	ja (BIG- Register)	ja (ÖHG)
Ges.- u. Krankenpflege	nein ^{a)}	ja (ADELI und ONI)	ja (NMC)	ja (BIG- Register)	nein ^{a)}
Ges.- u. Kinderkrankenpflege	nein ^{a)}	nein ^{d)}	ja (NMC)	ja (BIG- Register)	nein ^{a)}
Altenpflege	nein ^{a)}				

Die landesspezifischen Bezeichnungen der Berufe können der Tabelle 1.1 entnommen werden.

Grau gekennzeichnete Felder: Hier gibt es kein dem deutschen Ausbildungsberuf entsprechendes Qualifikationsprofil.

a) Möglichkeit der freiwilligen Registrierung – i. d. R. bei einem Berufsverband

b) voraussichtliche Registrierungspflicht im Jahr 2013 beginnend

c) LKN: laborant klinische neurofysiologie, HFL: hartfunctielaborant, LFA: longfunctieanalisten

d) Der Abschluss in der Kinderkrankenpflege in F wird auf der Grundlage eines erfolgreichen Abschlusses in der allgemeinen Krankenpflege erworben. D. h., dass die Berufsangehörigen bereits über diesen Abschluss registriert sind. Eine separate Erfassung des Kinderkrankenpflegeabschlusses erfolgt zwar, ist jedoch nicht mit anderen, als für die Aufrechterhaltung der sonstigen pflegeberuflichen Registrierung, notwendigen Fortbildungsaktivitäten verknüpft.

(2) die Standards des HCPC hinsichtlich einer sicheren und wirkungsvollen Berufspraxis zu erfüllen, (3) keinen gesundheitlichen oder strafrechtlichen Einschränkungen zu unterliegen und (4) die Standards des HCPC hinsichtlich der kontinuierlichen Fortbildung einzuhalten (vgl. HCPC 2012g).

Die Einhaltung dieser Erklärungen wird jeweils zum Zeitpunkt der Registrierungserneuerung für eine prospektiv ermittelte Zufallsstichprobe der Berufsangehörigen überprüft (vgl. HCPC 2012g). Falls die Anforderungen nicht erfüllt sind, ist der HCPC gesetzlich befugt, die Registrierung zu verweigern bzw. strafrechtliche Schritte einzuleiten (vgl. HCPC 2012i). Die Berufsangehörigen sind berechtigt, ihre Registrierungsbescheinigung z. B. in ihren Praxisräumen öffentlich auszuhängen und müssen sich durch ihre Registrierungskarte ausweisen (vgl. HCPC 2012h).

Auch in NL bestehen z. T. Pflichten zur beruflichen Registrierung und für Berufe, auf die dies nicht zutrifft, i. d. R. zumindest eine freiwillige Registrierungsmöglichkeit. Die verpflichtende Eintragung erfolgt dabei für einige Berufe¹⁹ im sog. BIG-Register – dem Register über die Berufe in der individuellen Gesundheitsversorgung (beroepen in de individuele gezondheidszorg), das durch das Ministerium für Volksgesundheit, Wohlfahrt und Sport verwaltet wird (vgl. Wet BIG 1993), sowie für weitere Berufe auf *freiwilliger* Basis²⁰ in dem ebenfalls dort angesiedelten „Kwaliteitsregister Paramedici“ (KP). Weitere Organe, die Registrierungsfunktionen der Berufsangehörigen übernehmen, sind „Stichting Raad Beroepsopleiding Laboranten Klinische Neurofysiologie“ (SRBLKNF), „Stichting Beroepsopleiding Hartfunctie Laborant“ (SBHFL) und „Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie“ (LOOP).

Zudem tragen auch für einige Berufe verpflichtende oder mehr oder weniger freiwillige Eintragungen in den Registern der einzelnen Berufsverbände zu einer gewissen Überwachung und Qualitätssicherung der Berufsausübung bei. Dies geschieht insb. durch die für die Re-Registrierung notwendige Erfüllung von Fortbildungsverpflichtungen. Freiwillige Eintragungen erfolgen in NL z. T. auch zusätzlich zur verpflichtenden beruflichen Registrierung. Dies gilt z. B. für Pflegende,

die sich vielfach neben dem Eintrag im BIG-Register auch im „Landelijk Kwaliteitsregister Verpleegkundigen en Verzorgenden“ ihres nationalen Pflegeberufsverbandes (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, V&VN) verzeichnen lassen (vgl. V&VN 2012a).

In NL ist – auch bei nicht verpflichtend vorgesehener Registrierung – ein Großteil der jeweiligen Berufsangehörigen in entsprechende Datenbanken eingetragen. Das hängt damit zusammen, dass dies von zahlreichen Arbeitgebern im Rahmen der Qualitätssicherung der Leistungserbringung erwartet und z. T. von diesen überprüft wird (s. u. a. Anhang 13.2).

Ergänzende Regelungen zur Erbringung bestimmter Leistungen sowie zur Selbstständigkeit

Für die Erbringung bestimmter Leistungen, wie von Heilmitteln in Form physiotherapeutischer, ergotherapeutischer, logopädischer oder podologischer Maßnahmen, und für eine selbstständige Berufsausübung, z. B. durch die Gründung eines ambulanten Pflegedienstes in D, sind neben der Berufszulassung weitere Nachweise vorzulegen. Diese Nachweiserbringung gestaltet sich in den einzelnen Ländern unterschiedlich. Im Folgenden werden, ohne den Anspruch auf Vollständigkeit, exemplarische Regelungen wiedergegeben.

In D sind diese ergänzenden Regelungen v. a. über die Sozialgesetzbücher V und XI und in den damit in Zusammenhang stehenden Richtlinien und weiterführenden Bestimmungen geregelt (vgl. z. B. GKV-Spitzenverband & Spitzenverbände der Leistungserbringer 2006a, b). So müssen z. B. Angehörige der Logopädie, Ergotherapie und Podologie sowie der Physiotherapeutischen Berufe, welche selbstständig oder gemeinschaftlich in einer außerklinischen Praxis tätig sein wollen, entsprechend der einheitlichen Zulassungsbedingungen des GKV-Spitzenverbandes „über eine Praxisausstattung [verfügen], die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet und [...] die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen (vgl. § 125 SGB V) [anerkennen].“ (vgl. GKV-Spitzenverband 2012a). Zudem müssen z. B. Hebammen in D, wenn sie freiberuflich tätig sein wollen, dies laut §22 HebG (1985) der zuständigen Behörde – hier gemeint: Amtsarzt des Gesundheitsamtes – erstmalig und jährlich melden.

In NL ist für die Aufnahme einer freiberuflichen Tätigkeit von Gesundheitsberufsangehörigen u. a. eine Meldung bei der Industrie- und Handelskammer (Handelsregister van de Kamer van Koophandel) notwendig (vgl. KvK 2012).

Hebammen, die eine freiberufliche Tätigkeit in A aufnehmen wollen, sind u. a. dazu verpflichtet, die

19 Die BIG-Registrierung gilt für Zahnarzt/-innen, Ärzt/-innen, Psycholog/-innen, Hebammen, Pflegefachpersonen, Pharmazeut/-innen, Physiotherapeut/-innen und Psychotherapeut/-innen. Ohne die Registrierung ist eine Tätigkeit in diesen Beruf in NL unmöglich (vgl. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2012).

20 Die freiwillige Registrierung gilt hier für die sog. – ebenfalls nach dem Wet BIG geregelten – paramedizinischen Berufe Ergotherapie, Diätassistenz, Logopädie, MTRA, Hebammenkunde, Orthoptik und Podologie sowie für Hauttherapeut/-innen, Zahnarzthelfer/-innen und Optiker/-innen (vgl. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2012).

„Niederlassung“ beim zuständigen Landeshauptmann zu beantragen und durch diesen bewilligen zu lassen. Im Falle einer Berufsunterbrechung von mehr als zwei Jahren ist der Besuch eines vom ÖHG anerkannten Fortbildungskurses obligatorisch (vgl. §37 HebG 1994). Außerdem müssen sich diejenigen Angehörigen des sog. gehobenen medizinisch-technischen Dienstes (MTD), die zu einer freiberuflichen Tätigkeit befugt sind, wozu Diätolog/-innen, Ergotherapeut/-innen, Logopäd/-innen und Physiotherapeut/-innen gehören, vor deren Aufnahme bei der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde melden (vgl. §§ 7, 7a MTDG 1992).

3.2.2.3 Fortbildungspflichten

Mit der zur Berufsausübung notwendigen beruflichen Registrierung und deren Erneuerung sind in GB (für alle analysierten Gesundheitsberufe) sowie in F, NL und A (für bestimmte Berufe) – neben der Vorlage des Ausbildungsnachweises – verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen verknüpft. Dazu gehört insb. die Verpflichtung zum Nachweis kontinuierlicher Fortbildungsaktivitäten (s. Tab. 3.2.7).

Die Fortbildungspflicht im Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung der beruflichen Registrierung fordert den Nachweis eines bestimmten Minimums von Fortbildungsstunden in einem bestimmten Zeitintervall. Dies ist in den entsprechenden Regularien zur beruflichen Registrierung (vgl. z. B. NMC 2004) sowie für A im Hebammengesetz festgehalten (vgl. §37 HebG 1994). Damit wird – hier am Beispiel der Hebammen – eine Verlängerung der auf fünf Jahre befristeten Registrierung sowie die damit verbundene Berufs- und Tätigkeitsberechtigung als Hebamme (A) erwirkt. Die zur Registrierung anrechenbaren Fortbildungskurse müssen dabei zuvor vom ÖHG offiziell anerkannt und vom zuständigen Landeshauptmann genehmigt worden sein. In F bestehen derzeit – aufgrund der neu eingeführten Registrierungspflicht – Übergangsfristen, in denen bei Nichteinhaltung der Maßgaben zur Fortbildungsverpflichtung noch keine Sanktionen, wie die Verweigerung der weiteren Berufserlaubnis, verhängt werden (vgl. z. B. für die Pflege: ONI 2012b).

Für die Mehrheit der Berufe existieren in den Vergleichsländern mind. allgemeine gesetzliche Vorgaben, die eine kontinuierliche Fortbildung zur Aktualisierung des Fachwissens verlangen. So ist in D z. B. eine gesetzliche Fortbildungspflicht explizit für die Rettungsassistenten, die Podologie und für die Pflegeberufe in den Berufszulassungsgesetzen formuliert. Diese ist allerdings nicht mit einem bestimmten Zeitumfang verknüpft und wird nicht überprüft. Für Hebammen findet sich die Verankerung einer Fortbildungspflicht in den auf Bundeslandebene verabschiedeten Berufsordnungen

wieder, wobei auch hier der Zeitumfang nur in einigen Ländern spezifiziert wird (vgl. z. B. LHebG NRW 2002).

Im Fall der Medizinisch-technischen Radiologieassistenten/-innen ergibt sich eine Fortbildungsverpflichtung aus der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV). Im Tätigkeitsbereich der therapeutischen Berufe Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Podologie sowie der Medizinischen Bademeister/-innen und Masseur/-innen sind mind. die zugelassenen fachlichen Leiter/-innen und therapeutischen Mitarbeiter/-innen entsprechend der Zulassungsempfehlungen nach §125 Abs. 2 SGB V verpflichtet, sich durch Fortbildungen auf dem aktuellen Wissensstand zu halten bzw. „sich beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fortzubilden“ (vgl. GKV-Spitzenverband 2006a, b).

In A ist bspw. eine allgemeine Fortbildungspflicht für Angehörige des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes implizit im MTD-Gesetz aufgenommen, das ein berufliches Handeln „unter Beachtung des Fortschritts der fachlichen Erkenntnisse“ (vgl. §11 MTD-Gesetz 1992) fordert. Darin wird jedoch kein bestimmter Stundenumfang festgelegt und die Erfüllung dieser Vorgabe bislang auch nicht regelhaft überprüft. Dies wird sich voraussichtlich im Jahr 2013 ändern.

Dagegen schreibt das Sanitätergesetz einen genauen Fortbildungsumfang in einem bestimmten Zeitintervall vor (vgl. §§50, 51 SanG 2002), der als Bedingung für eine Verlängerung der auf zwei Jahre befristeten Zertifizierung bzw. Berufs- und Tätigkeitsberechtigung als (Notfall-)Sanitäter/-in gilt. Auch im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz sind konkretere Angaben festgehalten. Demnach sind innerhalb von fünf Jahren 40 Fortbildungsstunden nachzuweisen (vgl. §63 GuKG 1997).

Tabelle 3.2.7: Bestehende Vorgaben zur beruflichen Fortbildungspflicht in den Vergleichsländern

	Deutschland				Frankreich				Großbritannien				Niederlande				Österreich				
	G	S	R	F	G	S	R	F	G	S ^{f)}	R	F	G	S	R	F	G	S	R	F	
MTA-Labor	X				X						X		X				X ^{e)}				
MTA-Radiologie	X	X ^{a)}			X						X		X			X	X ^{e)}	X ^{a)}			
MTA-Funktionsd.	X										X		X			X					
PTA	X				X						X		X			X					
Rettungsassistenz	X				X						X				X ^{d)}		X ^{e)}				
Diätassistenz	X				X					X	X		X			X	X ^{e)}				
Logopädie	X	X ^{b)}			X					X	X		X			X	X ^{e)}				
Ergotherapie	X	X ^{b)}			X					X	X		X			X	X ^{e)}				
Physiotherapie	X	X ^{b)}					X			X	X				X		X ^{e)}				
Med. Badem.	X	X ^{b)}															X ^{e)}				
Orthoptik	X				X					X	X		X			X	X ^{e)}				
Podologie	X	X ^{b)}					X			X	X				X		X				
Hebammen	X	X ^{c)}					X			X	X				X					X	
Ges.- u. Kr.-pflege	X	X ^{b)}		X			X			X	X				X		X ^{e)}				
Ges.- u. Kinderk.	X	X ^{b)}		X			X			X	X				X		X ^{e)}				
Altenpflege	X	X ^{b)}		X																	

Die landesspezifischen Bezeichnungen der Berufe können der Tabelle 1.1 entnommen werden.

Grau gekennzeichnete Felder: Hier gibt es kein dem deutschen Ausbildungsberuf entsprechendes Qualifikationsprofil.

G: Nicht genau spezifiziert, im Zusammenhang mit der Leistungserbringung gesetzlich geforderte Fortbildungspflicht, die i. d. R. nicht überprüft und bei Nichterfüllung nicht sanktioniert wird.

S: Spezifische, im Zusammenhang mit der Leistungserbringung gesetzlich geforderte Fortbildungspflicht, welche überprüft und bei Nichterfüllung sanktioniert wird.

R: Fortbildungspflicht im Zusammenhang mit der gesetzlichen Registrierungspflicht, die überprüft und bei Nichterfüllung mit Sanktionen belegt wird (z. B. Berufsausübungsverbot).

F: Fortbildungspflicht im Zusammenhang mit einer freiwilligen Registrierung, deren Erfüllung überprüft und bei Nichterfüllung mit dem Ausschluss von der freiwilligen Registrierung sanktioniert wird.

a) Fortbildung nach Strahlenschutzverordnung und Röntgenverordnung

b) nach §125 SGB V oder anderen mit der Leistungserbringung nach dem Sozialgesetzbuch in Verbindung stehender Regelungen (s. auch Fließtext)

c) Im Rahmen einiger Landesberufsordnungen, z. B. für Nordrhein-Westfalen

d) Um in NL in der Rettungsassistenz (ambulance verpleegkundige) tätig sein zu können, ist eine gültige Registrierung als Krankenpfleger/-in (verpleegkundige) notwendig, für deren Aufrechterhaltung Fortbildungspflicht besteht.

e) In A bestehen derzeit zwar freiwillige Registrierungsmöglichkeiten für die gekennzeichneten Berufe. In diesem Zusammenhang wird auch auf die Bedeutsamkeit beruflicher Fortbildung verwiesen. Kontrollen über die Einhaltung der allgemein formulierten Angaben zur Fortbildung werden derzeit jedoch nicht systematisch durchgeführt und nicht mit Sanktionen belegt (vgl. mtd austria 2012b).

f) Die spezifische Fortbildungspflicht in GB bezieht sich u. a. auf die Erneuerung einer Verschreibungsbefugnis für Medikamente (s. auch Kap. 3.2.3 und Tab. 3.2.9).

3.2.3 Leistungserbringung durch die Gesundheitsfachberufe

Der Umfang der Handlungsbefugnisse und -kompetenzen der einzelnen Gesundheitsfachberufe lässt sich anhand einer Reihe von Kriterien beschreiben. Dabei ist zunächst festzuhalten, dass sich für das Handeln der hier analysierten Berufe in den fünf Vergleichsländern in ähnlicher Weise innerhalb ihres Aufgaben- und Verantwortungsbereichs drei Handlungskompetenzbereiche erkennen lassen. Sie lassen sich – wenngleich nicht jeweils explizit so bezeichnet – in (1) einen eigenverantwortlichen, (2) einen mitverantwortlichen und (3) einen interdisziplinären Bereich kategorisieren.

Außerdem ist festzuhalten, dass die qualifikationsbasierte Handlungskompetenz und Befugnis zur Ausübung des jeweiligen Berufs in den fünf Vergleichsländern i. d. R. umfangreicher ist, als sie für die Erbringung der Aufgaben benötigt wird, die im Rahmen der Leistungserbringung innerhalb des jeweiligen Gesundheitssystems *vergütet* werden. So erbringen etwa vielfach Gesundheitsfachberufsangehörige, insb. der Diätassistenz, Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Podologie, der Pflegeberufe sowie der Hebammenkunde, gesundheitsfördernde und krankheitspräventive Leistungen, welche nicht oder nicht umfänglich von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen werden, sondern entweder privat bezahlt oder durch private Kranken(zusatz-)versicherungen erstattet werden. Um diese Aufgaben durchzuführen, benötigen sie i. d. R. keine ärztliche Anordnung, sondern sie fallen – aufgrund ihrer Qualifikation – in ihren eigenverantwortlichen Handlungsbereich.

Hinsichtlich des Vorhandenseins eines jeweils eigenverantwortlichen Handlungsbereichs der hier untersuchten Berufe bestehen nur wenige Ausnahmen. Dazu gehören die Pharmazeutisch-technischen Assistent/-innen (PTA), welche eine Beratung von Patient/-innen sowie die Herstellung und Bereitstellung von rezeptpflichtigen Medikamenten nur unter Aufsicht einer/eines Pharmazeuten/-in umsetzen dürfen. Dies gilt in den vier Ländern D, F, GB und NL, in denen es PTA bzw. damit vergleichbare Qualifikationsprofile gibt, gleichermaßen (s. auch Anhang A 4).

Eine Sonderstellung bzgl. der Eigenständigkeit ihres Handelns nehmen die Rettungsassistent/-innen ein. Sie verfügen im Rahmen einer in den Ländern unterschiedlich geregelten Notfallkompetenz über die Möglichkeit bzw. Pflicht, sofern kein Arzt/keine Ärztin anwesend ist, im Notfall weitreichende Maßnahmen zu ergreifen. Dazu gehören die Verabreichung schnellwirksamer Medikamente, das Legen venöser Zugänge sowie in manchen Ländern eine Drainagepunktion

und die Defibrillation. In Anwesenheit von (Not-)ärzt/-innen treten sie in eine Assistenzfunktion zurück (s. auch Anhang A 5).

Handeln auf ärztliche Anordnung sowie Möglichkeiten des Direktzugangs zu den Leistungen eines Teils der Gesundheitsfachberufe

Unter dem Aspekt des „eigen-“ und „mitverantwortlichen“ Handelns kann die Ausgestaltung der Handlungskompetenz für einige – v. a. therapeutisch ausgerichtete – Gesundheits(fach)berufe unter dem Gesichtspunkt charakterisiert werden, ob die Patient/-innen einen direkten Zugang zu ihrer Leistung nutzen oder ob sie diese nur auf der Basis einer ärztlichen Verordnung erhalten können (s. Tab. 3.2.8).

Schlagworte in diesem Zusammenhang sind die Begriffe „first contact (practitioner)“ und „direct access“ (auch: „open access“). Die Möglichkeit des „direct access“ hat v. a. in GB eine längere Tradition (vgl. CSP 2002, S. 19), besteht inzwischen jedoch auch für eine Reihe von Berufen in NL sowie im Rahmen von Modellprojekten in F.

Der Status „first contact practitioner“ (FCP) erlaubt es Gesundheitsfachberufsangehörigen in GB, z. B. Physiotherapeut/-innen, Patient/-innen ohne eine zuvor erfolgte Überweisung bzw. Verordnung zu untersuchen und zu behandeln sowie eine Prognose über den Verlauf der Erkrankung aufzustellen (vgl. Zalpour 2007, 2008). Damit verbunden steht „direct access“ für den direkten bzw. offenen Zugang der Patient/-innen zu den FCPs (vgl. ebd.).

In die Richtung des „direct access“ – diesem aber noch nicht gleichzusetzen – geht in D ein Modellprojekt nach §63 Abs. 3b SGB V (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) für Physiotherapeut/-innen. Sie bleiben in diesem Projekt an die Diagnose- und Indikationsstellung durch Mediziner/-innen gebunden, können aber die Auswahl und die Dauer der physikalischen Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten selbst bestimmen (vgl. Scheel 2012). Dieses Vorgehen wiederum ist für die Physiotherapie in F bereits seit dem Jahr 2000 auf der Basis eines Erlasses üblich, der die Eigenständigkeit der Physiotherapeut/-innen bei der Untersuchung ermöglicht, welche auch eine physiotherapeutische Diagnose und die Erstellung von Behandlungszielen sowie die gemeinsame Koordinierung mit dem/der behandelnden Arzt/Ärztin beinhaltet (vgl. FFMKR 2011).

Eine Sonderstellung nehmen Hebammen ein, die in allen Vergleichsländern gleichermaßen befugt sind, nach dem „first contact“-Prinzip physiologische

Tabelle 3.2.8: Leistungserbringung im Direktzugang und/oder über ärztliche Verordnungen (VO)

	D Leistungs- erbringung		F Leistungs- erbringung		GB Leistungs- erbringung		NL Leistungs- erbringung		A Leistungs- erbringung	
	im Direkt- zugang	auf ärztli- che VO	im Direkt- zugang	auf ärztli- che VO	im Direkt- zugang	auf ärztli- che VO	im Direkt- zugang	auf ärztli- che VO	im Direkt- zugang	auf ärztliche VO
Diät- assistenz	nein	ja	ja ^{a)}	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja
Logo- pädie	nein ^{b)}	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja
Ergo- therapie	nein ^{b)}	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja
Physio- therapie	nein ^{b)}	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja
Orthop- tik	nein	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja
Podolo- gie	nein ^{b)}	ja	ja	ja	ja ^{c)}	ja	ja	ja	nein	nein ^{d)}
Hebam- men- kunde	ja	ja ^{e)}	ja	ja ^{e)}	ja	ja ^{e)}	ja	ja ^{e)}	ja	ja ^{e)}

Die landesspezifischen Bezeichnungen der Berufe können der Tabelle 1.1 entnommen werden.

Grau gekennzeichnete Felder: Hier gibt es kein dem deutschen Ausbildungsberuf entsprechendes Qualifikationsprofil.

a) für Teilaufgaben in der Gesundheitsförderung und Prävention gegeben

b) Ausnahme: Leistungserbringung als Heilbehandlung ohne ärztliche VO ist für Berufsangehörige möglich, die über eine gleichzeitige Erlaubnis zur Berufsausübung nach dem Heilpraktikergesetz verfügen

c) Diese Regelung gilt (nur) in einigen Regionen und ist nicht flächendeckend.

d) Fußpflege stellt in A keinen Gesundheitsfachberuf dar. Die Leistungen sind damit nicht als Heilbehandlung abrechenbar. Im Rahmen der Behandlung von z. B. Diabetiker/-innen können Mediziner/-innen lediglich empfehlend an qualifizierte Fußpfleger/-innen verweisen (für weitere Angaben s. Anhang A 11).

e) bei Auftreten von pathologischen Anzeichen im stationären Bereich

Prozesse während der Schwangerschaft, der Geburt, des Wochenbettes und der Stillzeit autonom mittels Beratung, Überwachung und Betreuung zu begleiten.

Verschreibung von Medikamenten durch Gesundheitsfachberufsangehörige

In mehreren Fällen ist es einzelnen Gesundheitsfachberufsangehörigen in den Vergleichsländern erlaubt, in einem *definierten Umfang* Medikamente zu verschreiben und/oder sie eigenverantwortlich – ohne ärztliche Aufsicht – auszuwählen und zu verabreichen (s. Tab. 3.2.9).

So haben etwa Hebammen länderübergreifend die Befugnis, ausgewählte Medikamente während der

Geburt zu verabreichen. Darüber hinaus dürfen sie in F bestimmte Medikamente selbst verschreiben und auch Impfungen vornehmen. Gleiches gilt bei einer entsprechenden Weiterbildung für Pflegefachpersonen. Podolog/-innen und Pflegenden dürfen in F bereits auf der Grundlage ihrer erfolgreich abgeschlossenen Ausbildung auf Bachelor-Niveau festgelegte Medikamente selbst verordnen. Personen mit Abschlüssen, die vor Einführung der Bachelor-Ausbildungen verliehen wurden, bedürfen hierfür einer Weiterbildung.

In GB haben nahezu alle Angehörigen der Gesundheitsfachberufe aufgrund ihrer Primärqualifikation die Kompetenz, verordnete Medikamente im Rahmen

einer detaillierten fach-/ärztlichen Bevollmächtigung, der sog. „patient group direction“ (PGD) zu verabreichen bzw. können diese durch darauf aufbauende spezielle Schulungen erlangen. Rettungsassistent/-innen, Hebammen und Podolog/-innen können unter bestimmten Bedingungen festgelegte Medikamente, insb. Notfallmedikamente und Anästhetika, auch außerhalb der PGD verabreichen.

Mit entsprechenden weiterführenden Qualifikationen können einige Berufsangehörige auch als sog. „supplementary prescribers“ (SP) agieren. Sie verfügen als SP über eine Verschreibungsbefugnis (s. Tab. 3.2.9).

Sie dürfen dann bestimmte Medikamente selbst verordnen, die im Rahmen der o.g. PGD für die jeweilige Berufsgruppe durch Fachärzt/-innen für bestimmte Patientengruppen festgelegt wurden (SP/PGD).

Ab 2013 erhalten zudem Physiotherapeut/-innen und Podolog/-innen die Möglichkeit, sich zu „independent prescribers“ (IP) fortzubilden; eine Möglichkeit, die für Pflegende und Hebammen bereits besteht. „Independent prescribers“ (IP) haben eine weiterreichende Bevollmächtigung. Ihnen ist es erlaubt, aufgrund einer umfassenden Weiterqualifizierung eigenverantwortlich Medikamente aus den im „British National Formula-

Tabelle 3.2.9: Verschreibung von Medikamenten durch Angehörige der Gesundheitsfachberufe in den Vergleichsländern

	D	F	GB	NL	A
MTA-Labor	nein	nein	nein	nein	nein
MTA-Radiologie	nein	nein	ja: SP/PGD	nein	nein
MTA-Funktionsdiagnostik	nein		nein	nein	
PTA	nein	nein	nein	nein	
Rettungsassistent	ja ^{a)}	ja ^{a)}	nein	ja ^{a)}	ja ^{a)}
Diätassistent	nein	nein	nein	nein	nein
Logopädie	nein	nein	nein	nein	nein
Ergotherapie	nein	nein	nein	nein	nein
Physiotherapie	nein	nein	ja: SP/PGD, IP ^{c)}	nein	nein
Med. Bademeister und Masseur	nein				nein
Orthoptik	nein	nein	nein	nein	nein
Podologie	nein	ja ^{b)}	ja: SP/PGD, IP ^{c)}	ja ^{b)}	nein
Hebammenkunde	ja ^{b)}	ja ^{b)}	ja: SP/PGD, IP	ja ^{b)}	ja ^{b)}
Ges.- u. Krankenpflege	nein	ja ^{b)}	ja: SP/PGD, IP	ja ^{b)}	nein
Ges.- u. Kinderkrankenpflege	nein	ja ^{b)}	ja: SP/PGD, IP	ja ^{b)}	nein
Altenpflege	nein				

Die landesspezifischen Bezeichnungen der Berufe können der Tabelle 1.1 entnommen werden.

Grau gekennzeichnete Felder: Hier gibt es kein dem deutschen Ausbildungsberuf entsprechendes Qualifikationsprofil.

SP/PGD: Verschreibungserlaubnis als Supplementary Prescriber auf der Grundlage einer Patient Group Direction

IP: Independent Prescriber (weiterreichend als SP/PGD)

a) gilt im Rahmen der Notfallkompetenz für bestimmte Medikamente

b) gilt für bestimmte Medikamente

c) gilt voraussichtlich ab März 2013

ry“ zugelassenen Medikamenten auszuwählen und zu verordnen (vgl. HCPC 2011).

Fachspezifische Handlungskompetenzerweiterung durch weiterführende Qualifizierungen

In fast allen hier untersuchten Berufen bestehen als Elemente des lebenslangen Lernens neben Fortbildungen i. d. R. auch formale Weiterqualifizierungs-/bildungsmöglichkeiten. Sie werden in den Vergleichsländern gleichermaßen als fachliche Spezialisierungen beschrieben, die der Vertiefung bzw. Kompensation von in der Erstausbildung nicht hinreichend für spezifische Handlungsfelder herausgebildeten Kompetenzen dienen und die persönliche Weiterentwicklung unterstützen sollen (vgl. z. B. KMK 2001).

In einer Reihe von Berufen kann durch weiterführende Qualifizierungen, neben der Übernahme von Leitungs- und Lehraufgaben, v. a. in den Vergleichsländern GB und NL die Befugnis zur Übernahme bestimmter fachlicher Aufgaben in der Patientenversorgung bzw. klinischen Praxis z. T. deutlich erweitert werden. Entsprechend qualifizierte Personen erhalten die Befugnis, Aufgaben zu übernehmen, die sie mit ihrem berufsuzulassenden Abschluss allein nicht umsetzen dürften (s. Tab. 3.2.10).

In D hingegen lässt sich das Aufgabenprofil von Angehörigen der Gesundheitsfachberufe mit und ohne Weiterqualifizierung vielfach nicht voneinander abgrenzen. Als Beispiel sei hier auf das Handeln von Pflegenden mit bzw. ohne pflegerische Fachweiterbildung für die Intensivpflege, die Anästhesie oder die OP-Pflege verwiesen. Viele der hier Tätigen erlangen ihr Können durch „learning by doing“. Eine Verpflichtung zur Fachweiterbildung, um bestimmte Aufgaben ausführen zu dürfen, besteht nicht (vgl. Sailer 2005).

Zentrale Schlagworte für fachspezifisch erweiterte Handlungskompetenzen sind die Konzepte „*advanced practitioner*“ und „*physician assistant*“. Beide stehen für Gesundheitsfachberufsangehörige, die auf der Basis einer Weiterqualifizierung – vielfach eines Masterstudiums – Aufgaben in der Diagnostik, Behandlung und sonstiger Patientenbegleitung, die bislang – zumindest formal – zuvor bzw. in D nach wie vor, Ärzt/-innen zugeordnet waren bzw. sind. „Physician assistants“ (PAs) führen ihre Aufgaben i. d. R. unter der Supervision eines Arztes/einer Ärztin aus. Ihr Handeln gründet auf einem medizinischen Denkmodell und ihr Kontakt zum Arzt/zur Ärztin ist im Allgemeinen enger als der von „advanced practitioners“ (APs) (vgl. Hamric et al. 2004; SVR 2007). „Advanced practitioners“ – z. B. in GB und NL im Bereich der Pflege als sog. „(Advanced) Nurse Practitioners“ (NPs) bezeichnet

– agieren i. S. einer erweiterten und vertieften (Pflege-) Praxis weitgehend eigenständig. Das Handeln dieser Berufsangehörigen fußt auf einem disziplinen-eigenen, z. B. pflegerischen Verständnis bzw. Modell (vgl. ICN 2008a). Sie übernehmen auf der Basis umfangreichen Wissens und i. d. R. mehrjähriger Berufserfahrung sowohl Aufgaben, die von einer bestehenden anderen Profession, z. B. der ärztlichen, nicht (mehr) hinreichend wahrgenommen werden können, als auch solche Aufgaben, die durch gesellschaftliche Veränderungen, z. B. durch den demografischen Wandel, neu entstanden sind (vgl. Kuhlmeier et al. 2011). Sie zeichnen sich durch Expertenwissen und Know-how in einem spezifischen Handlungsfeld aus. Sie verfügen (im Idealfall) über Fähigkeiten, andere zu führen und fachlich zu befähigen. Dabei agieren sie aktiv innerhalb interdisziplinärer Teams und werden z. B. von Kolleg/-innen in komplexen Handlungssituationen, wie bspw. als herausfordernd/schwierig empfundene Therapie- oder Pflegesituationen, konsultierend hinzugezogen. Sie verfügen über Entscheidungsfindungskompetenz sowie über Kenntnisse wissenschaftlicher Methoden und Fähigkeiten, die sie zur Verbesserung der Handlungspraxis ihrer Disziplin, z. B. der Physiotherapie oder Pflege, einsetzen (vgl. Hamric et al. 2004; Skills for Health 2006; Schober & Affara 2008). In der Praxis sind die Grenzen zwischen den beiden genannten Konzepten fließend und mit zahlreichen, z. T. widersprüchlichen Bezeichnungen²¹ und Rollenbeschreibungen verbunden (vgl. SVR 2007).

In GB sind Personen, die entsprechend der o. g. Konzepte qualifiziert und handlungsbefugt sind, innerhalb des NHS-Karriererahmens ab dem Level 7 von insgesamt 9 eingeordnet (s. auch Kap. 3.1.4). Tabelle 3.2.10 vermittelt einen Überblick über die Vergleichsländer und Berufe, in denen „advanced practitioner-“ und „physician assistant“-Rollen eingenommen werden können. Nähere Angaben sind den Darstellungen im Anhang A zu entnehmen.

21 Beispiele für Bezeichnungen von Gesundheitsfachberufsangehörigen in „advanced practitioner“-Rollen sind z. B. „clinical nurse practitioner“ (CNP), „consultant practitioner“, „higher level practitioner“ (vgl. SVR 2007; ICN 2008b).

Tabelle 3.2.10: Möglichkeiten der formalen Erweiterung der fachspezifischen Handlungskompetenzen i. S. von „advanced practitioners“ in den Vergleichsländern

	D	F	GB	NL	A
MTA-Labor	nein	nein	ja	nein	nein
MTA-Radiologie	nein	nein	ja ^{a)}	ja ^{a)}	nein
MTA-Funktionsdiagnostik	nein		ja	nein	
PTA	nein	nein	nein	nein	
Rettungsassistentz	nein	nein	ja	nein	nein
Diätassistentz	nein	nein	ja	nein	nein
Logopädie	nein	nein	ja	nein	nein
Ergotherapie	nein	nein	ja	nein	nein
Physiotherapie	nein	nein	ja	nein	nein
Med. Bademeister und Masseur	nein				nein
Orthoptik	nein	nein	ja	nein	nein
Podologie	nein	nein	ja	nein	nein
Hebammenkunde	nein	nein	ja	nein	nein
Ges.- u. Krankenpflege	nein	ja ^{b)}	ja ^{b) c)}	ja ^{b)}	nein
Ges.- u. Kinderkrankenpflege	nein	ja ^{b)}	ja ^{b) c)}	ja ^{b)}	nein
Altenpflege	nein				

Die landesspezifischen Bezeichnungen der Berufe können der Tabelle 1.1 entnommen werden.

Grau gekennzeichnete Felder: Hier gibt es kein dem deutschen Ausbildungsberuf entsprechendes Qualifikationsprofil.

a) Medizinisch-technische Radiologieassistent/-innen bzw. „radiographers“ in GB und „medisch beeldvormings- en bestra- lingsdeskundigen“ (MBB'er) in NL dürfen bei entsprechender Qualifikation in „advanced practitioner“-Rollen z. B. Ultraschalluntersuchungen selbst durchführen und weitreichende Aufgaben in der Befundung von Aufnahmen übernehmen.

b) Für Pflegende kann die „Advanced Practitioner“-Rolle – je nach Weiterqualifikationsprofil – z. B. das Beatungsmanagement bei Intensivpatienten umfassen oder die Durchführung von OP-Assistenzen, Anästhesien, endoskopische Untersuchungen mit Probeentnahmen, Ultraschalluntersuchungen und die Verschreibung von Medikamenten und Hilfsmitteln. In NL dürfen sie nach Abschluss weiterführender Qualifikationen (bspw. eines Masterstudiengangs), u. a. eigenständige Pflegesprechstunden sowohl im Krankenhaus als auch im ambulanten Bereich abhalten (s. auch Kap. 4.3.1, Anhang 9.2).

c) Im Zuge der Qualitätssicherung wird für Pflegende und Hebammen in GB erwogen, die Qualifikationsbezeichnung „advanced practitioner“, die i. d. R. durch einen Master-Abschluss erworben werden kann, durch eine eigene Registrierung beim NMC zu schützen und zu regulieren (vgl. NHS 2012)

3.2.4 Entwicklungstendenzen und Herausforderungen in den Gesundheitssystemen mit Blick auf die Gesundheitsfachberufe

Die Gesundheitssysteme der Vergleichsländer stehen angesichts des demografischen und epidemiologischen Wandels gleichermaßen multifakto-

riell bedingten Herausforderungen hinsichtlich der Zukunftssicherung ihrer Leistungsfähigkeit gegenüber. Dabei unterliegen sie gleichermaßen einem stetigen Wandel, und der Ruf nach Reformen ist ein zentrales innenpolitisches Thema (vgl. Rebscher 2009, S. 1 f.; Matz 2010, S. 151). Das beobachtbare Spektrum politischer Reaktionen auf die sich stellenden Heraus-

forderungen reicht von schrittweisen Modifikationen wie insb. in den letzten Jahren in D und A, bis hin zu grundlegenden Reformen, wie Mitte der 2000er Jahre in NL.

Im Folgenden werden als zentral erkannte Herausforderungen und darauf gerichtete Handlungsstrategien, die die (Aus-)Bildung und Berufsausübung in den Gesundheitsfachberufen tangieren, umrissen.

Zunehmende Differenzierung im Berufsfeld durch medizinischen Fortschritt

Einen zentralen Aspekt im Bündel der Herausforderungen an die Gesundheitssysteme und -berufe stellt die wachsende Spezialisierung und Technisierung der Medizin dar. Diese trägt zur Komplexitätssteigerung und Umstrukturierung der Arbeit – meist i. S. einer Konzentration auf einzelne Gebiete und Kompetenzen – sowie zu einer zunehmend differenzierteren Arbeitsteilung bei. Dieser Prozess impliziert Neuorientierungen von beruflichen Bildungsinhalten sowie von Strukturen im Berufsfeld Gesundheit und Pflege (vgl. Becker 2002; Balsing 2008).

In diesem Zusammenhang lassen sich Restrukturierungsprozesse nachzeichnen, in deren Verlauf Kompetenzen, Zuständigkeiten, Arbeitsteilungen und Kooperationen zwischen den bestehenden Berufen neu ausgehandelt und sowohl symbolisch als auch machtpolitisch neu abgestützt werden (vgl. Hülsken-Giesler 2010). Dies lässt sich v. a. für die Vergleichsländer GB und NL hinsichtlich einer stärkeren Berücksichtigung und Nutzung der Kompetenzen der Gesundheitsfachberufe und einer Kooperation mit Mediziner/-innen „auf Augenhöhe“ nachzeichnen.

Parallel zu den Veränderungen innerhalb bestehender Berufe finden zudem Transformationsprozesse statt, in deren Verlauf sich neue Qualifikationsmuster i. S. weiterer Aus- und Weiterbildungsberufsprofile herausbilden. Die Entstehung neuer Aus- und Weiterbildungen, die als Indikator für anwachsende Diskrepanzen zwischen den in einzelnen Berufen gebündelten Qualifikationen einerseits und den Anforderungen aus der Arbeitswelt andererseits interpretiert werden können (vgl. Borgetto & Kälble 2007), lassen sich dabei seit den 1990-er Jahren v. a. in den sog. Medizinisch-technischen Assistenz- sowie in den pflegerischen Berufsbildern nachzeichnen (vgl. Becker 2002, S. 13 f.; s. auch Kap. 3.1.2). Dies trifft für alle fünf Vergleichsländer gleichermaßen zu, wobei v. a. in GB und NL besonders differenzierte Strukturen und Qualifikationsprofile entstanden sind (s. auch Kap. 3.1.4).

Ökonomischer Druck und Fachpersonalmangel als Motor für Aufgabenneuverteilung, Kompetenzerweiterungen und Kooperation

Neben der Spezialisierung und Technisierung der Medizin bewirkt(e) in den vergangenen Jahren v. a. auch zunehmender ökonomischer Druck tief greifende Umstrukturierungen in den Gesundheitssystemen. Dabei lassen sich verschiedene, teils sich überschneidende Strategien zur Bewältigung der finanziellen Konsolidierungszwänge erkennen, insb. (1) die zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen in D, F und A, (2) die Verlagerung von Versorgungsleistungen aus dem nationalen Gesundheitsdienst in den privaten Sektor und die Verstärkung des Wettbewerbs unter den Leistungserbringern, wie insb. in GB und NL sowie (3) die Umstrukturierung der Finanzierung und die Reduzierung des Leistungskatalogs, wie im Zuge der Reform der Krankenversicherung in NL (vgl. Sauer 2006; Sonntag 2008; Schlette et al. 2009a, b; Simon 2010; Schölkopf 2010).

Als besondere Herausforderung stellt sich in den Ländern der erwartete bzw. der in einigen Berufen, wie der MTRA und der Pflege, bereits eingetretene Fachkräftemangel dar (vgl. für D z. B.: Simon 2010; Blum et al. 2011; bpa 2012; für F und GB: Schlette et al. 2009a). Besonders für D lässt sich unter Berücksichtigung der Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung (s. Tab. 3.2.1) festhalten, dass sich der Fachkräftemangel durch erheblich sinkende Schulabgängerzahlen zuspitzen wird. Dabei wird es für Gesundheitsfachberufe, die wie die Pflege unter vielfach unattraktiv empfundenen Rahmenbedingungen agieren, und für Berufe mit geringem Bekanntheitsgrad zunehmend schwieriger, zahlenmäßig ausreichend geeignete Nachwuchskräfte zu gewinnen und sie langfristig zu binden (vgl. Dielmann 2005; Hundenborn 2010). Hier sind erhebliche Anstrengungen, insb. in Konkurrenz zu den Berufen des dualen Berufsbildungssystems im Handwerk, der Industrie und des Handels (vgl. Kloas 2007; Hundenborn 2010) sowie hinsichtlich einer alternsensiblen Personalpolitik notwendig (vgl. Becker 2008; Kade 2008).

Hinzu kommt ein – teils erwarteter und teils bestehender – Mangel an Mediziner/-innen für einzelne fachärztliche Disziplinen und insb. auch für die hausärztliche bzw. primärmedizinische Versorgung²² (vgl.

22 Der mit den Versorgungsproblemen im ländlichen Raum häufig verwendete Begriff „Ärztemangel“ ist prinzipiell nicht vollständig korrekt. Deutschland weist im internationalen Vergleich eine insgesamt hohe Arztdichte auf (vgl. Gerlinger 2011). Es handelt sich vielmehr um einen „relativen Ärztemangel“. Während dabei in den Ballungsräumen eine nach wie vor hohe Dichte von Arztpraxen zu verzeichnen ist, besteht im ländlichen Entwicklungsraum ein realer Mangel an

z. B. SVR 2009, S. 18; für F und NL: Schlette et al. 2009a; für westliche europäische Länder übergreifend: Grobler et al. 2009).

Um dem steigenden Kostendruck und dem Mangel an Mediziner/-innen zu begegnen, wurde in den vergangenen Jahren in D – aber auch in den anderen Vergleichsländern – v. a. im Krankenhaussektor sowie im Zusammenhang mit der primärmedizinischen Versorgung in ländlichen Regionen zunehmend die Übertragung von bis dahin Ärzt/-innen zugeordneten Aufgaben an Gesundheitsfachberufsangehörige, insb. an Pflegende diskutiert.

Teils lassen sich in diesem Zusammenhang kleinschrittige Tätigkeitsverlagerungen beschreiben (vgl. Bachstein 2005, S. 544), wie z. B. die Delegation sog. ärztlicher Tätigkeiten an Pflegende in den Funktionsbereichen Anästhesie, Intensivpflege, Dialyse, Notaufnahme und Endoskopie (vgl. DPR 2006, S. 3), an MTA/F im Bereich der Gefäßdiagnostik und Audiologie sowie an MTLA im Bereich der Labordiagnostik (vgl. Kachler 2007).

Demgegenüber fordert der „Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen“ (SVR) in seinem Gutachten von 2007 „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ eine umfassende, konzeptionell abgesicherte Neustrukturierung von Aufgabenkomplexen und Handlungsabläufen zwischen den Berufen (vgl. SVR 2007). Diese soll der Zergliederung von Tätigkeitsbündeln und -ketten, dem Entstehen und Verstärken von Bruchstellen an Übergängen und dem Verlust von Informationen und Ressourcen entgegenwirken (vgl. Stemmer & Böhme 2008, S. 200). Als Beispiele für notwendig befundene Strukturen und Arbeitsformen werden im SVR-Gutachten das ambulante multiprofessionelle Team, das transsektorale „Case Management“ und das hochspezialisierte klinische Behandlungsteam genannt. Seine Forderungen wiederholte der SVR in den beiden Folgegutachten „Kooperation und Verantwortung – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ (vgl. SVR 2009) sowie „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ (vgl. SVR 2012).

Diese Forderungen und die konkreten konzeptionellen Vorschläge spiegeln sich u. a. auch im „Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe – Qualität und Sicherung der Gesundheitsversorgung von morgen“ wider, das eine interdisziplinär besetzte

Arbeitsgruppe im Auftrag der Robert Bosch Stiftung entwickelte (vgl. RBS Hrsg. 2011).

In diesem Zusammenhang ist zudem auf das „Pflege-Weiterentwicklungsgesetz“ von 2008 und die darauf gründende „Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 36 Absatz 3c Sozialgesetzbuch V“ (kurz: Heilkunde-Übertragungsrichtlinie) zu verweisen, die im März 2012 in Kraft trat (vgl. PfwG 2008; BAnz 2012, S. 1128). Im Kern geht es darin um die Realisierung einer neuen Aufgaben- und Verantwortungsteilung zwischen Arzt- und Gesundheitsfachberufen, insb. der Pflege. Die Richtlinie kann für D als ein erster zentraler Schritt hin zu einer neuen, kompetenzgestützten Rollenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen bewertet werden. Sie lässt – wie die o. g. Gutachten – erkennen, dass in den letzten Jahren zunehmend aus gesellschaftlicher, politischer und ökonomischer Sicht in Frage gestellt wird, ob die Konzeption des deutschen Gesundheitssystems mit seiner exklusiven ärztlichen Sonderstellung den Herausforderungen einer altersgewandelten Gesellschaft gerecht werden kann (vgl. Klemperer 2006, S. 61 f.; Borgetto & Kälble 2007, S. 134 f.) (s. auch Einleitung zu Kap. 3.2).

Die o. g., in D nur langsam vorankommenden Diskussionen und gegenwärtig ablaufenden Tätigkeits- bzw. Aufgabenverlagerungen sind v. a. in GB und NL, insb. mit der Schaffung von „advanced practitioner“- und „physician assistant“-Rollen, deutlich weiter fortgeschritten als in D, F und A (s. auch Kap. 3.2.3). Dabei existieren in GB und NL sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor verschiedene interprofessionelle Versorgungsmodelle, in denen Gesundheitsfachberufsangehörige zur Gewährleistung eines niedrigschwelligeren Zugangs der Patient/-innen zu den Gesundheitsleistungen sowie zur Optimierung der Versorgungsabläufe und der Kosten-Nutzen-Effizienz stärker eingebunden werden als in D (vgl. z. B. Schlette 2009b).

Hierzu kann z. B. die Einführung des „first contact practitioner“ bzw. des „direct access“ in GB und NL gezählt werden (s. Kap. 3.2.3). Auch für F und A lassen sich mehrere Modellprojekte anführen, die eine Neuverteilung von Aufgaben zwischen den verschiedenen Berufen und eine Erweiterung von Handlungskompetenzen erproben (vgl. z. B. Berland & Bourgueil 2006; Schlette et al. 2009a; Hartwig 2010). U. a. wurde in F 2006 ein Bericht zu fünf interprofessionellen Versorgungsmodellen im stationären Sektor vorgelegt, in denen bislang Ärzt/-innen zugeordnete Aufgaben an Gesundheitsfachberufsangehörige delegiert und neue

niedergelassenen Ärzt/-innen und dabei insb. an Hausärzt/-innen. Dieses Phänomen gilt gleichermaßen für F und A (vgl. Schlette et al. 2009a).

Kooperationen entwickelt wurden. Diese betreffen Teams aus (1) Ärzt/-innen und Pflegeexpert/-innen für Dialyse und Hepatitis C, (2) Radiolog/-innen und MTRA, (3) Augenärzt/-innen und Orthoptist/-innen sowie (4) Ärzt/-innen und Diätassistent/-innen (vgl. Berland & Bourgeuil 2006). Unter Berücksichtigung methodischer Schwächen und einer eingeschränkten Generalisierbarkeit der Ergebnisse legen die bisherigen Erkenntnisse nahe, dass die Umorganisation von Handlungsabläufen und Zuständigkeiten möglich ist, ohne die Versorgungsqualität und Patient/-innensicherheit zu beeinträchtigen. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass die Angehörigen der Gesundheitsfachberufe für ihre zusätzlichen Aufgaben qualifiziert und die Bedürfnisse der Zielgruppe berücksichtigt werden (vgl. ebd.).

In Bezug auf die Sicherstellung der primärmedizinischen Versorgung v. a. im ländlichen Raum zeigt der Blick in die Vergleichsländer GB und NL sowie in weitere Länder mit ähnlichen Herausforderungen, dass dort diverse Konzepte erfolgreich etabliert werden konnten (vgl. Brandt 2009, S. 44), in denen, vielfach auf Masterebene, weiterqualifizierte Pflegefachpersonen mit erweiterten Handlungskompetenzen ausgestattet, an den Nahtstellen zwischen ärztlichen Aufgaben, Praxismanagement, Versorgungskoordination und Pflege tätig sind. Dies trifft u. a. auf „(elementary) nurse practitioners“ (NPs) in GB (vgl. z. B. Carnwell & Daly 2003; Buchan & Calman 2005, S. 205 ff.) und auf vergleichbar qualifizierte Pflegende in NL zu (vgl. z. B. Derckx 2006; van den Berg et al. 2007, S. 121 f.; Dierick-van Daele et al. 2009). In der Umsetzung dieser Qualifizierungsansätze wird die Chance gesehen, die Ressource „ärztliche Arbeitszeit“ effektiver zu nutzen, Unter- und Fehlversorgung entgegenzuwirken, Kosten zu stabilisieren oder zu senken, die Versorgungsqualität zu sichern und sie in einem präventiven Verständnis weiterentwickeln zu können (vgl. Höppner & Kuhlmeier 2009, S. 7).

Trotz z. T. widersprüchlicher Ergebnisse zur Effektivität und Effizienz von Konzepten, in denen Gesundheitsfachberufsangehörige mit erweiterten Handlungskompetenzen in der primärmedizinischen Versorgung tätig werden, können einige Belege für ihre Wirksamkeit benannt werden. Positive Effekte lassen sich z. B. hinsichtlich einer besseren Patienten-Adherence bei chronischen Erkrankungen, eine verkürzte Krankenhausverweildauer und verringerte Wiedereinweisungsraten durch die Sicherstellung häuslicher Versorgungsarrangements sowie im Hinblick auf die empfundene Lebensqualität ambulant versorgter geriatrischer Patient/-innen und ihrer Familienmitglieder festhalten (vgl. Bourbonniere & Evans 2002; Allan & Fabri 2005; Callaghan 2007; Grobler et al. 2009).

Neuaufrichtung der (Aus-)Bildung sowie Forschung in den Gesundheitsfachberufen als Antwort auf veränderte Anforderungen

Die auf eine Erweiterung der Handlungskompetenzen von Gesundheitsfachberufen zielenden Initiativen sind in den Vergleichsländern gleichermaßen mit der notwendigen Schaffung entsprechender Qualifizierungsangebote zur Übernahme erweiterter Aufgaben und Rollen verbunden (vgl. z. B. SVR 2007, 2009; Stemmer & Böhme 2008; Blum et al. 2011). Diese sind – zumindest in GB und NL – vielfach regulär auf Masterebene im Hochschulsektor angesiedelt. Hinzu kommt die notwendige Schaffung ökonomischer und rechtlicher Rahmenbedingungen (vgl. Firnkorn et al. 2011, S. 4).

Der Aspekt der Notwendigkeit neuer Qualifizierungsangebote wiederum korrespondiert mit der Schaffung akademischer Aus- und Weiterbildungsstrukturen als zentraler Strategie zur Steigerung der Attraktivität der Gesundheitsfachberufe und zugleich zur Aufrechterhaltung und Verbesserung der Versorgungsqualität (vgl. z. B. Adams & Miller 2001). So belegen Ergebnisse internationaler Studien, dass z. B. akademisch qualifizierte Pflegende eine hohe Identifikation mit ihren Aufgaben, einschließlich der entsprechenden Verantwortungsübernahme für ihr Handeln und einem höheren Maß an professionellem Verhalten zeigen (vgl. ebd.). Eine höhere Dichte an akademisch qualifizierten Pflegenden geht mit einer sichereren und effektiveren Versorgung einher (vgl. Aiken et al. 2002; Needleman et al. 2002; Numuta et al. 2006). Zudem kann ein akademisches Abschlussniveau von Pflegefachpersonen eine veränderte Wahrnehmung und Anerkennung der Pflege in der Bevölkerung sowie von Seiten anderer Berufsgruppen, insb. von ärztlichen Kolleg/-innen bewirken (vgl. Schölkopf 2010).

Diverse Studien belegen für entsprechend qualifizierte Pflegende des Weiteren eine höhere Berufs- und Arbeitsplatzzufriedenheit, die wiederum mit einer längeren Berufsverweildauer verbunden sein kann (vgl. Aiken et al. 2002). Letztlich soll die Eröffnung akademischer Entwicklungspfade den Pflegeberuf für eine größere Bewerberzahl attraktiv machen und so zur Sicherstellung des Fachkräftenachwuchses beitragen (vgl. z. B. Numuta et al. 2006). Diese Erkenntnisse und Thesen dürften auf weitere Gesundheitsfachberufe übertragbar sein.

Dahingehend ist auf die im Juli 2012 vom Wissenschaftsrat (WR) veröffentlichten „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ hinzuweisen (vgl. WR 2012). Diese konzentrieren sich auf jene Berufe, für die es in D bereits Verankerungen an den Hochschulen gibt. Das betrifft die

Gesundheits- und Kinder-/Kranken- sowie Altenpflege, die Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie und die Hebammentätigkeit. Der WR verdeutlicht die großen Herausforderungen, die sich an diese Gesundheitsfachberufe in der komplexen Gesundheitsversorgung einer demografisch gewandelten Gesellschaft stellen. Zugleich wird das Potenzial, mit dem diese Berufe zur Aufrechterhaltung und Optimierung der Gesundheitsversorgung beitragen können, betont.

Der WR verdeutlicht, dass diese Berufe für die Bewältigung der anstehenden Aufgaben auf wissenschaftlicher Basis abgestützte, erweiterte und neue Kompetenzen benötigen. Diese könnten nicht hinreichend in den derzeitigen Berufsausbildungen, sondern nur in Hochschulstudiengängen entwickelt werden. Der WR empfiehlt deshalb den Ausbau primärqualifizierender Studiengänge und benennt eine Zielgröße von 10 bis 20% an akademisch qualifizierten Absolvent/-innen eines Jahrgangs.

Zugleich verweist der WR auch auf den Bedarf, die bestehenden berufsfachschulischen Ausbildungsgänge zu verbessern (vgl. ebd., S. 84) sowie weiterführende Masterstudiengänge im Bereich der klinischen Praxis und hochschulische Forschungsstrukturen aufzubauen, um die Erarbeitung von Wissen und die Wissenschaftlichkeit in den genannten Disziplinen zu befördern (vgl. ebd., S. 78).

Die zuletzt genannten Aspekte werden zugleich auch im Konzeptpapier „Forschung in den Gesundheitsfachberufen: Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland“ betont, welches von einer vom Gesundheitsforschungsrat (GFR) beauftragten Expert/-innengruppe aus der Pflege, der Physio- und Ergotherapie, der Logopädie sowie der Hebammentätigkeit erarbeitet wurde (vgl. Ewers et al. 2012). In diesem Konzeptpapier werden der Forschungsbedarf für die einzelnen Berufe dargestellt und Anregungen und Vorschläge unterbreitet, wie die Wissenschaftsentwicklung der einzelnen Disziplinen für eine verbesserte Gesundheitsversorgung befördert werden kann.

Der GFR sprach auf der Basis des Arbeitsergebnisses – konform zu den o.g. Einschätzungen des WR – explizit die Empfehlungen aus, künftig die Forschung durch Gesundheitsfachberufe zu fördern (vgl. ebd.). Zudem wird auf den Bedarf an stabilen Bildungs- und Entwicklungspfaden für die wissenschaftliche Nachwuchsförderung zum Aufbau und Erhalt einer leistungsfähigen Forschung verwiesen (vgl. GFR 2011).

4. Qualifikationsanalyse für die Berufe Medizinisch-technische Radiologieassistent, Physiotherapie sowie Gesundheits- und Krankenpflege

Im folgenden Kapitel werden zentrale Ergebnisse der Qualifikationsanalysen zu den Berufen Medizinisch-technische Radiologieassistent (s. Kap. 4.1), Physiotherapie (s. Kap. 4.2) sowie Gesundheits- und Krankenpflege (s. Kap. 4.3) aufgezeigt. Die Darstellungen zu den drei Berufen erfolgen in einer vergleichbaren Weise. Zunächst werden jeweils die Berufsbilder und die Ausbildungen in den Vergleichsländern knapp vorgestellt. Detaillierte Darstellungen dazu finden sich in den Anhängen A 2, A 9 und A 13. Es folgen zu den drei Berufen jeweils Ergebnisse aus den Befragungen der Berufsmigrant/-innen und der Expert/-innen, aus den Stellenanzeigenanalysen sowie schließlich aus der Online-Berufsangehörigenbefragung (zum methodischen Vorgehen s. Kap. 2.2). Abschließend finden sich jeweils Zusammenfassungen der wesentlichen Ergebnisse.

4.1 Medizinisch-technische Radiologieassistent (MTRA)

Mit dem Gesundheitsfachberuf „Medizinisch-technische Radiologieassistent“ (MTRA) in D vergleichbare Qualifikationsprofile finden sich in allen Vergleichsländern. Als gemeinsame, die verschiedenen Berufstitel in den Ländern umspannende Begriffe werden im Folgenden die Bezeichnungen „Medizinisch-technische Radiologieassistent“ für D sowie – in Anlehnung an die österreichische Berufsbezeichnung – „Radiologietechnologie“ für F, GB, NL und A genutzt, da diese die Kompetenzprofile des hier zu untersuchenden Ausbildungsberufs in den Vergleichsländern angemessener abdeckt und den darin zu erwerbenden Kompetenzen gerechter wird als die Bezeichnung „Assistent“.

4.1.1 Ausbildung in der Medizinisch-technischen Radiologieassistent im Ländervergleich

Kompetenzprofile

In D findet die dreijährige Ausbildung der MTRA an staatlich anerkannten Berufsfachschulen statt.

In F gibt es für den Beruf „manipulateur/manipulatrice d'électroradiologie médicale“ zwei staatlich anerkannte Abschlüsse, die ebenfalls in drei Jahren im sekundären Bildungssektor erworben werden können. Dies sind zum einen das „Diplôme d'Etat français de

manipulateur d'électroradiologie médicale“ (DEMER) und zum anderen das „Diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique“ (DTS).

In GB existieren im Hinblick auf die drei Hauptarbeitsfelder von MTRA – Radiologische Diagnostik, Strahlentherapie und Nuklearmedizin – Ausbildungsprogramme in „diagnostic radiography“, „therapeutic radiography“ und „nuclear medicine technology“.²³ Alle drei Qualifizierungen schließen mit einem Bachelor of Science Honours Degree (BSc Hons) ab.

In NL wird mittlerweile der größte Teil der „medizinisch beelddvormings- en bestralingsdeskundigen“ (MBB'er) an einer „hogeschool“ ausgebildet. Den Absolventen wird am Ende des vierjährigen Studiums ein „Bachelor Medisch Beelddvormende en Radiotherapeutische Technieken“ verliehen. Neben der Hochschulausbildung besteht in einigen wenigen „regional opleiding centrum“ (ROC) in NL bisher noch die Möglichkeit einer arbeitsplatzbasierten Ausbildung zum „diagnostic laborant“, mit einer Beschränkung der Kompetenzen auf die Arbeitsbereiche Radiologische Diagnostik und Nuklearmedizin oder „therapeutisch laborant“, die ausschließlich auf dem Gebiet der Strahlentherapie tätig werden können. Beide Berufsausbildungen sind im sekundären Bildungssektor angesiedelt (vgl. AA 2012; LUMC 2012). Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf Absolvent/-innen mit einem Bachelorabschluss.

In A wird die Ausbildung in der „Radiologietechnologie“ an einer Fachhochschule angeboten. Sie endet mit einem „Bachelor of Science in Radiologietechnologie“.

In allen Vergleichsländern setzt die berufliche Tätigkeit eine ärztliche Anordnung für die Anwendung von ionisierenden Strahlen am Menschen voraus. Das Tätigkeitsprofil in D, F, NL und A umfasst im Wesentlichen Aufgaben in den Fachbereichen Radiologische Diagnostik, Strahlentherapie und Nuklearmedizin. In GB

²³ Aufgrund der Hospitationen in GB wurde das Qualifikationsprofil „nuclear medicine technology“ neben die Ausbildungen für „diagnostic radiography“ und „therapeutic radiography“ nachträglich in die Analyse aufgenommen. Die Aufgaben, die in D im Bereich der Nuklearmedizin von MTRA übernommen werden, führen in GB v. a. „nuclear medicine technologists“ aus (s. Expertenkontakt 2.2).

ist das Kompetenzprofil in Abhängigkeit vom Berufsabschluss beschränkt für „diagnostic radiographer“ auf den Bereich Radiologische Diagnostik, für „therapeutic radiographer“ auf das Fachgebiet Strahlentherapie und für „nuclear medicine technologists“ auf die Erfüllung von Aufgaben in der Nuklearmedizin.

Zu den zentralen Aufgaben in der Medizinisch-technischen Radiologieassistentenz bzw. Radiologietechnologie gehören v.a. die Informierung und Betreuung der Patient/-innen vor, während und nach Untersuchungen bzw. Therapiesitzungen, die Durchführung von Untersuchungen in der radiologischen Diagnostik mithilfe von Röntgenstrahlen und anderen bildgebenden Verfahren, die diagnostische und therapeutische Anwendung von Radionukliden in der Nuklearmedizin sowie Strahlenschutz- und Qualitätssicherungsmaßnahmen. Die diagnostischen Aufgaben betreffen sowohl die Ergebnisdarstellung als auch Qualitäts- und Plausibilitätskontrollen.

Berufsangehörige in der Strahlentherapie führen u.a. Therapien mittels Röntgen-, Gamma- oder Teilchenstrahlung durch und betreuen bzw. versorgen Patient/-innen vor, während und nach der Behandlung (vgl. MTAG 1993; SGG 1997; ÖBIG 2003; HCPC 2012a; NHS Careers 2012a; NVMBR 2009).

In F, GB, NL und A ist die Erstellung von 3D- Bestrahlungsplanungen in der Strahlentherapie fester Bestandteil der Aufgaben (s. Experteninformationen 2.1, 2.3, 2.4, 2.5; vgl. FH-MTD-AV 2006; HCPC 2012a), während in D diese Tätigkeit i. d. R. von Medizinphysiker/-innen durchgeführt wird.

Weiterführende Befugnisse bestehen in der Applikation von Kontrastmittel (F, GB, NL und A) und Radionukliden (F, GB, NL und A) (s. Experteninformationen 2.6, 2.2, 2.7; vgl. mtd austria 2012a) sowie in F in der Durchführung funktionsdiagnostischer Untersuchungen bspw. von EEGs, EKGs oder EMGs. In GB und NL erfolgt zudem die Durchführung von Sonographien (Ultraschalluntersuchungen) durch Berufsangehörige mit erweiterten Kompetenzen, deren Erwerb i. d. R. mit einer Zusatzqualifikation verbunden ist.

In GB ist hinsichtlich der Applikation von Kontrastmittel in Abhängigkeit von krankenhausinternen Regelungen die Kompetenz so weit ausgeprägt, dass „radiographers“ selbstständig darüber entscheiden, ob eine Indikation zur Kontrastmittelgabe vorliegt (s. Expertenkontakt 2.2). Darüber hinaus sind sie befugt, die jeweilige Therapie eigenverantwortlich zu überwachen (vgl. HCPC 2012a).

Im Zusammenhang mit dem Erwerb weiterführender Qualifizierungen können „radiographers“ in GB

als „advanced practitioners“ z.T. sehr weitreichende Kompetenzen erwerben. Dazu gehören im Bereich „therapeutic radiography“ z. B. die Durchführung von Erstgesprächen mit Patient/-innen oder das „clinical review“, welches die umfassende Betreuung von Patient/-innen während der gesamten Strahlentherapie – im Rahmen der gesetzlichen Regelung „prescription only medication“ – zusätzlich auch die Erlaubnis zur Verordnung bestimmter Medikamente wie Salben oder Cremes beinhaltet (s. Expertenkontakt 2.3).

Interdisziplinarität und Zusammenarbeit mit geringer qualifiziertem Personal

Die interdisziplinäre Kooperation mit anderen Berufsgruppen gestaltet sich für die Berufsangehörigen in allen fünf Vergleichsländern ähnlich. Im diagnostischen und therapeutischen Bereich erfolgt sie v.a. mit Radiolog/-innen und mit Facharzt/-innen anderer Disziplinen sowie mit Pflegepersonal in den Röntgen- und nuklearmedizinischen Abteilungen, im Bereich der Notaufnahme, im OP, auf Intensivstationen und anderen Fachabteilungen der Krankenhäuser sowie in niedergelassenen Praxen. Im Bereich der Strahlentherapie spielt zudem die Kooperation mit Medizinphysiker/-innen und Medizinphysikexpert/-innen eine zentrale Rolle.

In D werden offene MTRA-Stellen häufig durch kostengünstigere Medizinische Fachangestellte (MFA) besetzt (vgl. Blum 2012a, S. 9). So ergeben sich deutliche Kompetenzüberschneidungen zwischen MTRA und MFA, die nach dem Erwerb von Kenntnissen im Strahlenschutz – allgemein auch als Erwerb eines „Röntgenscheins“ bezeichnet – durch §24 (4) der Röntgenverordnung Aufgaben in der Medizinisch-technischen Radiologieassistentenz übernehmen. I. d. R. führen MFA somit ohne vergleichbare Ausbildung oft die gleichen Tätigkeiten aus wie MTRA. Der Unterschied besteht darin, dass sie – rechtlich gesehen – unter ständiger Aufsicht und Verantwortung eines Arztes mit Sachkunde im Strahlenschutz handeln müssen (vgl. RöV 1987).

In GB werden v.a. die „diagnostic radiographers“ in ihrer Arbeit vielfach von Hilfs-/Assistenzkräften unterstützt. Diese übernehmen im Zusammenhang mit radiologischen Untersuchungen unterstützende Aufgaben bzw. führen einfache Standarduntersuchungen unter der Aufsicht der „radiographers“ durch (vgl. NHS Careers 2012b).

Ähnlich wird in A die Unterstützung durch Assistenzpersonen angedacht. Dazu wurde im Sommer 2012 das „Medizinische Assistenzberufe-Gesetz“ (MABG) durch den österreichischen Nationalrat beschlossen. Das Gesetz, das zum 01.01.2013 in Kraft

tritt, löst ein Vorgängergesetz ähnlichen Inhalts ab und regelt u. a. das Tätigkeits- und Kompetenzprofil einer geplanten Röntgenassistenten. Diese soll zukünftig Radiologietechnolog/-innen bei der Durchführung radiologischer Untersuchungen, z. B. durch die Vornahme einfacher Tätigkeiten im Bereich der Schnittbilddiagnostik unterstützen sowie einfache, standardisierte Röntgenuntersuchungen durchführen (vgl. MABG 2012).

4.1.1.1 Gesetzliche Grundlagen der Berufsausübung und Ausbildung

Wichtigste Grundlage für die Ausgestaltung der Ausbildung und Berufsausübung von MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen in den Vergleichsländern sind die jeweiligen landesweit geltenden Gesetze: in D das „Gesetz über technische Assistenten in der Medizin“ (MTAG 1993), in F der „Code de la santé“, in GB die „Health Professions Order 2001“ (HCPC 2010), in NL das Gesetz über die Berufe in der individuellen Gesundheitsversorgung (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, Wet BIG 1993) und in A das „Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste“ (vgl. MTDG 1992). Daneben sind zentrale Ausbildungsmodalitäten in D in einer, das MTA-Gesetz ergänzenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung festgehalten (vgl. MTA-APrV 1994), in F im „Arrêté du 1er août 1990 relatif au programme des études préparatoires au diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale“ (vgl. SGG 1990) und in A ebenfalls in einer Ausbildungsordnung (vgl. FH-MTD-AV 2006). In NL und A sind neben den Berufsgesetzen v. a. auch die geltenden Gesetze zur Hochschulbildung maßgeblich, die durch das jeweilige Bildungsministerium erlassen wurden (NL: WHW 1992; A: FHStG 1993). In GB und NL wurden landesweit verbindliche Standards für die Studienprogramme formuliert, die die zu erreichenden Kompetenzen sichern (vgl. GB: HCPC 2012c; NL: NVAO 2008). Neben den o. g. gesetzlichen Grundlagen kommen in den Vergleichsländern auch Gesetze und Verordnungen zum Strahlenschutz zum Tragen.

Mit der „Health Professions Order 2001“ (vgl. HCPC 2010) wurde in GB dem „Health & Care Professions Council“ (HCPC), der die Funktion einer Berufskammer ausübt, die Aufsichtshoheit über die Berufsausbildung der „radiographers“ übertragen.

Lediglich in zwei Vergleichsländern existiert bislang eine verpflichtende berufliche Registrierung für MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen. In F erfolgt sie im „ADELI-Register der Gesundheitsberufe“ (vgl. SGG 2012) und in GB über den „Health & Care Professions Council“ (vgl. HCPC 2010). Registrieren lassen können sich in GB „diagnostic radiographers“ und „therapeutic

radiographers“ mit einem Bachelorabschluss sowie „nuclear medicine technologists“ mit einem Masterabschluss. Anders als in F ist in GB die Registrierung an den Nachweis einer kontinuierlichen Fortbildung geknüpft (vgl. HCPC 2012b).

In D haben MTA bisher keine Möglichkeit, sich in einem Berufsregister aufnehmen zu lassen und somit auch die Erfüllung der Fortbildungspflicht bestätigt zu bekommen.

In NL besteht für „medisch beeldvormings- en bestralingskundige“ zumindest die Möglichkeit der freiwilligen Registrierung im „Kwaliteitsregister Paramedici“ (vgl. KP 2010), und in A wird voraussichtlich eine Registrierungspflicht eingeführt (vgl. mtd austria 2012b).

4.1.1.2 Bildungssystematische Zuordnung der Ausbildung und Zugangsvoraussetzungen

In D gibt es – im Gegensatz zu GB, NL und A – keine primärqualifizierenden Bachelorstudienprogramme. Während in A die Ausbildung von „Radiologietechnolog/-innen“ seit 2005 an Fachhochschulen verortet ist und in F die Ansiedelung der Ausbildung auf tertiärem Niveau mit einer gestuften Qualifizierung entsprechend der Bologna-Kriterien ab dem Studienjahr 2012/2013 umgesetzt wird (vgl. Ministère de la Santé et des Sports 2010), bestehen in D bislang nicht einmal Modellausbildungsprogramme im Hochschulsektor.²⁴

Die Ausbildungen in „radiography“ und „nuclear medicine technology“ in GB, in „medisch beeldvorming en radiotherapeutische technieken“ in NL und in der „Radiologietechnologie“ in A entsprechen dem ersten Studienzyklus bzw. der Bachelor-Ebene (vgl. GB: UK Government 2010; NL: van Rens 2006; A: BMUKK und BMWF 2009). In F gilt das Niveau 5 des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) für die bisherigen Qualifizierungsprogramme mit den Abschlüssen DEMER und DTS.²⁵ In D befindet sich ein Nationaler Qualifikationsrahmen noch in der Entwicklung, welcher das Niveau der Ausbildung entsprechend dem EQR festlegt (vgl. BMBF 2012b).

In GB, NL und in A werden als Voraussetzungen zum Studium i. d. R. die allgemeine Hochschulreife oder vergleichbare Bildungsabschlüsse bzw. Zugangs-

²⁴ Diese wären z. B. über eine Modellklausel im MTA-Gesetz denkbar, vergleichbar den Regelungen zur Erprobung berufszulassender Studiengänge in den Berufsgesetzen für die Altenpflege, Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflege, im Hebammenwesen sowie in der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie (s. auch Kap. 3.1).

²⁵ Ab dem Studienjahr 2012/2013 wird die Ausbildung dem ersten Studienzyklus (Bachelor-Ebene) und dem Niveau 6 des EQR entsprechen (s. Expertenkontakt 2.8).

Tabelle 4.1.1: Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung in der MTRA bzw. Radiologietechnologie

Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Niederlande	Österreich
mind. 10 Schuljahre	12 Schuljahre	11 Schuljahre	12 Schuljahre	12 Schuljahre
<ul style="list-style-type: none"> - Realschulabschluss oder - erweiterter Hauptschulabschluss oder - nach dem Hauptschulabschluss erfolgreich abgeschlossene mind. 2-jährige Berufsausbildung 	<p><i>für beide Ausbildungswege (DEMER & DTS):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Abitur/Fachabitur oder - vergleichbarer Abschluss mit Hochschulzugangsberechtigung oder - mind. 5-jährige Erfahrung in einem sozialversicherungspflichtigen Beruf (vgl. CHUN 2012) 	<p><i>für alle drei Ausbildungen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - mind. 260 UCAS tariff points oder - mind. acht Fächerabschlüsse des High School Abschlusses (General Certificates of Secondary Education, GCSE) (Level 2) und - drei Fächer bei Abschluss der hochschulqualifizierenden Schuljahre (A levels) (Level 2) bzw. - ein BTEC National Diploma in Health Studies/Science 	<ul style="list-style-type: none"> - mind. ein HAVO-diploma (in D etwa Fachhochschulreife) oder - ein VWO-diploma (in D etwa allgemeine Hochschulzugangsberechtigung) oder - MBO-4 diploma 	<ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Universitätsreife (vgl. §4 Abs 3 FHStG) oder - Berufsreifeprüfung - oder - bestandene Studienberechtigungsprüfung oder - einschlägige berufliche Qualifikation (Lehrabschluss bzw. Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule) mit Zusatzprüfungen

prüfungen gefordert (s. Tab. 4.1.1). Dagegen ist in D ein mittlerer Schulabschluss ausreichend. In F wird der Zugang zur Ausbildung aufgrund eines Hochschulreifezeugnisses oder auf Nachweis einer mind. fünfjährigen Berufserfahrung gewährt.

Auch in A kann bei Nichtvorliegen einer Hochschulzugangsberechtigung unter bestimmten Bedingungen ein Studienzugang gewährt werden: z. B. über den Nachweis einer einschlägigen beruflichen Vorqualifikation (vgl. FHStG 1993).

4.1.1.3 Ziel, Inhalt und Struktur der Ausbildung

In D, F und A gibt es dreijährige Ausbildungsprogramme (s. Tab. 4.1.2). Abweichungen bestehen in GB und NL dahingehend, dass es in GB neben sechssemestrigen Studienprogrammen (vgl. HCPC 2012c) an einigen Orten auch achtsemestrige Programme gibt (vgl. GCU 2012) und in NL die Studienprogramme grundsätzlich acht Semester (vgl. hbobachelors 2012) umfassen.

Konkrete Angaben zum Gesamtstundenumfang der Studienprogramme existieren für GB und NL nicht. Davon ausgehend, dass die wöchentlich zu absolvierende Studienleistung in NL 40 Stunden beträgt (vgl. Fontys 2012), kann angenommen werden, dass bei einer vierjährigen Ausbildung die Stundenanzahl in NL

am höchsten ausfällt. Dabei liegt dort – abhängig von der Ausbildungsform (s. Anhang A 2) – der praktische Anteil in der „hochschulgebundenen“ Form bei ca. 25% und bei der „dualen“ Ausbildungsvariante bei 60% (s. Expertenkontakt 2.10).

Für den praktischen Teil der Ausbildung sind in D rund ein Drittel (1.600 Std.) (vgl. MTA-APrV 1994), in F zwei Drittel (DEMER: 2.894 Std.) (vgl. SGG 1990), in GB ca. die Hälfte (s. Expertenkontakt 2.9) und in A mit 1.125 Std. ein Viertel der Gesamtausbildungszeit vorgesehen (vgl. FH-MTD-AV 2006).

Das Ziel der Ausbildung ist in D und F als Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten (vgl. D: MTA-APrV 1994; F: SGG 1990) und in GB, NL und A als Erwerb von *Kompetenzen* im Hinblick auf das Aufgaben- bzw. Kompetenzprofil der Berufe definiert (vgl. GB: HCPC 2012a; NL: Fontys hogescholen 2012; A: FH-MTD-AV 2006).

In GB, NL und A umfasst das Ausbildungsziel der Studienprogramme für alle drei Berufe explizit den Erwerb von Basiskompetenzen bzgl. berufsspezifischer Forschung sowie hinsichtlich der Reflexion und Evidenz-Basierung des professionellen Handelns (vgl. GB: UHert 2012; NL: Fontys hogescholen 2010; A: FH-MTD-AV 2006).

Tabelle 4.1.2: Ausbildungsstruktur in der MTRA bzw. Radiologietechnologie					
	Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Niederlande	Österreich
Dauer	3 Jahre	<i>für beide Wege (DEMER & DTS):</i> 3 Jahre	<i>Alle drei Berufe:</i> 3 Jahre (6 Semester), z. T. auch 4 Jahre (8 Semester)	4 Jahre (8 Semester)	3 Jahre (6 Semester)
Gesamtstunden-	mind. 4.400 Std.	- <i>DEMER:</i> 4.444 Std. - <i>DTS:</i> 3.978 Std.	<i>Alle drei Berufe:</i> k. A.	k. A.	ca. 4.500 Std.
ECTS	nicht zutreffend	nicht zutreffend	180 (bei 3 Jahren)	240	180
Std. pro Jahr & pro Kreditpunkt	nicht zutreffend	nicht zutreffend	k. A.	k. A.	1.500 Std. 25 Std.
Theorie	2.800 Std. theoretischer und praktischer Unterricht (MTA-APrV 1994)	- <i>DEMER:</i> 1.550 Std. - <i>DTS:</i> 1.688 Std. (SGG 1990)	<i>Alle drei Berufe:</i> k. A.	- Hochschulgebundene Ausbildungsform: ca. 75% - duale Form: 40% (Fontys 2012)	75% der Studienleistung (ca. 3.375 Std.) (FH-MTD-AV 2006)
Klinische Praxis	1.600 Std., davon mind. sechs Wochen in Krankenhäusern	- <i>DEMER-Weg:</i> 2.894 Std. - <i>DTS-Weg:</i> 2.518 Std.	<i>Radiographers:</i> - nicht ausgewiesen <i>Nuclear medicine technologists:</i> - 50 Wochen (NHS 2011)	- Hochschulgebundene Ausbildungsform: ca. 25% - duale Ausrichtung: 60% (Fontys hogescholen 2012)	mindestens 25% der Studienleistung (1125 Std.)
Prüfungsart	staatliche Prüfung mit schriftlichem, mündlichem und praktischem Teil	kontinuierliche und abschließende Leistungsüberprüfung & praktische Abschlussprüfungen	kontinuierliche und abschließende Leistungsüberprüfung & schriftliche Abschlussarbeit	kontinuierliche und abschließende Leistungsüberprüfung & wissenschaftliche Projektarbeit	kontinuierliche und abschließende Leistungsüberprüfung & Anfertigung von Bachelorarbeiten

Mit Ausnahme von GB sind die Ausbildungsprogramme so konzipiert, dass sich die Schüler/-innen bzw. Studierende für eine berufliche Tätigkeit in allen drei Fachgebieten der Radiologie, d.h. für Radiologische Diagnostik, Strahlentherapie und Nuklearmedizin qualifizieren (s. Tab. 4.1.3). In GB hingegen erwerben die Absolvent/-innen der Studiengänge „diagnostic radiography“ ausschließlich Kompetenzen für das Fachgebiet Radiologische Diagnostik. Dementsprechend ist der Kompetenzbereich der „therapeutic radiographer“ beschränkt auf die Strahlentherapie. Gleiches gilt für „nuclear medicine technologist“ und den Fachbereich Nuklearmedizin (vgl. NHS 2011; HCPC 2012a).

4.1.1.4 Weiterführende Qualifizierungen und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten

In D und F existieren hinsichtlich Aus-, Fort und Weiterbildungsstrukturen keine klaren Mobilitätspfade für die MTRA-Berufsangehörigen. In D ist es nur an wenigen Orten möglich, die MTRA-Ausbildung mit einem ersten akademischen Abschluss zu kombinieren (vgl. MLU 2012a). Darüber hinaus bestehen – wie in den anderen Vergleichsländern auch – Masterstudiengänge in angrenzenden Wissenschaften, die in den Bereichen Management, Lehre und Forschung qualifizieren und den Radiologieassistent/-innen offenstehen.

Tabelle 4.1.3: Aufgaben und Kompetenzen mit Abschluss der MTRA- bzw. Radiologietechnologie-Ausbildung

	D	F	GB			NL	A
	MTRA	Manipulator d'ERM	Diagnostik radiograph	Therapeutic radiograph	Nuclear medicine technologist	MBB'er	Radiologietechnolog/-in
Durchführung radiologisch diagnostischer und anderer bildgebender Verfahren	X	X	X			X	X
Indikationsstellung Kontrastmittelgabe			X	X			
Applikation von Kontrastmittel	x ¹	X	X	X	X	X	X
Blutentnahme		X	X	X	X	X	X
Anwendung von ionisierenden Strahlen zur Behandlung in der Strahlentherapie	X	X		X		X	X
computergestützte 3D-Bestrahlungsplanung	x ²	X		X		X	X
Verifizierung der Bestrahlungspläne				X			
eigenverantwortliche Begleitung und Behandlung der Patient/-innen während der Strahlentherapie				X	X		
Durchführung von Untersuchungen nach Applikation von Radionukliden	X	X			X	X	X
Applikation von Radionukliden	X ³	X			X	X	X ⁴
Strahlenschutz- und Qualitätssicherungsmaßnahmen	X	X	X	X	X	X	X
Funktionsdiagnostische Untersuchungen, z. B. EEG, EKG, EMG sowie Elektrotherapie		X					
Wissenschaftliches Arbeiten			X	X	X	X	X

(vgl. MTA-APrV 1994; SGG 1997; HCPC 2012a; NHS 2011; Fontys hogescholen (2010); s. Experteninformation 2.10; FH-MTD-AV 2006; MTDG 1992)

- 1 Gehört in D zu den delegierbaren Aufgaben, weshalb diese Aufgabe auch von einigen MTRA übernommen wird (vgl. Blum 2012). Eine Übertragung auf die MTRA liegt im Ermessen des Arztes (vgl. BÄK & KÄBV 2008). Der Erwerb der Kompetenz ist nicht Bestandteil der Ausbildung und wird durch Lernen am Arbeitsplatz erworben. Die Ausführung erfolgt unter „Kontrolle und Überwachung durch den Arzt“ (vgl. OLG 2008).
- 2 Diese Aufgabe wird im Krankenhaus nur selten delegiert (s. dazu auch vorherige Fußnote).
- 3 Auch diese Aufgabe wird im Krankenhaus nur selten delegiert (s. dazu auch die beiden vorherigen Fußnoten).
- 4 Das Aufgabenspektrum der Radiologietechnolog/-innen in A wurde durch eine Aktualisierung des MTD-Gesetzes im September 2012 offiziell um die Applikation von Radionukliden erweitert (vgl. MTDG 1992/i. d. R. vom 26.09.2012). Diese Aufgabe wurde dabei bereits teilweise von Radiologietechnolog/-innen übernommen (vgl. ÖBIG 2003, S. 46).

In Bezug auf die MTRA bzw. Radiologietechnologie ist nur in GB bislang das gestufte Bildungskonzept mit fachspezifischen Masterstudiengängen und Promotionsprogrammen umgesetzt. In NL ist das Angebot an weiterqualifizierenden Masterstudiengängen bisher begrenzt auf den europäisch konzipierten Masterstudiengang (Master of Science Medical Imaging in Europe) (vgl. IHH 2010). Und in A gibt es bisher neben universitären Weiterbildungslehrgängen auch einen ersten fachspezifischen universitären Masterstudiengang in Radiologietechnologie an der Fachhochschule Campus Wien. Er führt zu einem „Master of Science in Radiological Technology“ (MSc) (vgl. FHCW 2012a).

Fachspezifische Forschung im Berufsfeld Radiologietechnologie findet bisher v.a. in GB statt. In den letzten Jahren wurden verschiedene Forschungsarbeiten durch „radiographers“ u. a. zu Themen wie Versorgung mit diagnostischen und therapeutischen Leistungen, Arbeits- und Berufszufriedenheit oder Zufriedenheit von Patienten durchgeführt. Laut einer Erhebung im Jahr 2009 gab es allein im Bereich der Strahlentherapie etwa 70 „therapeutic radiographers“, die in Forschungsprojekten involviert waren (vgl. Davis & Rawlings 2009).

In NL werden bislang nur vereinzelte Forschungsprojekte von MBB'ers durchgeführt. Um diesen Bereich zukünftig zu stärken, ist die Errichtung eines „Centre of Excellence“ durch den Berufsverband in Zusammenarbeit mit den „hogescholen“ geplant (s. Expertenkontakt 2.11).

In A werden seit der Akademisierung der Ausbildung forschungsorientierte Arbeiten v.a. im Rahmen von Bachelor- und Masterstudiengängen angefertigt. Für die Masterarbeiten am FH Campus Wien wird explizit gefordert, dass diese in der angewandten Forschung im Bereich Radiologietechnologie erfolgen müssen (vgl. FHCW 2012b).

Erkenntnisse zur Angemessenheit der Ausbildung in Bezug auf die Berufspraxis

Aktuelle europäisch-vergleichende Studien zur MTRA- bzw. Radiologietechnologieausbildung sind rar. Gleiches gilt für frei zugängliche nationale Untersuchungen zur Passung von Ausbildung und Anforderungen der Berufspraxis. Es konnte lediglich eine Untersuchung identifiziert werden (vgl. Purroy & Sicilia 2006). Darin wurden für die Biomedizinische Analytik (MTLA) und die Radiologietechnologie (MTRA) literaturgestützt die Ausbildungen in Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Portugal und Spanien einander gegenübergestellt.

Für D konnten zwei unveröffentlichte Diplomarbeiten identifiziert werden, die dieses Thema berühren

(vgl. Rudolph 2007, Karge 2010). In der ersten Arbeit wurden Aussagen von Praxisexpert/-innen zur Angemessenheit der MTRA-Ausbildung hinsichtlich der Inhalte vorliegender Länderlehrpläne und Curricula verschiedener Ausbildungseinrichtungen gesammelt und ausgewertet. Die Aussagen der Praxisexpert/-innen zeigten, dass MTRA in der Praxis mit Aufgaben konfrontiert werden, die nicht Gegenstand ihrer Ausbildung sind. Dazu zählen die Aufklärung von Patient/-innen, die Überprüfung der rechtfertigenden Indikation von ärztlichen Überweisungen sowie die Applikation von Kontrastmittel. Als ein Defizit der Ausbildung nannten die Praxisexpert/-innen eine „mangelnde Befähigung [der Absolvent/-innen] im Umgang mit Fachliteratur und externer Evidence“. Die Autorin folgerte aus den Ergebnissen ihrer Arbeit, dass für die MTRA-Ausbildung Anpassungsbedarf hinsichtlich technischer, demografischer und gesellschaftlicher Entwicklungen besteht (vgl. Rudolph 2007, S. 49). Am ehesten entsprechen noch der Lehrplan für den Freistaat Bayern sowie die Ausbildungsempfehlung des Berufsverbandes dvta den Anforderungen der Praxis (vgl. ebd.).

In einer weiteren Diplomarbeit wurden im Rahmen strukturierter Interviews MTRA-Berufsangehörige u. a. um eine Einschätzung zur Angemessenheit ihrer eigenen absolvierten Ausbildung gefragt. Sechs von neun Befragten schätzten ein, dass sie nicht ausreichend auf die beruflichen Anforderungen vorbereitet worden sind. Sie verwiesen v.a. auf eine unzureichende praktische Ausbildung und fehlende Praxisanleitung sowie in Bezug auf den theoretischen und praktischen Unterricht fehlende oder veraltete Ausbildungsinhalte, z. B. in den Bereichen Schnittbildtechnologie, Nuklearmedizin und Kommunikation (vgl. Karge 2010).

4.1.2 Erkenntnisse aus der Befragung von Berufsmigrant/-innen

Die Auswertung der Berufsmigrantenbefragung für das Handlungsfeld Radiologietechnologie basiert auf den Antworten von 13 Teilnehmer/-innen (F: 2, GB: 3, NL: 3, A: 5) (zu ihrer Auswahl s. Kap. 2.2.1 und Anhang B 1.3). Die Antworten der Befragten werden im Folgenden in drei Themenkomplexen zusammengefasst wiedergegeben. Sie enthalten zum einen Hintergründe und Rahmenbedingungen der Migration und zum anderen Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Berufsausübung von MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen sowie Einschätzungen zur Ausbildung und den beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten in F, GB, NL und A im Vergleich zu D.²⁶

²⁶ Die Befragten bilden eine Gelegenheitsstichprobe mit zufälligen Zügen. Ihre Einschätzungen vermitteln einen Einblick in die Berufstätigkeit und Qualifizierung von

4.1.2.1 Hintergründe und Rahmenbedingungen der Migration

Die Mehrheit der Befragten migrierte vorwiegend aus privaten Gründen, z. B. wegen einem Partner in eines der Vergleichsländer bzw. aus einem der Vergleichsländer nach D.

Ein Berufsmigrant wechselte aus beruflichen Gründen, weil er sich eine bessere „berufliche Perspektive“ (GB_R2) als in D erhoffte und eine Befragte in NL verließ D aufgrund der Arbeitsbedingungen. Sie war „müde von den Arbeitsverhältnissen in Deutschland und auch das niedrige Gehalt“ spielte eine Rolle für ihren Weggang (NL_R3).

Als Hürden bei der Anerkennung des Berufsabschlusses im Migrationsland wurden für GB insb. die Länge der Wartezeit und die Komplexität der Anträge des „Health & Care Professions Council“ (HCPC) für die Berufsanerkennung sowie für F und GB Schwierigkeiten bei der Übersetzung der geforderten Dokumente genannt.

Von Problemen, überhaupt eine behördliche Anerkennung zu erhalten, berichteten zwei der Befragten. Ein Berufsmigrant aus F, der in D arbeitet, schilderte, dass er die Anerkennung von den deutschen Behörden aufgrund von Unterschieden in der Ausbildung, in Bezug auf die Anzahl der Theoriestunden, erst durch das persönliche Engagement seines Vorgesetzten erhalten hat, der „einen Brief geschrieben [hat] an die Regierungsbehörde in Düsseldorf“ (F_R1).

Eine Berufsmigrantin in NL berichtete, dass sie seit über zwei Jahren ohne vollwertige berufliche Anerkennung ihres deutschen MTRA-Abschlusses arbeitet. Gemäß ihrer Einschätzung ist die Ursache v. a. in ihrer fehlenden (Fach-)Hochschulzugangsberechtigung zu suchen, die in NL prinzipiell die Voraussetzung zur Aufnahme der Ausbildung gewesen wäre. Folgende Interviewpassage verdeutlicht dies: „[...] hier in Holland ist es eine Fachhochschule und die deutsche Ausbildung nicht [...] und wo die wirklich drauf herum reiten ist das mit der Fachhochschulreife“ (NL_R3). Die Befragte arbeitet trotzdem als Fachkraft in ihrem Beruf, jedoch für weniger Gehalt als ein MBB'er mit einem niederländischen Abschluss. Einschränkungen durch die fehlende Anerkennung im Aufgabenfeld im Vergleich zu ihren Kolleg/-innen wurden von ihr nicht genannt, zumal sie im Verlauf des Interviews auch von „Nachtdiensten“ und „Rufdiensten“ (NL_R3) berichtete, die regulär zu ihrer Arbeit gehören.

Radiologietechnolog/-innen in den Vergleichsländern. Aus ihnen sind keine verallgemeinerbaren Schlussfolgerungen ableitbar.

4.1.2.2 Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Berufsausübung von MTRA in den Vergleichsländern

Einschätzungen zu den Rahmenbedingungen der Berufsausübung

Von allen befragten Berufsmigrant/-innen wurden die Arbeitsbedingungen im Allgemeinen in GB, NL und A für „besser“ (A_R4) befunden als in D.

Die Mehrheit der Befragten in den Vergleichsländern GB, NL und A berichteten davon, dass die „Bezahlung besser [ist]“ (NL_R3) und z. T. erhebliche Unterschiede bestehen: „Übers Jahr gerechnet sind das sicher 8.000 Euro, die ich jetzt [...] mehr verdiene“ (A_R3). Die Äußerungen der zwei Berufsmigrant/-innen in F hinsichtlich des Verdienstes ergaben keine relevanten Unterschiede.

Im Hinblick auf die personelle Ausstattung am Arbeitsplatz liegen Aussagen für GB und A vor. Der von allen Berufsmigrant/-innen in GB geäußerte höhere Personalschlüssel begründet sich ihren Angaben nach u. a. durch eine Regelung des „National Health Services“ (NHS) zum Schutz vor arbeitsbedingten Gesundheitsschäden. In deren Folge dürfen „radiographer“ z. B. Patient/-innen nicht allein umlagern oder schwer heben. Für A gaben zwei der fünf Befragten einen unbefriedigenden Personalschlüssel in ihrer Einrichtung an.

Unterschiede in der Arbeitsorganisation in F und A begründen sich nach Aussagen der Berufsmigrant/-innen v. a. auf hausinterne Regelungen oder tradierte Strukturen und weniger auf länderspezifische Organisationsformen. Ähnlich wie in D rotieren die Radiologietechnolog/-innen zwischen den verschiedenen Untersuchungs- bzw. Therapiebereichen. I. d. R. gibt es dabei Spezialist/-innen unter den Radiologietechnolog/-innen als ständige Ansprechpartner und Verantwortliche für jede Fachabteilung, z. B. in der Computertomographie (CT).

Ein Berufsmigrant in GB berichtete, dass „radiographer“ im Diagnostikbereich erst mit einer „Band 6“-Einstufung innerhalb des „National Health Services“ (NHS) rotieren: „Die machen alles mit.“ (GB_R2). Berufsanfänger/-innen, die i. d. R. in „Band 5“ eingestuft sind, werden zumeist nicht in der Schnittbilddiagnostik oder Angiographie eingesetzt, weil man „der Meinung [ist], dass man erst ein bisschen Erfahrung haben muss bevor man an die speziellen Geräte losgelassen wird, z. B. DSA, MRT oder CT“ (GB_R2).

In NL ist es in den großen Krankenhäusern üblich, „dass [man] sich auf zwei Gebieten spezialisiert“ (NL_R3). In kleineren Einrichtungen wird – wie in D, F

und A – ebenfalls das Rotationssystem angewendet, da in den Wochenend-, Nacht- oder Bereitschaftsdiensten nur ein/e Radiologietechnolog/-in arbeitet und da „*machst du alles*“ (NL_R3).

Einschätzungen zum Aufgabenspektrum und dem beruflichen Handeln

Lediglich in A werden das Aufgabenspektrum und die Verantwortung im Beruf von den Befragten als „*ziemlich ähnlich*“ (A_R1) zu D eingeschätzt. Sinngemäß gaben alle Berufsmigrant/-innen in A wieder, dass es „von der Verantwortung her und vom Tätigkeitsbereich [...] in Österreich eigentlich genau das gleiche [ist]“ (A_R3).

Im Gegensatz dazu empfinden alle Berufsmigrant/-innen in F, GB und NL sowohl das Tätigkeitsfeld als auch die Höhe der Verantwortung als umfangreicher.

Das Legen von *venösen Zugängen* sowie die *Applikation von Kontrastmittel und Radionukliden* gehört in D nicht zu den eigentlichen beruflichen Kompetenzen der MTRA, werden jedoch, in Abhängigkeit von der Einrichtung, z. T. von Mediziner/-innen an MTRA delegiert (vgl. Blum 2012a). Hingegen berichteten alle Berufsmigrant/-innen in F und NL davon, dass es sich hierbei um Aufgaben handelt, „*die wir immer machen*“ (F_R2) bzw. die „*du alle selber [machst]*“ (NL_R3). Auch in GB werden die genannten Aufgaben i. d. R. von den „*radiographers*“ übernommen, jedoch erst dann, wenn man eine Weiterbildung i. S. eines Spritzenkurses besucht hat.

Eine Tätigkeit in der Nuklearmedizin und damit verbunden die Applikation von Radionukliden ist in GB prinzipiell den „*nuclear medicine technologists*“ mit einem entsprechenden Berufsabschluss in Verbindung mit einer „*speziellen Lizenz [...] dass man Radionuklide spritzen kann*“ (GB_R2), vorbehalten. „*Radiographer*“ benötigen für eine Tätigkeit im Bereich Nuklearmedizin i. d. R. eine universitäre Weiterbildung in Form eines Masterstudienganges.

Obwohl in A das Legen von *venösen Zugängen* und die *Applikation von Kontrastmittel* durch Radiologietechnolog/-innen „*mittlerweile [...] im Gesetz verankert ist*“ (A_R1), gehören diese Aufgaben nicht in jeder Einrichtung zu ihrem regulären Aufgabensfeld. Zwei der befragten Berufsmigrant/-innen berichteten, dass „*es im jetzigen Spital [...] strengstens verboten [sei]*“ (A_R4). In der Nuklearmedizin dürften die Berufsangehörigen auch „*keine radioaktiven Stoffe spritzen, das muss der Arzt machen.*“ (A_R1).

In F, GB und NL wurden *weitere Aufgaben und Kompetenzen* genannt, die in D und z. T. in A nicht

regulär zum Aufgabenspektrum der MTRA gezählt werden.

So berichtete ein Berufsmigrant aus F, dass die Aufklärung von Patient/-innen „*zu unserer Tätigkeit [gehört], auch im CT. Der Arzt sieht den Patienten gar nicht*“ und ergänzt noch einmal, dass er „*es gewohnt [ist], Aufklärungen selbst zu führen*“ (F_R1). Hierbei ist einschränkend festzuhalten, dass es sich nicht um eine dokumentierte Patientenaufklärung handelt, da in F gemäß den Aussagen beider Berufsmigrant/-innen kein schriftliches Einverständnis der Patient/-innen erforderlich ist – eine Verfahrensweise, die in D nicht rechtswirksam wäre.

Auf die Frage, wer die digitale Nachbearbeitung von Untersuchungen, z. B. Rekonstruktionen oder Nachberechnungen in der Schnittbilddiagnostik durchführt, antworteten beide Berufsmigrant/-innen sinngemäß: „*[Das] machen wir auch selbst, z. B. Perfusionen im CT, das sind die Ärzte, die das [in Deutschland] machen.*“ (F_R1). So kann auch hier davon ausgegangen werden, dass diese Aufgaben i. d. R. von „*manipulateurs d'ERM*“ durchgeführt werden.

In der Strahlentherapie ist zudem – ähnlich wie in GB, NL und A – die Bestrahlungsplanung fester Bestandteil ihres Handlungsfeldes, sofern sie „*eine kleine Fortbildung gemacht haben*“ (F_R1).

Die Berufsmigrant/-innen in GB beschrieben das umfangreichste Handlungsfeld. Erweiterte Handlungskompetenzen sind dabei jedoch i. d. R. mit postgradualen Zusatzqualifikationen verbunden. Im Hinblick darauf berichteten sie von „*radiographers*“, die Aufgaben übernehmen, die in D grundsätzlich in den Kompetenzbereich von Mediziner/-innen gehören und die vom Arzt nicht an eine MTRA delegiert werden dürfen, wie bspw. die Befundung von Röntgenbildern:

„*Die [radiographer] sitzen mit den Radiologen zusammen im Hellraum und befunden ihre Bilder. [...] Die Röntgen auch, je nachdem wie sie eingeteilt sind. Es kann sein, die befunden morgens und arbeiten dann mittags im Röntgen mit.*“ (GB_R1).

Angesprochen wurden ebenfalls die Durchführung und Befundung von Sonographien und Durchleuchtungsuntersuchungen, z. B. von Kolon-Kontrast-Einläufen.

Die Befragten berichteten, dass der Erwerb einer Zusatzqualifikation nicht automatisch zur Erweiterung des Kompetenz- und Verantwortungsbereichs führt. I. d. R. „*hängt [die Entscheidung] von den Radiologen ab, ob die das ok finden*“ (GB_R2). Die Befragten bestätigten zudem die Rechercheergebnisse, dass „*radiographer*“

in GB – auch ohne ergänzende Qualifizierungen nach Ausbildungsabschluss – mehr Entscheidungsbefugnisse haben als MTRA in D (s. Kap. 4.1.1). So überprüfen und verifizieren „radiographers“ regulär die rechtfertigende Indikation von Röntgenaufnahmen und entscheiden selbstständig und ohne Rücksprache mit dem Radiologen über die Durchführung einer für notwendig erachteten Zusatzaufnahme:

„Wenn ich eine Fraktur sehe, dann könnte ich eine Zusatzaufnahme machen. Das darf ich in Deutschland auch nicht.“ (GB_R1).

Weiterhin berichteten alle drei Berufsmigrant/-innen für GB, dass „radiographers“ in der Mehrzahl der Krankenhäuser Röntgenbilder vorbefunden, *„damit die dringenden Sachen gleich am Computer markiert [werden], um den Arzt darauf aufmerksam zu machen, dass da was pathologisch [ist]“* (GB_R1). Dieses sog. „Red-Dot-System“ erklärten die Befragten u. a. dadurch, dass für die Unfallambulanzen „kein Radiologe“ (GB_R2) die Bilder befundet und *„die Chirurgen (...) nicht so viel Ahnung [haben]“* (GB_R2).

Neben den für NL bereits beschriebenen Unterschieden im Aufgabenspektrum gibt es, ähnlich wie in GB, „MTRA, [die] Ultraschall machen“ (NL_R3), wenn sie eine Zusatzqualifikation erworben haben. Zwei der Berufsmigrantinnen gaben an, dass diese Qualifikation jedoch nicht generell dazu führt, dass ein weiterqualifizierter „MBB'er“ Sonographien durchführt. Vielmehr kann diese Aufgabe im Krankenhaus – muss aber nicht – von den Radiolog/-innen an sie delegiert werden. Viele dieser Berufsangehörigen würden ihre Weiterbildung in der Sonographie v. a. dazu nutzen, um sich im Bereich der Schwangerschaftsdiagnostik selbstständig zu machen, was in den anderen Vergleichsländern so nicht möglich ist:

„Ich habe einen Kollegen, der hat den Kurs gemacht und der hat eine eigene Praxis und der macht schwangere Frauen. [...] Der hat bei uns in der Abteilung auch mal Ultraschalle gemacht, aber das wollten dann die Radiologen nicht.“ (NL_R3).

Für das Fachgebiet Strahlentherapie wurden von einer Befragten zudem Unterschiede im Bereich der Patientenversorgung genannt. Hier sind „MBB'er“ z. B. erste Ansprechpartner bei Fragen oder strahlenbedingten Nebenwirkungen. Zu ihren Aufgaben gehört auch die Überweisung der Patient/-innen an andere Berufsgruppen innerhalb eines Krankenhauses:

„Wenn die Haut beispielsweise rot ist, dann haben wir [in D] einen Arzt angerufen, aber hier in den Niederlanden darf man viel selber machen [...] und die [Patienten] gehen nicht so oft zum Arzt, nur

wenn die MTRA meint, jetzt muss es ein Arzt sehen. [...] [Dermatologen] gibt es mehrere im Haus [...] und man fragt an, ob ein Arzt sich das ansehen kann, diese Woche noch oder morgen.“ (NL_R1).

Die Befragten in GB und NL äußerten zudem mehrfach, dass – im Gegensatz zu D – Röntgenuntersuchungen im OP, aufgrund strenger gesetzlicher Vorgaben, ausschließlich von Radiologietechnolog/-innen oder Radiologen durchgeführt werden dürfen. In D übernimmt diese Aufgabe i. d. R. das OP-Personal unter der Aufsicht eines Arztes. Hierfür genügt der Nachweis eines Strahlenschutzkurses.

Gravierende Unterschiede im Zusammenhang mit dem Strahlenschutz wurden v. a. von den Berufsmigrant/-innen in F genannt. Während in GB *„viel Wert gelegt [wird] auf Dosisreduktion“* und – ähnlich wie in D – Vorschriften darüber existieren, *„wie hoch eine bestimmte Dosis für eine bestimmte Untersuchung sein darf“* (GB_R1), beurteilten die Befragten in F den Strahlenschutz als eher nachlässig. Bspw. erfolgt die Einstelltechnik von Röntgenaufnahmen in den meisten Fällen mithilfe der Durchleuchtung, wodurch sich die Strahlenbelastung für die Patient/-innen vervielfachen kann. In den anderen Vergleichsländern ist diese Vorgehensweise untersagt. Auch weitere Strahlenschutzmaßnahmen werden nach Angaben der Befragten z. T. wenig beachtet, wie das Legen von Bleischürzen oder die Einhaltung des vorgegebenen Abstandes zwischen Röntgenröhre und Patient, *„der [bspw.] mit dem Auge abgeschätzt [wird]“* (F_R2).

Einschätzungen zur intra- und interdisziplinären Zusammenarbeit

Die Einschätzungen der Befragten zur Zusammenarbeit mit Ärzt/-innen zeigen Unterschiede, v. a. in den Ländern F, GB und NL. Beide Berufsmigrant/-innen in F berichteten, dass sie dort die Hierarchie weniger stark erleben und die Beziehung zu den Radiolog/-innen – im Gegensatz zu D – als funktionierende „Zusammenarbeit zwischen Arzt und MTRA“ (F_R1) empfinden:

„Es ist nicht so, dass er [der Radiologe] die ganzen Entscheidungen trifft [...] sondern wenn wir ein CT-Bild vor uns haben und ihm sagen, was wir sehen, dann hört er auf das, was wir sagen. [...] Die Radiologen sind abhängig von unserem technischen Wissen und [...] die schätzen das.“ (F_R1).

Ähnliche Äußerungen zur Hierarchie gibt es für die Vergleichsländer GB und NL. Die Befragten beschreiben die Zusammenarbeit zwischen Radiologen und „radiographers“ in GB als geprägt durch ein hohes Maß an Kommunikation und Teamwork. Dies beinhaltet u. a. die Teilnahme der „radiographer“ an „Ärztebespre-

chungen“ sowie die gemeinsame Auseinandersetzung darüber, ob z. B. eine bestimmte Röntgenaufnahme bei einem Patienten „Sinn macht oder nicht“ (GB_R1).

Die Befragten in GB verwiesen zudem auf die Zusammenarbeit mit „assistant practitioners“, die von ihnen als positiv bewertet wurde. Eine Einschränkung des eigenen Aufgabenspektrums wurde nicht beschrieben. Eine Berufsmigrantin gab an, dass ihr das Assistenzpersonal eine große Hilfe bei der eigenen Einarbeitung war. Ähnlich wie bei der Erlaubnis zur Durchführung von Aufgaben mit erweiterten Kompetenzen gestaltet sich auch die Zusammenarbeit zwischen „radiographer“ und „assistant practitioner“. „Radiographer“ entscheiden dabei selbst, ob sie neben assistierenden Aufgaben auch die Durchführung von Röntgenaufnahmen an „assistant practitioner“ delegieren oder nicht:

„Das ist ähnlich wie bei Radiologe und Radiograph. Je nachdem wie viel die behalten wollen und wie viel die abgeben wollen. Manche Assistants können selber röntgen, unter den Augen des Radiographer [...]“ (GB_R2).

4.1.2.3 Einschätzungen zur Ausbildung und zu beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten

Einschätzungen zur Ausbildung

Sieben von acht Berufsmigrant/-innen in F, GB, NL und A äußerten sich zu diesem Thema und bewerteten die Ausbildung in ihrem Land im Vergleich zu D positiver. Dabei wurde insb. die Betreuung der Studierenden in den Praxisphasen für F, GB und A als intensiver im Vergleich zu D hervorgehoben.

Nur ein Befragter in A hatte „keine größeren Unterschiede“ (A_R3) zur Ausbildung in D bemerkt. Zudem gab ein Berufsangehöriger, der seine Ausbildung in F absolviert hatte, an, dass man nicht allgemein von einer besseren französischen Ausbildung sprechen könne. Das Niveau sei, ähnlich wie in D, auch abhängig von der Einrichtung bzw. *abhängig vom Team, das unterrichtet*“ (F_R1).

Die Befragten in F kamen insgesamt zu dem Schluss, dass angehende Berufsangehörige hier i. d. R. über ein wesentlich höheres Maß an Kenntnissen in der Röntgenanatomie und Bildinterpretation verfügen als in D. Das machte sich für eine Berufsmigrantin v. a. bei der Arbeit im Bereich Computertomographie deutlich bemerkbar:

„Die Franzosen [haben] in ihrer Ausbildung viel mehr Beispiele gehabt von Röntgenbildern, von CT's und [die] wissen, wie man die interpretiert. [...] Wir

haben immer nur das CT gefahren [...] und [lernten] die technischen Sachen aber nicht unbedingt den medizinischen oder anatomischen Aspekt.“ (F_R2).

Ähnliche Aussagen finden sich auch für GB. Auch hier schätzten die befragten Berufsmigrant/-innen ein, dass Berufsanfänger/-innen „besser Röntgenbilder interpretieren, als in Deutschland“ (GB_R3).

Einschätzungen zu Weiterqualifizierungsmöglichkeiten und zur beruflichen Entwicklung

Für F und A wurden keine relevanten Unterschiede im Hinblick auf die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten von MTRA im Vergleich zu D gesehen. Ihrer Einschätzung nach gibt es in beiden Ländern Weiterbildungsmöglichkeiten, wozu in A im Zuge der Akademisierung des Berufes auch ein Masterlehrgang gehört. Gleichwohl existieren auch in A – ähnlich wie in D – keine Stellen für Radiologietechnolog/-innen mit einem erweiterten Kompetenzprofil, „so dass völlig unklar ist, was die [Berufsangehörigen] hinterher machen sollen mit der Ausbildung“ (A_R5).

In NL werden Weiterbildungen vom Arbeitgeber „sehr stark“ (NL_R1) gefördert, v. a. im Hinblick auf Spezialisierungen der „MBB'er“. Während eine der Befragten berichtete, dass es in ihrem Arbeitsbereich, der Strahlentherapie, gute Karriereöglichkeiten gibt, die sowohl mit einem höheren Gehalt als auch mit einer Erhöhung der Verantwortlichkeit einhergehen, gab eine andere, die in der Radiologischen Diagnostik tätig ist, ein gegenteiliges Bild wieder. Sie beschrieb, dass die Weiterbildung „nur das Wissen“ erhöhen würde und man „auch nicht mehr Geld“ (NL_R3) bekäme.

In GB existieren einerseits vielfältige kurze Weiterbildungsangebote, wie bspw. „Red-Dot-Kurse“, in denen das Erkennen von pathologischen Veränderungen im Bereich der Traumatologie geschult wird. Außerdem existieren universitäre Weiterbildungsangebote ohne formale Höherqualifizierungen, die nach Einschätzungen der Befragten v. a. bei der Bewerbung um eine andere Stelle oder eine höhere Position im NHS eine wichtige Rolle spielen:

„Man braucht keine Zertifikate, CT ist allgemein angenommen Band 6. Wenn man Band 5 ist und man hat noch keine CT-Erfahrung und man will sich jetzt auf die Band 6 bewerben [...] dann bräuchte man schon was in der Hand. [...] Es gibt auch Master im CT oder im MRT, aber für die Rotierung an den Großgeräten, da reicht aus, dass man einen kleinen Kurs gemacht hat.“ (GB_R2).

Andererseits ermöglichen MSc- und PhD-Studienabschlüsse eine deutliche Erweiterung der Handlungs-

kompetenzen i. S. eines signifikanten Karriereschritts. So ist für die Übernahme ausgewählter Aufgaben, wie z. B. das Befunden von Röntgenuntersuchungen oder die Durchführung von Sonographien, i. d. R. ein Masterabschluss erforderlich.

Eine verbindliche Pflicht zur beruflichen Registrierung und kontinuierlichen Fortbildung gibt es nur in GB. Auch wenn in NL eine Registrierung „im Prinzip freiwillig [ist]“ (NL_R1), besteht – so die Befragte – ein als hoch empfundener Druck auf die „MBB'ers“, sich im „Kwaliteitsregister Paramedici“ (KP) registrieren zu lassen, weil man sonst „entlassen werden“ kann oder z. B. eine angestrebte „Stelle nicht bekommt“ (NL_R1).

4.1.3 Erkenntnisse aus der Online-Expertenbefragung

Die Auswertung der Online-Expertenbefragung für das Handlungsfeld Radiologietechnologie basiert auf den Antworten von insgesamt 85 Teilnehmer/-innen (D: 22, F: 14, GB: 9, NL: 20, A: 20).²⁷ Die Antworten auf die zehn z. T. mehrgliedrig gestellten Fragen werden im Folgenden in zwei Themenkomplexen zusammengefasst wiedergegeben. Diese Themenkomplexe umfassen einerseits die Einschätzung zur Ausbildung und andererseits die Bewertung der Berufspraxis. Meist orientiert sich die Darstellung dabei an der Länderreihenfolge D, F, GB, NL und abschließend A. Wo für mehrere Länder zusammenfassende Aussagen möglich sind, wird von dieser Reihenfolge abgewichen.

4.1.3.1 Einschätzungen zur Ausbildung im Hinblick auf die Anforderungen an MTRA – Ist-Stand und Perspektiven

In einem ersten Fragenkomplex wurden die Expert/-innen um eine Einschätzung dahingehend gebeten, ob die derzeitige Ausbildung hinreichend auf die Berufsausübung als Radiologietechnolog/-in vorbereitet. Sie sollten angeben, worin Stärken und Schwächen sowie Verbesserungsmöglichkeiten der derzeitigen Ausbildung bestehen. Dies schloss eine Frage danach ein, welche Qualifikationen und Kompetenzen – die derzeit Fort- und Weiterbildungsinhalte darstellen – bereits in der Ausbildung erworben werden sollten. Gefragt wurde auch, welche Veränderungen in der

Radiologietechnologie-Ausbildung in den letzten Jahren die Berufsausübung positiv bzw. negativ beeinflusst haben. Zudem sollten Angaben dazu gemacht werden, in welchen Bereichen bei Berufsanfänger/-innen der größte Unterstützungsbedarf besteht.

Angemessenheit der Ausbildung

Die Einschätzung der befragten Expert/-innen hinsichtlich der Angemessenheit der Ausbildung in D erfolgte sehr zurückhaltend. Eine eindeutige Bewertung wurde von der Mehrheit der Teilnehmer/-innen nicht vorgenommen. Lediglich etwa ein Drittel der Befragten hielten die derzeitige Ausbildung in D für angemessen. Die Mehrheit dieser Antworten war, mit dem Verweis auf gewisse Einschränkungen, verhalten positiv. Im Hinblick auf die „grundlegende[n] Aufgaben“ von MTRA (R144) wird die Ausbildung als angemessen eingeschätzt.

Im Gegensatz dazu schätzten die Expert/-innen in F, GB, NL und A die Ausbildung im Hinblick auf die Anforderungen im Berufsalltag mehrheitlich als angemessen ein. In F, NL und A gab es dabei einzelne kritische Bewertungen, u. a. zu Defiziten in der praktischen Ausbildung (A) und zur nicht ausreichenden Berücksichtigung bestimmter Lerninhalte, wie z. B. neuer technischer Entwicklungen in der Radiologie (F, NL).

Stärken der Ausbildung

Die Expert/-innen in D waren sehr verhalten bei der Benennung von Stärken innerhalb der aktuellen MTRA-Ausbildung. Positiv bewertet wurde einerseits die Ausbildung an Schulen, die an Universitätskliniken angesiedelt sind. Sie begründeten dies insb. mit der Möglichkeit, hier ein großes Spektrum an Krankheitsbildern kennenlernen zu können sowie mit dem Vorhandensein einer modernen technischen Ausstattung für die praktische Ausbildung. Andererseits wurden die, in einigen Bundesländern in jüngerer Zeit vorgenommenen, Überarbeitungen der Curricula sowie die Zunahme von akademisch qualifizierten Lehrkräften an den MTA-Schulen betont.

In F zählten die Befragten v. a. die Breite der Ausbildung, das abgestimmte Theorie-Praxis-Verhältnis sowie die Nutzung moderner Technologien zu den Stärken der Ausbildung. Die Einführung einer kompetenzorientierten – anstelle einer fachsystematisch gegliederten – Ausbildung, die Anpassung sowie der Ausbau bestimmter Lerninhalte, wie z. B. die Schnittbildtechnologie und Anatomie, gehören zu den positiven Veränderungen der letzten Jahre in der französischen Ausbildung der „Manipulateurs d'ERM“. Positiv von den Expert/-innen angesprochen wurden auch die ergänzende verpflichtende Ausbildung in den Bereichen Strahlenschutz und Erste Hilfe.

²⁷ Zur Beschreibung der Teilnehmer/-innen an der Online-Expertenbefragung s. Kap. 2.2.3 und Anhang B 1.2. Die Reichweite der abgebildeten Einschätzungen fällt aufgrund der Teilnehmerzahl von neun Expert/-innen für GB geringer aus, als für die anderen vier Vergleichsländer mit Teilnehmerzahlen zwischen 14 und 22. Die Angaben der Befragten erlauben Einblicke in die Situation der berufszulassenden Ausbildungen sowie in die Berufsausübung von MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen. Der Anspruch auf Verallgemeinerbarkeit wird nicht erhoben.

Von der bevorstehenden Reform in Verbindung mit einer Verlagerung der Ausbildung in den tertiären Bildungssektor erwarten die französischen Befragten zudem eine Aufwertung des Berufs.

Zu den Stärken der Ausbildung der „radiographer“ in GB zählten die Teilnehmer/-innen den hohen Standard der Ausbildung im Hinblick auf die zu erwerbenden Kompetenzen und Fähigkeiten, die Ausgestaltung des Theorie-Praxis-Transfers, die Förderung des kritischen Denkens, die Auseinandersetzung mit „evidence-based practice“ sowie die Sensibilisierung für eine Anbahnung des lebensbegleitenden Lernens. Sie hoben den, in den vergangenen Jahren umfangreicher gewordenen, Einsatz virtueller Simulationsgeräte in der Strahlentherapie hervor. Außerdem bewerteten die Befragten die verstärkte Aufmerksamkeit auf den Erwerb von Kompetenzen in der Schnittbilddiagnostik und Bildauswertung sowie die weiterführenden Entwicklungen hinsichtlich der Messung und Überprüfung klinischer Kompetenzen positiv.

In NL wurde die mit der Verortung der Radiologietechnologie-Ausbildung auf HBO- bzw. Hogeschool-Ebene nun breiter gefächerte sowie kompetenzorientiertere Ausbildung positiv erwähnt. Die Berufsanfänger/-innen würden hier an das selbstständige Arbeiten herangeführt und v. a. durch den hohen Anteil an praktischen Lernanteilen im Skillslab gut auf die Berufspraxis vorbereitet. Der stärkere Fokus auf das Erlernen von Präsentation und Argumentation sowie das wissenschaftlich orientierte Arbeiten und die „evidence-based practice“ wurden von mehreren Expert/-innen als weitere positive Veränderung in der Ausbildung der niederländischen „Medisch beelvoormings- en bestralings-deskundigen“ benannt.

Als Stärken der auf der MBO-Ebene angesiedelten Ausbildungsform wurden die theoretischen Ausbildungsinhalte bezeichnet, die in Absprache mit der Praxis entwickelt wurden, sowie das hohe Maß an praktischen Fähigkeiten, die die Absolvent/-innen durch ihre praxisorientierte Ausbildung erwerben.

Zu den Stärken der österreichischen Ausbildung zählten mehrere Befragte das hohe Maß an theoretischem Wissen, die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit berufsspezifischen Themen sowie den guten Theorie-Praxis-Transfer. Weiterhin hoben sie die, mit der im Jahr 2005 stattgefundenen Verlagerung der Radiologietechnologie-Ausbildung an die Fachhochschulen verbundene, Neukonzeption des Curriculums positiv hervor. Diese schloss nach Aussage der Befragten eine Aktualisierung der Ausbildungsinhalte und die Einführung fest vorgegebener Mindestzahlen für durchzuführende Untersuchungen während der praktischen Ausbildung – bei einer gleichzeitig von den

Befragten allgemein zu kurz befundenen praktischen Ausbildungsphase – ein.

Schwächen und Vorschläge zur Verbesserung der MTRA-Ausbildung

Die Schwächen der derzeitigen Ausbildungsgänge sind nach Einschätzung der Expert/-innen in den drei Bereichen (1) Wissensvermittlung der theoretischen Inhalte, (2) praktische Ausbildung und (3) allgemeine Ausbildungsqualität zu finden.

Der zuletzt genannte Bereich beinhaltet für D v. a. die Kritik der Expert/-innen an veralteten Ausbildungsinhalten in der aktuell geltenden MTA-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (MTA-APrV 1994), an fehlenden Vorgaben zum Stellenverhältnis von Lehrenden zu Schüler/-innen, an der defizitären Ausstattung der Ausbildungseinrichtungen mit Lehrmaterialien sowie an der veralteten Geräteausstattung. Im Hinblick auf die theoretische Ausbildung wurden für D v. a. die Thematisierung von Informationstechnologie und Schnittbildtechnik als verbesserungswürdig benannt sowie die praktische Ausbildung an diagnostischen Großgeräten und die Verzahnung von Theorie und Praxis.

Zur Verbesserung der praktischen Ausbildung schlugen die deutschen Expert/-innen eine Erhöhung dieses Ausbildungsbereiches, ein verbindliches Praxisanleitersystem sowie Praktika in großen Abteilungen mit modernen Geräten vor. Zudem machten sie den Vorschlag, die Ausbildungsinhalte stärker an die Anforderungen der Berufspraxis anzupassen. Etliche Befragte befürworteten die Erhöhung der Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung auf Abiturniveau sowie die Verlagerung der Ausbildung in das Hochschulsystem. Auch wurde eine Spezialisierung in der Fachrichtung Diagnostik oder Strahlentherapie innerhalb der Ausbildung vorgeschlagen.

In F gab es hinsichtlich der Nennung von Schwächen der Ausbildung vorwiegend Einzelnennungen unterschiedlicher Art zu den Bereichen theoretische Wissensvermittlung und Ausbildungsqualität. Kritisiert wurden insb. Lücken in den Bereichen Geistes-, Sozial- und Rechtswissenschaften, Pflege/Patientenbegleitung, Funktionsdiagnostik, Sonographie, Angiografie und interventionelle Radiologie sowie Dosimetrie und Röntgen im OP. Mängel in der Ausbildungsqualität sahen die Expert/-innen in fehlenden Räumlichkeiten für den praktischen Unterricht, in Schwierigkeiten bei der Organisation von Praktika durch unflexible, staatliche Vorgaben von Unterrichts- und Ferienzeiten und in der geringen Nutzung moderner Methoden wie z. B. des Konzeptes des selbstorganisierten Lernens.

Die Mehrheit der befragten französischen Expert/-innen brachten Vorschläge zur Verbesserung der Ausbildung an. Dazu gehörten insb. die Aktualisierung der Lehrpläne, der verstärkte Einsatz moderner Lehr- und Lernmethoden sowie – bezogen auf die praktische Ausbildung – eine verbesserte Praktikumsanleitung und Zusammenarbeit zwischen den Ausbildungseinrichtungen und Praktikumsorten.

Als Kritikpunkt an der Ausbildung in GB wurde von allen fünf Expert/-innen, die sich zu diesem Thema geäußert haben, die allgemein als nicht ausreichend befundenen praktischen Fähigkeiten der Absolvent/-innen angeführt. Einzelnennungen betrafen weiterhin überladene Lehrpläne, die begrenzte praktische Ausbildung in der Schnittbilddiagnostik sowie eine unzureichende Ausbildung in den Bereichen Patientenpflege/-begleitung, Forschung, Mitarbeiterführung, Sonografie und Nuklearmedizin sowie vertieftes Wissen in der Strahlentherapie, z. B. im Hinblick auf die komplexe Dosimetrie und Tumorversorgung.

Die Expert/-innen in GB betonten mehrheitlich, dass die Ausbildungsprogramme kontinuierlich an neue Anforderungen angepasst würden. Einzelne Experten/-innen schlugen im Hinblick auf die angesprochenen fehlenden praktischen Fähigkeiten der Absolvent/-innen eine Verlängerung der praktischen Ausbildung vor, damit die Studierenden mehr klinische Erfahrungen, v. a. auch im Umgang mit Patienten sammeln könnten.

Ähnlich wie in D und F berichteten die Expert/-innen in NL von unzureichenden theoretischen Kenntnissen der Absolvent/-innen. Konkret genannt wurden hier die Bereiche Strahlentherapie und Nuklearmedizin. Nach Auffassung einiger Teilnehmer/-innen liegt der Fokus der HBO-Ausbildung, d. h. der Ausbildung an einer Hogeschool, zu sehr auf der Radiologischen Diagnostik, während die Strahlentherapie nicht hinreichend behandelt würde. Mehrfach kritisiert wurde zudem das Prüfsystem der theoretischen Inhalte, das i. d. R. dem Multiple-Choice-Prinzip folgt und in nicht intendierter Weise den Studierenden ermöglicht, fehlendes Wissen in einem Fachgebiet durch anderes Fachwissen zu kompensieren, um die Prüfungen zu bestehen. In Einzelnennungen wurde darauf verwiesen, dass Absolvent/-innen der Hochschulausbildung (HBO-Niveau) durch fehlendes Üben direkt am Patienten zu wenig auf fachspezifisches Handeln vorbereitet werden. Außerdem brachten mehrere Expert/-innen an, dass in beiden Ausbildungen (HBO und MBO) neueste Entwicklungen in der Theorievermittlung noch zu wenig berücksichtigt werden.

Mehrfach unterbreitete Vorschläge zur Verbesserung der Ausbildung in NL betrafen die Änderung des

derzeitigen Prüfungssystems, eine stärkere Vermittlung theoretischer Kenntnisse u. a. in den Lernbereichen Anatomie und Pathologie, die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den theoretischen Ausbildungseinrichtungen und den praktischen Lernorten sowie eine flexible, zügige Anpassung der Ausbildungsinhalte, z. B. als Reaktion auf die Entwicklung neuer Technologien.

Als Schwäche der Ausbildung in A wurde mehrfach auf den für zu kurz eingeschätzten praktischen Anteil der Ausbildung hingewiesen. Verbesserungsvorschläge betrafen die Verlängerung der Ausbildungszeit, die Erhöhung der Praktikumsstunden sowie eine Verbesserung der Anbahnung sozialer Kompetenzen zur Verbesserung der Patientenkommunikation und der Teamfähigkeit.

Die genannten Verbesserungsvorschläge der befragten Expert/-innen bzgl. der Ausbildung von Radiologietechnolog/-innen in den Vergleichsländern sind in der unten stehenden Tabelle zusammengefasst (s. Tab. 4.1.4). Bei einigen Anregungen handelt es sich um Einzelnennungen; andere wurden von mehreren Personen angeführt. Trotz der begrenzten Allgemeingültigkeit der hier gesammelten Einschätzungen lassen sich einige Auffälligkeiten feststellen, u. a. dass in allen Ländern, mit Ausnahme von F, die befragten Expert/-innen die praktische Ausbildung für nicht ausreichend halten.

Die genannten Schwächen der Ausbildungen spiegeln sich z. T. auch in den Antworten der wenigen Expert/-innen wider, die sich dazu äußerten, welche Qualifikationen und Kompetenzen, die derzeit durch Fort- und Weiterbildung erworben werden, in die Ausbildung integriert werden sollten. Häufiger genannt wurden hierbei die Schnittbildtechnologie (D, NL), die IT-Technik (D, F, A) sowie der Strahlenschutz (F). Die Mehrheit der befragten Länderexpert/-innen in D, GB, NL und A kam jedoch zu der Einschätzung, dass allein mit der Erstausbildung kein höheres als das bisher angestrebte Kompetenzniveau in einem Fachgebiet erreicht werden könnte und sollte.

Den größten Unterstützungsbedarf von Berufsanfänger/-innen sahen die befragten Expert/-innen im Bereich der Schnittbildtechnologie und Angiographie, im Umgang mit IT-Systemen (D), der Arbeitsorganisation und Administration (D, NL, A), der Kommunikation/dem Umgang mit Patient/-innen und Kolleg/-innen (D, GB, NL, A), der selbstständigen Entscheidungsfindung (F, GB, NL, A) und in der Übernahme von Verantwortung für das eigene Handeln (GB, NL).

Tabelle 4.1.4: (Einzel- und Mehrfach-)Vorschläge zur Verbesserung der Ausbildung in der MTRA bzw. Radiologietechnologie

	D	F	GB	NL	A
1. Anpassung der Ausbildungsinhalte (Theorie)					
- Erhöhung bestimmter Inhalte, z. B. Anatomie/Physiologie/Pathologie (D, NL), fundierteres Grundlagenwissen und stärkere Berücksichtigung der Bildrekonstruktion und Pflege (F) sowie von Radiopharmaka (NL)	X	X		X	
- Zeitnahe Berücksichtigung neuer technologischer Entwicklungen		X		X	
- Ausbildung von in der Praxis benötigten Kompetenzen z. B. „venösen Zugang legen“ und praxisnahe Vermittlung von Inhalten	X				
- Reduktion bestimmter Inhalte, z. B. Medizinische Inhalte zugunsten geistes- und sozialwissenschaftlicher Inhalte (F) sowie Forschung zugunsten anderer berufsrelevanter Inhalte (NL)		X		X	
- Verbesserung der Ausbildung sozialer Kompetenzen in Bezug auf die Kommunikation und soziale Interaktion mit den Patienten (NL, A) sowie die (inter-)disziplinäre Zusammenarbeit				X	X
- Stärkere Förderung des beruflichen Selbstverständnisses der Absolventen				X	
2. Praktische Ausbildung					
- Pflichtpraktika in allen relevanten Fachrichtungen				X	
- Erhöhung des praktischen Ausbildungsanteils	X		X		X
- Verbesserung der Praxisbetreuung und -anleitung	X	X			
- Qualität (D: Beschränkung auf Einrichtungen mit innovativer Technik) und ausreichende Anzahl an Praktikumseinrichtungen (F)	X	X			
- Verbesserungen in der Lernstandsbestimmung der Lernenden und Erhöhung des Stellenwertes der Beurteilung durch die Praktikumsstellen					X
- Festlegung von Standardkriterien (D)/Lernzielen für die praktische Ausbildung anhand von Kompetenzbeschreibungen (NL)	X			X	
- Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Ausbildungseinrichtungen und Praxis z. B. bei der Lehrplanentwicklung (NL)		X		X	
- Bewusstere Auswertung/Reflexion klinischer Erfahrungen		X			
3. Übergeordnete Kriterien und Ausbildungsqualität					
- Bundesweiter Standard an allen Ausbildungseinrichtungen (D) bzw. Einheitlichkeit in der Ausbildung (NL)	X			X	
- Zeitnahe Aktualisierung der Ausbildungsprogramme/Lehrpläne bzw. Anpassung von Standards, Abgleich von Berufs- mit Ausbildungsprofil		X		X	

- Anhebung des Niveaus der theoretischen Ausbildung	X				
- Anhebung der Zugangsvoraussetzung und Akademisierung der Ausbildung	X				
- Verlängerung der Ausbildung (A)					X
- Spezialisierung innerhalb der Ausbildung in Diagnostik oder Strahlentherapie (D, NL) bzw. Spezialisierung innerhalb eines Fachgebietes, z. B. CT in der Radiologischen Diagnostik (NL)	X			X	
- Einsatz moderner Lehr- und Lernmethoden	X	X		X	
- Modernisierung der Räume für den praktischen Unterricht (Skills-Labs), z. B. virtuelle Lernumgebungen und Simulatoren, keine Altgeräte		X			X
- Überarbeitung des Prüfungssystems	X			X	
- Begrenzung der Klassenstärke		X			
- Akademisierung der Lehrkräfte (D) und Ausbildung von Praxisanleitern (In-Service-Ausbildung) verbessern (NL)	X			X	
- Einführung einer Ausbildungsvergütung (D)	X				

4.1.3.2 Einschätzungen zu den Veränderungen der Berufspraxis von MTRA

In einem zweiten Themenkomplex wurden die Expert/-innen *zum einen* gefragt, welche Veränderungen in den Rahmenbedingungen der letzten Jahre die Berufsausübung positiv bzw. negativ beeinflusst haben und welche patientenfernen und übergreifenden Aufgaben in den verschiedenen Arbeitsfeldern der MTRA von zunehmender Bedeutung sind. *Zum anderen* wurden sie um Bewertungen von verschiedenen Aspekten der (möglichen) regelhaften Verlagerung der Ausbildung in den Hochschulbereich gebeten. Aufgrund des unterschiedlichen Entwicklungsstandes in den Ländern variierten die Blickrichtungen bei dieser Frage: d. h. in D in Bezug auf eine mögliche Verlagerung an die Hochschulen, in F auf den gerade anlaufenden Prozess der Akademisierung und in GB, NL und A um eine rückblickende Einschätzung.

Veränderungen der Rahmenbedingungen

Als zentrale Aspekte, die zu Veränderungen in der Berufspraxis von MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen geführt haben, nannten die Expert/-innen den technischen Fortschritt (D, F, GB, A), die Erweiterung des Aufgabenspektrums (D) sowie die gestiegene Nachfrage nach diagnostischen und strahlentherapeutischen Leistungen (F, GB, NL). Hinzu kommen ein steigender Druck zur Kosteneinsparung (D, F, GB, NL,

A), zunehmender Fachkräftemangel (D, F) und eine damit verbundene Erhöhung der Arbeitsbelastung (D, NL).

Die aktuellen Veränderungen hatten – und haben weiterhin – nach Einschätzung der Expert/-innen sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die Berufspraxis und die Weiterentwicklung des Berufsbildes der Radiologietechnolog/-innen. So führten neue technische Entwicklungen, wie die Schnittbildtechnologie, die Nutzung von EDV-Systemen zur Administration und Dokumentation von Patienten- und Bilddaten (RIS/PACS) sowie die Anwendung der Teleradiologie und neue Aufgaben etwa in der Administration, im Qualitätsmanagement und im Strahlenschutz (D) zur Attraktivitätssteigerung des Berufs. Nach Einschätzung der Befragten wird dieser damit interessanter, attraktiver und gleichzeitig komplexer und anspruchsvoller (D, F). Mit den aufgezeigten Entwicklungen erhöht sich auch der Bedarf an qualifizierten Fachkräften sowie an Fort- und Weiterbildungsangeboten.

Dem stünden aber ein zunehmender Fachkräftemangel v. a. bei den MTRA in D und Personaleinsparungen bei Radiologietechnolog/-innen, aufgrund des steigenden Kostendrucks, in allen Ländern gleichermaßen entgegen. Offene MTRA-Stellen würden in D häufig durch kostengünstigere Medizinische Fachangestellte besetzt (vgl. Blum 2012a, S. 9).

Bedeutungszunahme von Aufgaben/Tätigkeiten

Patientenferne²⁸ und übergeordnete Aufgaben und Tätigkeiten in der Radiologietechnologie, die aus Sicht der in dieser Studie befragten Expert/-innen an Häufigkeit und Bedeutung zugenommen haben, lassen sich den in Tabelle 4.1.5 benannten Themenfeldern zuordnen.

Nicht-Nennungen in den Themenfeldern der Tabelle durch die hier Befragten für die einzelnen Vergleichsländer sind nicht so zu interpretieren, dass bestimmte Aufgaben nicht möglicherweise doch an Bedeutung gewonnen haben.

Die Einschätzungen der Länderexpert/-innen hinsichtlich der Bedeutungszunahme von patientenfernen und übergeordneten Aufgaben sind, bedingt z.B. durch den überall gleichermaßen anzutreffenden technischen Fortschritt, z.T. sehr ähnlich. Deutliche Übereinstimmungen zwischen den Ländern gab es bspw. bei den administrativen Aufgaben sowie im Bereich des Qualitätsmanagements. Obwohl die Expert/-innen in GB keine Aufgaben nannten, die dem Themenfeld 1 „Informationstechnologie“ zugeordnet werden konnten, ist aufgrund der allgemeinen Entwicklung in der Radiologie davon auszugehen, dass Aufgaben und Tätigkeiten,

Tabelle 4.1.5: Patientenferne und übergeordnete Aufgaben mit zunehmender Bedeutung in der Berufspraxis von MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen

Aufgaben	D	F	GB	NL	A
Informationstechnologie - RIS, PACS, Teleradiologie (D, F, NL, A) - Dokumentation (NL) - Bildnachbearbeitung, -rekonstruktion (D, F, NL, A) und IT-gestützte Untersuchungsauswertung (keine Befundung) (A)	X	X		X	X
Administrative Aufgaben - Personalführung (GB, NL) - Betriebswirtschaftl. Aufgaben, z. B. Abrechnungen, Materiallogistik (D, F, A) - Organisation, Management, Steuerung des Workflow (D, GB, NL)	X	X	X	X	X
Qualitätsmanagement - Qualitätskontrolle und -sicherung (D, F, NL, A) und Prozessoptimierung (NL)	X	X		X	X
Strahlenschutz und Dosimetrie	X	X		X	X
Interprofessionelles Arbeiten	X				
Ausbildung und Weiterqualifizierung - Betreuung von Lernenden/Praktikumsanleitung (D, GB, NL) - Durchführung von Schulungen für Kollegen (NL)	X	X	X	X	
Forschung/Evidence-based Practice - Einbindung in (D) und Durchführung von Forschungsprojekten (GB) - „evidence-based practice“ (GB), wissenschaftliche Aspekte (A)	X		X	X	X
Ärztliche Tätigkeiten bzw. Advanced Practice - Bildinterpretation/Befundung - Verordnung von Medikamenten - Eigenverantwortliche Überwachung komplexer Bestrahlungsbehandlungen, z. B. IMRT (intensitäts-modulierte Radiotherapie)			X		

28 Gemeint sind die Tätigkeiten, die nicht unmittelbar am Patienten ausgeführt werden, jedoch in engem Zusammenhang mit der Patientenversorgung stehen, wie z. B. die Nachbearbeitung von Untersuchungen und Dokumentationsaufgaben.

wie die Bildrekonstruktion sowie die IT-gestützte Auswertung von Untersuchungen, auch in der Berufspraxis der britischen „radiographer“ eine Bedeutungszunahme erfahren haben. Auffällig ist, dass lediglich in D das „Interprofessionelle Arbeiten“ angesprochen wurde.

Die Expert/-innen in GB konzentrierten sich in ihren Aussagen v. a. auf Tätigkeiten in der Administration, der Aus- und Weiterbildung, der Forschung und „evidence-based practice“. Als Einzige nannten sie Aufgaben, die in D zu den ärztlichen Tätigkeiten zählen, jedoch in GB in den Bereich „advanced practice“ gehören. In der Verordnung von Medikamenten, der Patientennachsorge in der Strahlentherapie, der Überwachung von komplexen Strahlentherapiebehandlungen sowie in der Bildinterpretation und Befundung haben „radiographer“ in GB nach Einschätzung der Expert/-innen deutlich größere Verantwortung als in anderen Ländern. Diese Aussage war auch ein gutes Beispiel für das stark ausgeweitete Aufgabenspektrum und Kompetenzprofil des Berufes in GB.

Veränderungen durch die Akademisierung der Radiologietechnologie-Ausbildung

Die Einschätzungen der Expert/-innen, ob sich die Patientenversorgung durch die Akademisierung der Ausbildung verbessert hat, fielen in GB, NL und A heterogen aus. Einzelne Expert/-innen argumentierten, dass eine Steigerung in Bezug auf die Qualität, Transparenz, Effizienz und Effektivität der Versorgung wahrzunehmen wäre (A). Andere (NL, A) fanden, dass die Patientenversorgung durch die Akademisierung bisher nicht verbessert worden sei bzw. dass sie sich verschlechtert hätte. Dies gelte zumindest bei Berufsanfängern und sei darauf zurückzuführen, dass an den Hochschulen – im Vergleich zu Themen rund um die Begleitung und Betreuung – die größere Aufmerksamkeit auf die technischen Komponenten des Berufsbildes gelegt werde. In A kommt als Begründung hinzu, dass der praktische Ausbildungsanteil stark reduziert wurde.

Ein einheitliches Meinungsbild unter den Expert/-innen in GB, NL und A zeigte sich in Bezug auf die Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit. Sie kamen zu dem Schluss, dass sich die Anhebung der Ausbildung auf ein akademisches Niveau in diesem Punkt positiv ausgewirkt hat (GB, NL, A). Insb. in A werden ein gestärktes Selbstbewusstsein und verbesserte Argumentationsfähigkeiten der Radiologietechnolog/-innen im interdisziplinären Dialog wahrgenommen.

In D und F, wo die Akademisierung der MTRA-Ausbildung bislang nicht vollzogen wurde, stellten sich die Erwartungen der Expert/-innen hinsichtlich der möglichen Auswirkungen einer Akademisierung geteilt dar. Einerseits bestehen Befürchtungen, dass eher „Theoretiker“ in die Berufspraxis entlassen würden (F), andererseits wird vermutet, dass akademisch qualifizierte Radiologietechnolog/-innen fachliche Zusammenhänge besser erkennen (F), ihr Handeln besser reflektieren (F) und ihre Fähigkeit zum evidenzbasierten Arbeiten

die Qualität und Effektivität der Patientenversorgung erhöhen würde (D). Die Mehrheit der Expert/-innen in D kam zu dem Schluss, dass die Anhebung der Ausbildung auf Bachelorniveau eine Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen auf Augenhöhe ermöglichen und zu Verbesserungen in der Kommunikation mit anderen Berufsgruppen führen würde.

Vorschläge der Experten zur Weiterentwicklung des Berufsprofils und der Berufspraxis

Für eine *optimale und effiziente Versorgung der Patient/-innen* mit radiologischen Leistungen wäre es nach Einschätzung der Experten/-innen notwendig, dass Radiologietechnolog/-innen ihre Arbeit ständig reflektieren und darüber hinaus zur interprofessionellen Zusammenarbeit sowie zu evidenzbasiertem Arbeiten fähig seien (D, F, GB, NL, A). Zudem bräuchten sie ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz, um die Patient/-innen angemessen informieren und aufklären zu können.

Vor dem Hintergrund der aufgezeigten Entwicklungen in der Berufspraxis von MTRA benannten die Expert/-innen umfangreiche Veränderungsnotwendigkeiten. Diese betrafen insb. das Aufgabenspektrum von MTRA und die interprofessionelle Zusammenarbeit, Personalentwicklungsfragen sowie Anpassungen der Ausbildungs- und Weiterbildungsqualifizierungsinhalte und -strukturen.

Im Hinblick auf die *Weiterentwicklung des Berufsprofils und der Berufsausübung* wurden v. a. konkrete Vorschläge in Bezug auf eine Ausweitung des Aufgabenspektrums der MTRA angeführt, die die Übernahme ausgewählter ärztlicher Tätigkeiten bzw. die Legalisierung der Durchführung von Tätigkeiten einschließt, die bereits regelhaft von MTRA durchgeführt werden. Als Bsp. wurden die folgenden benannt:

- Aufklärung von Patient/-innen (D)
- Selbstständiges Applizieren von Kontrastmittel und Radiopharmaka (D, A)
- Indikationsstellung/selbstständige Entscheidungsfindung bzgl. der rechtfertigenden Indikation von Röntgenuntersuchungen (D) und von Zusatzaufnahmen (F) sowie die selbstständige Auswahl der Untersuchungsmethoden (D, NL) und Bildgebungsmodalitäten (NL)
- Durchführung von Sonographien (D, F, A)
- Durchführung von Durchleuchtungen (NL) und Ausweitung der eigenständigen Aufgabenübernahme im Bereich der radiologischen Interventionen (GB)

- Eigenständige Durchführung von Bildrekonstruktionen (F)
- Eigenständige Befundung von (Standard-)Untersuchungen (D, F, NL, A) bzw. Ausweitung der Befundung durch „diagnostic radiographers“ (GB)
- Selbstständige Behandlungsverordnungen im Tätigkeitsfeld der Strahlentherapie (GB)
- Verantwortungsübernahme für die Koordinierung der Patientenversorgung (D, GB)
- Weitere Nennungen: Dosimetrie (F), Qualitätssicherung von Bestrahlungsplänen (NL), Brachytherapie (GB), Forschung (F), Aus- und Weiterbildung (F)

Im Hinblick auf die *Weiterentwicklung der Berufsangehörigen* wurden in allen Vergleichsländern Verbesserungsbedarfe benannt. Diese betrafen die Notwendigkeit des Angebots bedarfsgerechter Fortbildung und deren Finanzierung durch den Arbeitgeber (D, NL), die allgemeine Verbesserung von Entwicklungs- bzw. Karrieremöglichkeiten (D, NL, A) und die monetäre Anerkennung von Weiterqualifizierungen (A). Daneben wurden mehrfach auch der Bedarf nach einer besseren bzw. leistungsgerechteren Bezahlung (D, F, NL, A) und eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen (F) angeführt.

Auffallend ist, dass die Expert/-innen in D, F, NL und A in vielen Fällen ähnlich gelagerte Vorschläge zur Weiterentwicklung der Berufspraxis, einschließlich der Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Weiterentwicklungsmöglichkeiten machten.

Lediglich die Expert/-innen in GB, die sich zu diesem Aspekt geäußert haben, schätzten die Voraussetzungen für die berufliche Entwicklung als „excellent“ ein (R 338). Ehrgeizige „radiographers“ hätten genügend Möglichkeiten, Verantwortung zu übernehmen und sich zu entfalten.

Drei britische Expert/-innen äußerten konkrete Vorschläge zur Weiterentwicklung der Berufspraxis. Diese betrafen die Ausweitung der beruflichen Rolle im Sinne einer „advanced practice“, d. h. einer Berufspraxis mit erweitertem Kompetenzprofil, bspw. im Bereich der Tumor-Nachsorge und der selbstständigen Verordnung von Behandlungen im ambulanten Bereich (cancer site specialist; community support roles).

Eine Experteneinschätzung aus D unterbreitete den Vorschlag, die Berufsbezeichnung „Medizinisch-technische Radiologieassistentin“ in eine Bezeichnung zu ändern, die dem Profil und Verantwortungsgrad des Berufsbildes mehr entspricht. Darüber hinaus wurde gefordert, dass die Anwendung ionisierender Strahlung am Menschen ausschließlich durch entsprechend im Strahlenschutz qualifizierte Ärzt/-innen und durch

MTRA erfolgen sollte und nicht durch weniger qualifizierte Personen, wie Medizinische Fachangestellte (MFA).

4.1.4 Erkenntnisse aus der Stellenanzeigenanalyse

Im Hinblick auf die in Kapitel 2.2.2 skizzierten methodischen Herausforderungen werden die Erkenntnisse aus der Stellenanzeigenanalyse für die „Medizinisch-technische Radiologieassistentin“ für die untersuchten Länder D, F, GB und NL im Folgenden separat wiedergegeben.²⁹

Für D wurden insgesamt 260 Stellenanzeigen aus der Zeitschrift „MTA dialog“, der auflagenstärksten Fachzeitschrift für die Medizinisch-technischen Assistenzberufe analysiert. Dabei wurden alle Inserate der Ausgaben 1, 4, 7 und 10 für 2005 und 2010, die sich auf die Radiologieassistentin bezogen, betrachtet. Auffallend war, dass 2010 etwa doppelt so viele Stellenangebote enthalten waren wie 2005. In beiden Jahrgängen kamen dabei lediglich um die 5% der Angebote aus den neuen Bundesländern.

2005 richteten sich ca. 5% der Inserate sowohl an MTRA als alternativ auch an Medizinische Fachangestellte (MFA)/Arzthelfer/-innen mit einem Röntgenschein (s. auch Kap. 4.1.1). 2010 lag der Anteil solcher Anzeigen etwa doppelt so hoch. Dabei zeigte die Analyse weiterhin, dass in den Inseraten aus 2005 ausschließlich niedergelassene Radiolog/-innen alternativ zur MTRA auch MFA einstellen würden. 2010 hingegen stammten etwa die Hälfte solcher Stellenanzeigen aus Krankenhäusern, was auf einen zunehmenden Mangel an MTRA hindeutet (s. auch Kap. 4.1.1).

Insgesamt zeigt die Analyse für D weiterhin, dass knapp ¾ der Gesuche aus Krankenhäusern, einschließlich Universitätskliniken stammten, der andere Teil von niedergelassenen Radiologen. Die meisten Angebote waren dabei als unbefristete Vollzeitstellen ausgewiesen. Die meisten Angebote bezogen sich auf den Fachbereich der Radiologischen Diagnostik; weniger als 10% auf die Strahlentherapie. In ebenfalls weniger als 10% der inserierenden Einrichtungen wurden MTRA gesucht, die sowohl in der Radiologischen Diagnostik als auch in der Nuklearmedizin tätig werden sollten. Ca. 10% der Anzeigen bezogen sich explizit auf leitende Positionen. Nur in diesen Fällen wurden in den Stellenbeschreibungen explizit Zusatzqualifikationen gewünscht.

Die Analyse für F bezog sich auf 49 Anzeigen, die am 10.01.2012 auf der Homepage des MTRA-Berufsver-

29 Für A erfolgte keine detaillierte Analyse. Hier konnte keine geeignete Grundgesamtheit, etwa ein umfänglicher regelmäßiger Stellenanzeigentäglich innerhalb einer Fachzeitschrift oder ein repräsentatives Online-Portal identifiziert werden.

bandes „Association Française du Personnel Paramédical d'electroradiologie“ (AFPPE) – <http://www.afppe.net> – verzeichnet waren.

Ähnlich wie in D wurden hier in der Mehrzahl „Manipulateurs d'ERM“ für den Fachbereich Radiologische Diagnostik gesucht, gefolgt von der Strahlentherapie. Der überwiegende Teil der Stellenanzeigen stammte aus Kliniken oder Therapiezentren. In etwa jedem zehnten Inserat waren „Cadre de santé“, d.h. Leitungsstellen ausgeschrieben. In der Mehrzahl der Anzeigen wurden unbefristete Vollzeitstellen angeboten. Dabei schwankte die Angabe zum Umfang zwischen 35 und 39 Stunden. Hinweise auf gewünschte Zusatzqualifikationen fanden sich i. d. R. nicht.

Für GB wurden alle 60 Stellenanzeigen für „radiographers“ und „nuclear medicine technologists“, die im Online-Stellenanzeigenportal des National Health Service – www.jobs.nhs.uk – am 03.08.2011 verzeichnet waren, analysiert. Auffällig in GB war besonders, dass häufiger als in D und F „radiographers“ für den Fachbereich Strahlentherapie gesucht wurden. Ihr Anteil betrug knapp ein Drittel. Des Weiteren wurden in knapp einem Viertel der Anzeigen „specialists“ oder „advanced practitioners“, z. B. als Teamleiter für einen speziellen Arbeitsbereich wie Computertomographie oder Mammographie gesucht. Hierzu zählten auch Forschungsstellen. Nahezu alle Anzeigen offerierten Vollzeitstellen mit einer Wochenarbeitszeit von 37,5 Stunden. Zusatzqualifikationen wurden explizit in den Stellenanzeigen für Teamleitungen und z.T. speziell für die Mammographie, als einem Arbeitsbereich innerhalb der Radiologischen Diagnostik, und für die Nuklearmedizin benannt.

Für die Analyse in NL wurden insgesamt 52 Anzeigen aus zwölf Ausgaben des Jahres 2010 der „Gamma nieuws“, dem Newsletter des Berufsverbandes „Nederlandse vereniging Medische Beeldvorming en Radiotherapie“ ausgewertet.

Ca. 80% der Inserate wurde von Krankenhäusern aufgegeben, der Rest von Personalvermittlungsagenturen, Ausbildungseinrichtungen, Hilfsorganisationen oder der Industrie. Die Stellen waren jeweils etwa zur Hälfte als Voll- oder als Teilzeitstelle ausgeschrieben. Acht Angebote betrafen leitende Positionen. In den 42 Inseraten, in denen MBB'er von Krankenhäusern gesucht wurden, bezogen sich 19 auf die Radiologische Diagnostik, 13 auf die Strahlentherapie und zwölf auf die Nuklearmedizin. Ähnlich wie in GB, war auch in NL der Anteil der Stellenanzeigen für den Bereich Strahlentherapie höher als in D und F. In zwei Inseraten wurden MBB'er mit einer Spezialisierung in der Sonographie gesucht. Dabei wurden keine Qualifizierungsnachweise genannt, jedoch Erfahrung gewünscht.

4.1.5 Erkenntnisse aus der Online-Berufsangehörigenbefragung

4.1.5.1 Zu den befragten MTRA und dem verwendeten Fragebogen

Für das Handlungsfeld der Medizinisch-technischen Radiologieassistenz bzw. Radiologietechnologie wurden insg. 1.007 Fragebögen ausgewertet. Ihre Verteilung auf die fünf Länder und auf die drei Hauptaufgabengebiete dieses Berufsbildes fällt sehr unterschiedlich aus (s. Tab. 4.1.6). Aufgrund der v.a. für F und GB geringen Anzahl auswertbarer Fragebögen können hier keine Aussagen zur Berufspraxis und -ausbildung mit repräsentativem Anspruch formuliert werden. Gleichfalls werden auch für D mit 593, für NL mit 191 und A mit 112 Teilnehmer/-innen nur zurückhaltende Aussagen getroffen. Eine detaillierte Beschreibung der Befragten bzw. Länderstichproben befindet sich in Anhang B 1.3.

Für die Qualifikationsanalyse der MTRA bzw. Radiologietechnologie wurden zwei Fragebögen entwickelt: zum einen für die Diagnostik, d.h. für die Handlungsfelder Radiologische Diagnostik und Nukle-

Tabelle 4.1.6: In die Auswertung der Berufsangehörigenbefragung für die MTRA eingegangene Fragebögen

	D	F	GB	NL	A	gesamt
In die Auswertung eingegangene Fragebögen für den Bereich „Diagnostik“ (Radiologische Diagnostik und Nuklearmedizin)	511	79	26	147	97	860
In die Auswertung eingegangene Fragebögen für die „Strahlentherapie“	82	1	5	44	15	147
Gesamtzahl der ausgewerteten Fragebögen	593	80	31	191	112	1.007

armedizin, und zum anderen für die Strahlentherapie. In Teilen sind die beiden Fragebögen gleich. Unterschiede bestehen v. a. hinsichtlich der Thematisierung spezifischer Aufgaben in den drei Handlungsfeldern. Die Darstellung der zentralen Ergebnisse der Berufsangehörigenbefragung (im Folgenden kurz: BAB) orientiert sich dabei – z. T. in zusammengefasster Form – an den Themenbereichen beider Fragebögen.

Aufgrund der in diesem Bericht inhaltlich knapp zu haltenden Ergebnisdarstellung, der geringen Teilnehmer/-innenzahlen für die Strahlentherapie und Nuklearmedizin sowie unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der größte Anteil der MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen in der Radiologischen Diagnostik (RD) tätig ist, wird im Folgenden dabei der Schwerpunkt der Darstellungen auf das letztgenannte Handlungsfeld gelegt. Sofern Auffälligkeiten in den Ergebnissen für die Handlungsfelder Nuklearmedizin bzw. Strahlentherapie bestehen, wird im Text darauf verwiesen.

Für die Darstellung der Ergebnisse der bereichsübergreifenden Themenkomplexe „Allgemeine patientennahe Arbeitstechniken“, „Patientenferne Aufgaben“, „RIS/PACS“, „Kommunikation & Zusammenarbeit“ sowie „Berufliche Situation & Perspektiven“ gehen die Daten aus beiden Fragebögen in die im Folgenden vorzustellende Ergebnisdarstellung ein.

Die Konstruktion der Fragebögen erfolgte unter der in Kapitel 2.2.4 skizzierten Zielsetzung und methodischen Vorgehensweise. Die inhaltliche Gestaltung orientierte sich insb. an den „Guidelines for the Education of Entry-level Professional Practice in Medical Radiation Science“³⁰ des internationalen Berufsverbandes der Radiologietechnolog/-innen (vgl. ISSRT 2004), dem österreichischen Berufsprofil der/des diplomierten Radiologisch-technischen Assistent/-in (vgl. ÖBIG 2003) sowie den Praktikumsqualifikationen für die Bereiche Computertomographie und Kernspintomographie des Careum Bildungszentrums Zürich (vgl. Careum 2009).

4.1.5.2 Arbeitsaufgaben im direkten Patientenkontakt

Fachbereichsübergeordnete Aufgaben

Die Berufsangehörigenbefragung beinhaltete u. a. eine Reihe von Fragen zum Thema „Informierung und Aufklärung von Patienten“. Die Fragen zielten

darauf ab, das Maß an kommunikativer Kompetenz zu ermitteln, das in der beruflichen Praxis von Radiologietechnolog/-innen erforderlich ist. Die Antworten hierzu fielen in den fünf Ländern überwiegend sehr ähnlich aus. Sie werden deshalb thematisch sortiert und nicht länderspezifisch beschrieben.

In D, F, NL und A gaben jeweils mehr als 90% der befragten MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen an, regelmäßig Patient/-innen über den Ablauf von Untersuchungen oder Therapien zu informieren; in GB lag dieser Wert etwas darunter. Des Weiteren informieren über die Hälfte der Befragten in den fünf Ländern regelmäßig Patient/-innen selbstständig über die Wirkung und Nebenwirkung von Kontrastmittel. Zusammen mit dem Anteil, der diese Aufgabe gelegentlich übernimmt, führen drei Viertel oder mehr Befragte diese Art von Gesprächen.

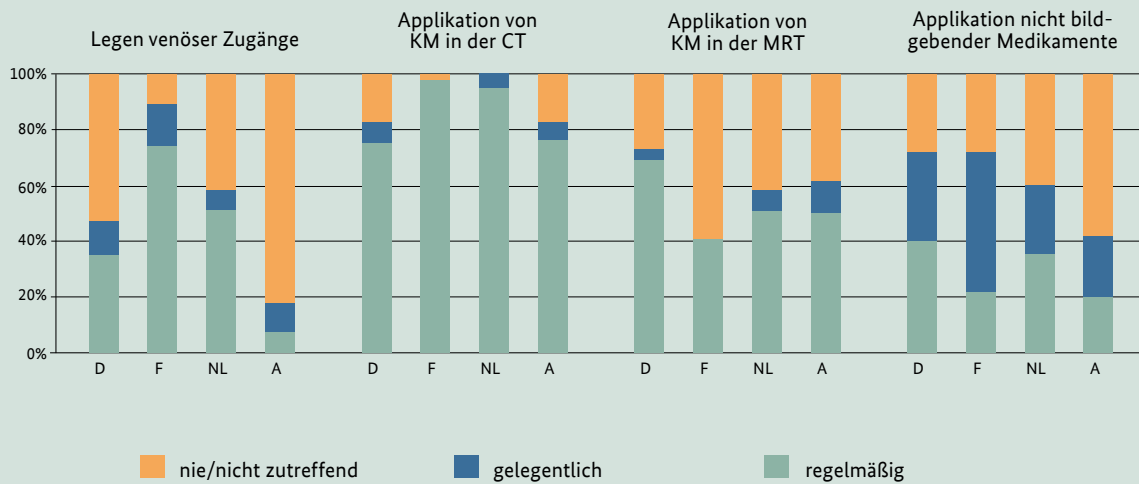
Ebenfalls ca. 75% oder mehr der Befragungsteilnehmer/-innen gaben an, dass sie in ihrer beruflichen Praxis regelmäßig Fragen von Patient/-innen und Angehörigen zu medizinisch-diagnostischen und/oder therapeutischen Aspekten beantworten. Auffällig in diesem Zusammenhang ist, dass in D auch 41% der Befragten angaben, regelmäßig Aufklärungen in dem Sinne durchzuführen, dass die Patient/-innen unterschreiben, dass sie über die Wirkung und Nebenwirkungen von Kontrastmittel aufgeklärt wurden. Das ist deshalb auffällig, weil diese Aufgabe in D eine nicht delegierbare ärztliche Tätigkeit darstellt (vgl. BÄK & KÄBV 2008). In F, GB und A übernimmt diese Aufgabe ca. die Hälfte der Befragten regelmäßig und in NL knapp ein Viertel.³¹ Des Weiteren wurde gefragt, wie häufig die teilnehmenden MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen venöse Zugänge legen, venöse Blutentnahmen durchführen, rektale Einläufe (z. B. zur Vorbereitung von Untersuchungen) durchführen sowie Kontrastmittel oder andere nicht bildgebende Medikamente applizieren. Hierbei handelt es sich um Aufgaben, die in D zu den delegierbaren ärztlichen Tätigkeiten gehören (s. Anhang A 2.1) und deshalb i. d. R. nicht Bestandteil der Ausbildung sind. Mit den Fragen in diesem Themenkomplex sollte eruiert werden, ob diese gesetzlich vorgegebene Handlungspraxis mit den Bedingungen in der Berufspraxis übereinstimmen oder ob MTRA eine Reihe dieser Aufgaben nicht doch weitgehend übernehmen, was ggf. als Indiz für Anpassungsbedarfe der Ausbildung gewertet werden könnte.

Die Antworten zeigen, dass in D, F, NL und A ca. ein Drittel der Befragten regelmäßig oder gelegentlich

30 Es handelt sich hierbei um Rahmenvorgaben für die Entwicklung länderspezifischer Ausbildungsstandards für, die zur Gewährleistung einer hohen Qualität der Ausbildung und der Patientenversorgung im Jahr 2004 von der „International Society of Radiographers & Radiological Technologists“ (ISS-RT) verabschiedet wurden.

31 Dieser niedrigere Wert für NL kann damit zusammenhängen, dass dort ggf. vor der Applikation von Kontrastmittel kein schriftliches Einverständnis der Patient/-innen vorliegen muss.

Abbildung 4.1.1: Durchführung von Tätigkeiten in der MTRA bzw. Radiologietechnologie, die in D zu den delegierbaren ärztlichen Tätigkeiten zählen



rektale Einläufe verabreichen, während diese Tätigkeit in GB deutlich weniger Befragte ausführen. Abbildung 4.1.1 verdeutlicht zudem, dass in D, GB und NL ca. die Hälfte der Teilnehmer/-innen regelmäßig oder gelegentlich *venöse Zugänge* legt, während in F der Anteil der so Antwortenden mit mehr als 75% der Befragten deutlich darüber und in A mit rund 20% deutlich darunter liegt.

Zudem führen knapp zwei Drittel der befragten MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen in D und F regelmäßig oder gelegentlich venöse Blutentnahmen durch, während dieser Anteil in NL, GB und A mit jeweils ca. einem Fünftel der so Antwortenden deutlich darunter liegt.

Vor dem Hintergrund, dass im Arbeitsbereich „Schnittbilddiagnostik“ sehr häufig Untersuchungen mit Kontrastmittel durchgeführt werden, sollten die Teilnehmer/-innen angeben, wie häufig sie dort selbstständig Kontrastmittel applizieren. Abbildung 4.1.1 zeigt, dass über 80% der Befragten in D, F, NL und A, die in diesem Arbeitsbereich – speziell in der Computertomographie (CT) – tätig sind, diese Handlung regelmäßig oder gelegentlich übernehmen. Bei denjenigen, die in diesem Arbeitsbereich mit Aufgaben der Kernspintomographie (MRT) betraut sind, liegen diese Anteile leicht darunter (s. Abb. 4.1.1). Weiterhin ist festzuhalten, dass 60% und mehr der Befragten in D, F und NL regelmäßig oder gelegentlich und in A weniger als 50% Medikamente, die nicht bildgebend sind, selbstständig applizieren.³²

32 Das können z. B. Medikamente zur Reduktion der Bewegung von Magen- und Darmmuskulatur sein, die in der Schnitt-

Fachbereichsspezifische Aufgaben in der Radiologischen Diagnostik

In weiteren Themenbereichen wurden Aspekte aus den Bereichen „Konventionelles Röntgen“, „Schnittbilddiagnostik“, „Sonographie“ sowie „Angiographie & interventionelle Radiologie“ erfragt. Filterfragen sollten dabei gewährleisten, dass die Befragten nur für ihre persönlich zutreffenden Arbeitsbereiche Angaben machen.

Die Fragen zielten darauf ab, einerseits zu ermitteln, wie viele der Teilnehmer/-innen in den Vergleichsländern mit den unterschiedlichen Technologien arbeiten. Andererseits sollten Aussagen zur Organisationsform innerhalb von radiologischen Einrichtungen in den fünf Ländern abgeleitet werden können. Tabelle 4.1.7 zeigt die Anzahl der Teilnehmer/-innen, die in den hier thematisierten Arbeitsbereichen tätig sind und auf deren Angaben sich die nachfolgende Darstellung stützt.³³

Konventionelles Röntgen

Die Fragen zu dieser Technologie innerhalb des Handlungsfeldes „Radiologische Diagnostik“ dienen einerseits zur Darstellung des Untersuchungsspektrums und dabei v. a. im Hinblick auf die Relevanz von Ausbildungsinhalten. Andererseits sollten Unterschiede auf-

bilddiagnostik der Bauchorgane häufig zur Verbesserung der Untersuchungsqualität verabreicht werden.

33 Da für GB außer zum Arbeitsbereich „Konventionelles Röntgen“ jeweils lediglich zehn oder weniger Einschätzungen vorliegen, bleibt die Ergebnisdarstellung für GB auf das konventionelle Röntgen beschränkt.

Tabelle 4.1.7: Verteilung der Befragten auf die Arbeitsbereiche in der Radiologischen Diagnostik

	D	F	GB	NL	A	gesamt
Konventionelles Röntgen	401	52	18	112	65	648
Schnittbilddiagnostik – Computertomographie (CT)	411	42	9	74	60	596
Schnittbilddiagnostik – Kernspintomographie (MRT)	374	37	9	71	53	545
Sonographie	68	12	2	23	26	131
Angiographie & interventionelle Radiologie	240	24	6	30	28	328
Gesamtzahl der ausgewerteten Fragebögen	593	80	31	191	112	1.007

gezeigt werden im Zusammenhang mit der Durchführung von Röntgenuntersuchungen unter erschwerten Bedingungen, z. B. im Operationsbereich (OP).

Im Hinblick auf den zuletzt genannten Aspekt wurde vermutet, dass es z.T. deutliche Unterschiede in der Handlungspraxis zwischen den fünf Ländern gibt. Diese Annahme ergab sich u. a. auf der Basis der Erkenntnisse der Berufsmigrant/-innenbefragung (s. Kap. 4.1.2), in der sich zeigte, dass – im Gegensatz zu D, F und A, wo dies z.B. auch Pflegefachpersonen dürfen – in GB und NL ausschließlich Radiologietechnolog/-innen im OP Röntgenstrahlen anwenden dürfen.

Letztlich zeigen die Ergebnisse der Berufsangehörigenbefragung, dass das Untersuchungsspektrum, das die Teilnehmer/-innen in der konventionellen Röntgendiagnostik abdecken, in allen fünf Ländern ähnlich umfangreich ist. Es umfasst alle großen Organbereiche bzw. Körperregionen sowie die Pädiatrie. Daraus kann geschlossen werden, dass ein umfangreiches Maß an Kenntnissen und Fähigkeiten im Hinblick etwa auf die Umsetzung von Einstelltechniken³⁴ erforderlich ist.

Die Mehrheit der Befragten in den Vergleichsländern führt dabei regelmäßig konventionelle Röntgenuntersuchungen von Skelett und Thorax/Abdomen durch. Jedoch röntgen in D und A nur etwa ein Drittel und in F nur etwa ein Fünftel der Befragten regelmäßig Kinder, während dies in GB und NL mehr als die Hälfte der Befragten tun.

Zudem führen in D, F, NL und A lediglich etwa ein Drittel der Teilnehmer/-innen regelmäßig Röntgen-

untersuchungen der Mamma (Mammographie) durch und in GB sogar nur jede/r sechste Befragte. Das kann damit zusammenhängen, dass dort i. d. R. „*diagnostic radiographer*“ mit einer Weiterqualifizierung für die Mammographie – sog. „mammographer“ – arbeiten, die diese Aufgabe hauptsächlich übernehmen.

Des Weiteren führen in den fünf Ländern ohne nennenswerte Unterschiede jeweils etwa 75% oder mehr der Befragungsteilnehmer/-innen regelmäßig oder gelegentlich Röntgenuntersuchungen an beatmeten und/oder polytraumatisierten Patient/-innen durch. Auffällige Unterschiede hingegen zeigten sich in den Antwortprofilen zum Röntgen im OP (s. Abb. 4.1.2).

Im Gegensatz zu D, wo weniger als ein Drittel der befragten MTRA regelmäßig oder gelegentlich im OP röntgen, übernehmen diese Aufgabe jeweils mehr als doppelt so viele Teilnehmer/-innen in F, GB, NL und A. Dieses Ergebnis lässt die Vermutung zu, dass ähnlich wie in GB und NL (s. Kap. 4.1.2.2) auch in F und A vorwiegend Radiologietechnolog/-innen Röntgenuntersuchungen im OP durchführen. Dies steht im Gegensatz zu D, wo diese Aufgabe gemäß §24 (2) RÖV (vgl. 1987) auch von Angehörigen anderer Gesundheitsfachberufe, z. B. von Pflegefachpersonen oder von Operationstechnischen Assistent/-innen übernommen werden kann.

Auffällig in diesem Themenblock war auch, dass etwa zwei Drittel oder mehr der Befragten in F, NL und A regelmäßig oder gelegentlich Röntgendurchleuchtungen selbstständig durchführen – eine Aufgabe, die in D in den Kompetenzbereich von Ärzt/-innen fällt. Abbildung 4.1.3 zeigt dabei, dass aber auch in D mit 40% der MTRA, die hierzu Angaben machten, ein unerwartet hoher Anteil diese Aufgaben übernimmt.

³⁴ Unter Einstelltechnik wird die präzise Lagerung von Patient/-innen i. S. einer exakten organabhängigen Positionierung im Rahmen der Erstellung von Röntgenaufnahmen verstanden.

Abbildung 4.1.2: Durchführen von Röntgenuntersuchungen im OP sowie von Durchleuchtungen

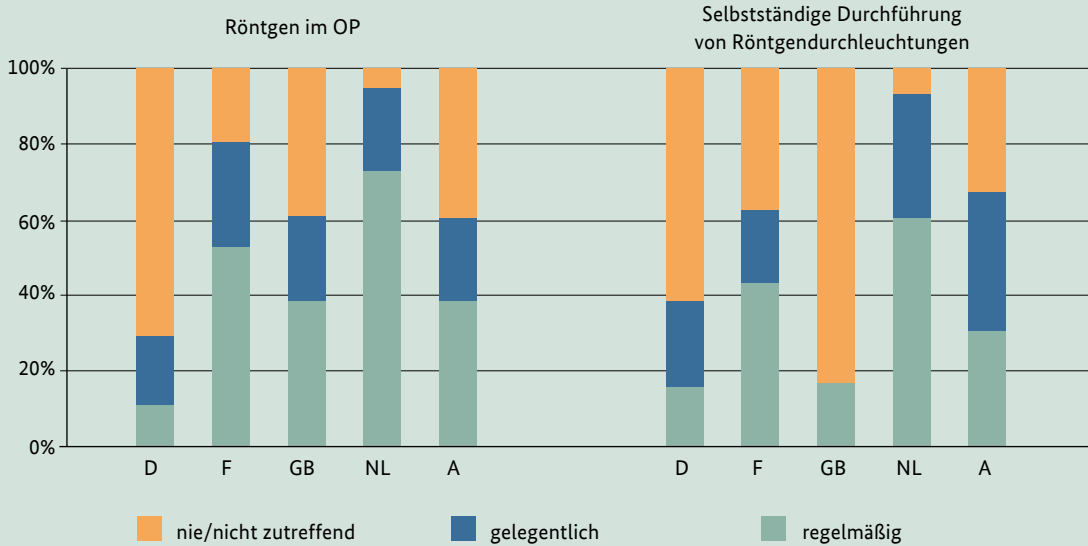
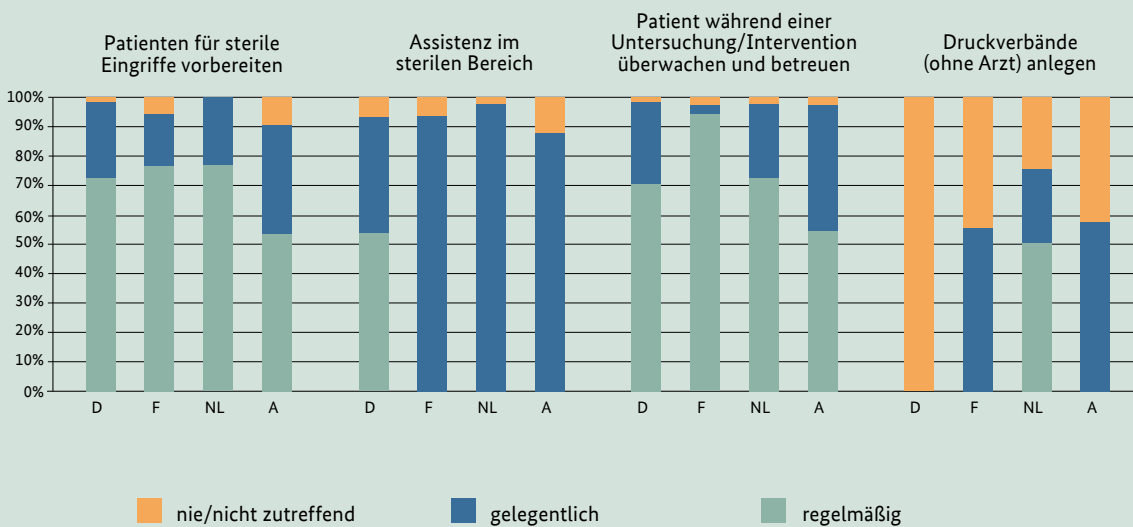


Abbildung 4.1.3: Aufgaben im Arbeitsbereich der Angiographie und interventionellen Radiologie



Schnittbilddiagnostik, Sonographie sowie Angiographie & interventionelle Radiologie

Der Arbeitsbereich der *Schnittbilddiagnostik* umfasst die zwei großen Technologien Computertomographie (CT) und Kernspintomographie (MRT). Dieser Themenbereich interessierte besonders, weil v.a. in der Online-Expertenbefragung in D mehrfach angesprochen wurde, dass die Ausbildung in dieser Hinsicht nicht die berufliche Praxis widerspiegelt, wobei das Arbeiten mit

diesen Technologien umfangreiche Kenntnisse v.a. in der Schnittbilddiagnostik voraussetzt (s. Kap. 4.1.3).

Die Befragung zeigt, dass 85% der MTRA, die an der Befragung teilnahmen und im Fachbereich Radiologische Diagnostik tätig sind, mit mind. einer der beiden Technologien arbeiten. In F und A fiel dieser Anteil mit etwa zwei Drittel sowie in GB und NL mit jeweils ca. der Hälfte der Teilnehmer/-innen deutlich geringer aus. Dieses Antwortbild kann als ein Hinweis auf einen

hohen Spezialisierungsgrad der Berufsangehörigen in GB und NL gedeutet werden. Für D bedeutet dies, dass die überwiegende Mehrheit der MTRA in der beruflichen Praxis mit diesen Technologien arbeitet und sie deshalb auch in angemessener Weise in der Ausbildung berücksichtigt werden sollten.

Das Untersuchungsspektrum, das von den Teilnehmer/-innen bearbeitet wird, die angaben, in der Computertomographie tätig zu sein, ist in den fünf Ländern in etwa vergleichbar. Mit Ausnahme von F im Bereich der Neuroradiologie, führen mehr als die Hälfte der in der Computertomographie tätigen Befragten regelmäßig CT-Untersuchungen in den Bereichen Unfall-, Neuro-, Skelett-, Gefäß-, Thorax/Abdomen- und Gastrointestinal- sowie Urogenitalradiologie durch. Ein ähnliches Bild hinsichtlich der Bandbreite an Untersuchungen ergibt sich für die Aussagen derjenigen Teilnehmer/-innen aus D, NL und A, die angaben, im Arbeitsbereich Kernspintomographie tätig zu sein.

Die Fragen im Themenkomplex *Sonographie* (Ultraschall) zielten darauf ab, mögliche Unterschiede zwischen den Ländern im Hinblick auf die selbstständige Durchführung von Sonographie-Untersuchungen aufzuzeigen. Es handelt sich hier um eine Tätigkeit, die in D den Ärzt/-innen obliegt, in GB und NL jedoch regulär von Radiologietechnolog/-innen mit einer entsprechenden Weiterqualifizierung übernommen wird. In D, F und A ist dieses Handlungsfeld i. d. R. auf die Vorbereitung und die Assistenz bei der Durchführung der Untersuchungen durch Mediziner/-innen beschränkt, jedoch gibt es z. B. in F aktuell Überlegungen, auch die Durchführung von Sonographien an „Manipulateurs d'ERM“ zu übertragen (vgl. Berland & Bourgueil 2006).

Auffällig an den Antworten hierzu ist zunächst, dass nur ein geringer Anteil von weniger als einem Drittel der Befragten in allen Vergleichsländern überhaupt in diesem Arbeitsbereich tätig ist. Von denjenigen, die dort tätig sind, gaben – wie aufgrund vorangegangener Recherchen erwartet – die Mehrheit der 23 niederländischen Radiologietechnolog/-innen an, regelmäßig Sonographien der Schilddrüse, des Ober- und Unterbauchs sowie der Muskeln und Weichteile durchzuführen. Auch auf beide in diesem Handlungsfeld tätigen „radiographers“ in GB trifft dies zu. Überraschend war, dass in D ebenfalls sieben der dort tätigen MTRA angaben, regelmäßig Ultraschalluntersuchungen in den aufgezählten Organbereichen durchzuführen und sich auch in A ein ähnliches Bild ergibt.

Für das Handlungsfeld *Angiographie & interventionelle Radiologie* interessierte v. a., inwieweit MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen Aufgaben übernehmen, die in D eher zu den Tätigkeiten gehören, die Pflegenden oder Mediziner/-innen zugeordnet sind und somit

ggf. in der MTRA-Ausbildung berücksichtigt werden sollten.

Etwa die Hälfte der befragten MTRA in D, die in der Diagnostik tätig sind, übernimmt Aufgaben in der „Angiographie & interventionellen Radiologie“. In den anderen Ländern ist dieser Anteil geringer und beträgt etwa ein Drittel in F und A sowie ca. ein Fünftel in GB und NL. Auch dieses Ergebnis kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass MTRA in D häufiger zwischen den verschiedenen diagnostischen Arbeitsbereichen rotieren und folglich mehr Technologien gleichzeitig sicher beherrschen müssen, als etwa ihre Kolleg/-innen in GB oder NL.

In D, F und NL bereiten drei Viertel der MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen, die in der „Angiographie & interventionellen Radiologie“ tätig sind, regelmäßig Patient/-innen auf den sog. sterilen Eingriff³⁵ vor. In A gab dies etwa die Hälfte der in diesem Bereich tätigen Befragten an.

Abbildung 4.1.3 zeigt darüber hinaus, dass fast alle Teilnehmer/-innen in D, F, NL und A, die auf diese Frage geantwortet haben, regelmäßig oder gelegentlich arztassistentische Aufgaben am Untersuchungstisch, i. S. einer OP-Assistenz im Sterilbereich ausführen. Dies beinhaltet z. B. das Anreichen von Führungsdrähten, Gefäßschleusen sowie von Untersuchungs- und Therapiekathetern.

Ein ähnliches Bild zeigt sich für die Patientenbetreuung während einer Untersuchung bzw. Intervention. Neben Aufgaben im gerätetechnischen bzw. bildgebenden Bereich gehört auch das Anlegen von Druckverbänden in Zusammenarbeit mit dem Arzt/der Ärztin bei der Hälfte der Befragten in D, F und NL sowie bei etwa einem Drittel der Befragten in A zu ihrer regelmäßigen Berufspraxis.

Auffällig ist, dass jeweils mind. 50% der Befragten in F, NL und A diese Aufgabe regelmäßig oder gelegentlich auch *ohne* die ärztliche Anwesenheit übernehmen und dass dies auch in D zutrifft, wenngleich etwas seltener als in den Vergleichsländern (s. Abb. 4.1.3).

35 Dazu zählt z. B. die sog. Herzkatheteruntersuchung. Zu den Aufgaben der MTRA gehören hier insb. die Rasur der Punktionsstelle sowie die Hautdesinfektion als Vorbereitung auf die Punktion von Arterien oder Venen. Diese übernimmt dann der Arzt/die Ärztin, um einen Führungsdraht sowie einen Gefäßkatheter einführen zu können, über den letztlich die Untersuchung und/oder Intervention (z. B. eine Ballondilatation) erfolgt.

Fachbereichsspezifische Aufgaben in der Nuklearmedizin und Strahlentherapie

Die Ergebnisdarstellung für die Fachbereiche „Nuklearmedizin“ und „Strahlentherapie“ konzentriert sich auf Tätigkeiten, die in D von Ärzt/-innen an MTRA delegiert werden können (s. Anhang A 2.1) oder – in Bezug auf die Strahlentherapie – regulär von Medizinphysiker/-innen übernommen werden und deshalb i. d. R. nicht Bestandteil der MTRA-Ausbildung sind. Mit den Fragen zu diesem Themenkomplex sollte eruiert werden, ob diese gesetzlich vorgegebene Handlungspraxis auf die Bedingungen im Arbeitsalltag zutrifft oder ob dort nicht MTRA bestimmte (kompetenzüberschreitende) Aufgaben weitgehend übernehmen, was wiederum ggf. einen Anpassungsbedarf der Ausbildung aufzeigen könnte.

Im Vorfeld der Befragung wurde dabei insb. angenommen, dass die Aufklärung über die Wirkung und Nebenwirkungen von Radiopharmaka sowie deren selbstständige Applikation in der Nuklearmedizin von MTRA in D weniger häufig durchgeführt werden, als in den anderen Ländern, da es sich hierbei um ärztlich zugeordnete Tätigkeiten handelt.

Es zeigt sich letztlich, dass in D, NL und A³⁶ jeweils über 80% der Teilnehmer/-innen, die in der Nuklearmedizin arbeiten, angaben, dass sie regelmäßig selbstständig Patient/-innen über die Wirkung und Nebenwirkungen von Radiopharmaka informieren. Etwas weniger als

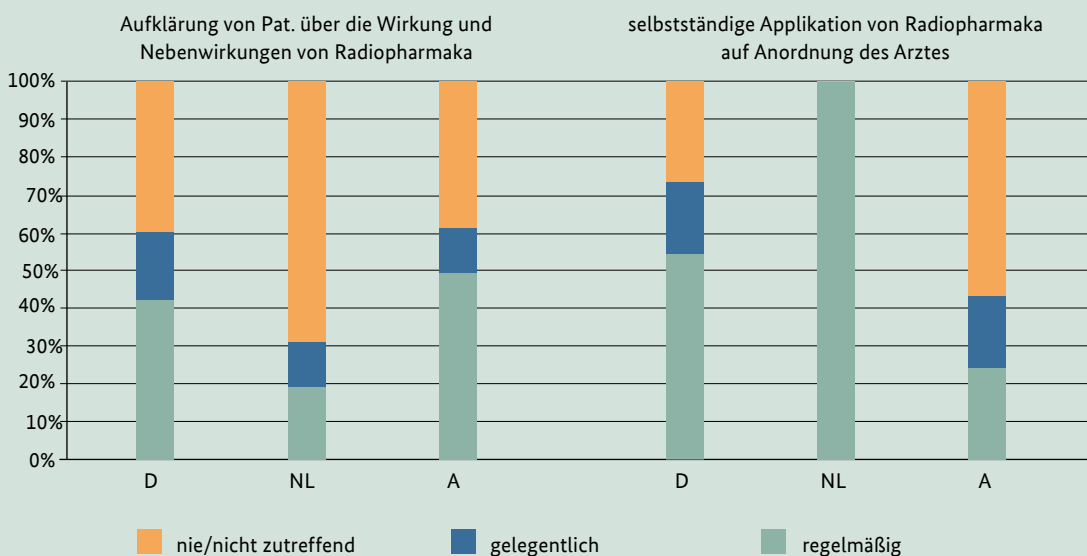
zwei Drittel in D und A tun dies sogar i. S. einer Patientenaufklärung, bei der die Patient/-innen unterschreiben, dass sie aufgeklärt wurden (s. Abb. 4.1.4).

Für D war zudem überraschend, dass immerhin knapp drei Viertel der befragten MTRA regelmäßig oder gelegentlich Radiopharmaka selbstständig applizieren, was aufzeigt, dass in der Realität eine andere Handlungspraxis ausgeübt wird, als offiziell vorgesehen. In NL gaben alle Befragten an, dass sie diese Aufgabe regelmäßig übernehmen. In A fiel dieser Anteil mit weniger als der Hälfte am geringsten aus (s. ebd.).

Im Hinblick auf das Fachgebiet *Strahlentherapie* fällt besonders auf, dass in D knapp zwei Drittel und in NL sogar drei Viertel der Befragten angaben, regelmäßig Patient/-innen beim Auftreten von Nebenwirkungen durch die Strahlentherapie zu beraten. In A lag dieser Anteil bei weniger als der Hälfte.

In Bezug auf die Bestrahlungsplanung gab überraschend etwa ein Drittel der befragten MTRA in D an, in diesem Bereich zu arbeiten. Von diesen Teilnehmer/-innen erstellen knapp zwei Drittel regelmäßig oder gelegentlich Bestrahlungspläne für die 3-D-konformale Teletherapie, eine häufig angewendete, dabei jedoch komplexe Therapieform in der Radioonkologie, die in D i. d. R. dem Aufgabenbereich von Medizinphysiker/-innen zugeordnet ist. Vergleichbare Angaben finden sich auch für NL und A.

Abbildung 4.1.4: Selbstständige Durchführung ausgewählter Aufgaben in der Nuklearmedizin



³⁶ Aufgrund des geringen Anteils an Befragungsteilnehmer/-innen in F und GB (Nuklearmedizin: F: 6; GB: 1 und Strahlentherapie: F: 1; GB: 5) beschränkt sich die Darstellung auffälliger Ergebnisse auf die Länder D, NL und A.

Ebenfalls übernehmen etwa drei Viertel der Befragten in D, NL und A das Einzeichnen der Risikoorgane – eine Aufgabe, die in D offiziell den Radioonkolog/-innen zugeordnet ist.

4.1.5.3 Arbeitsaufgaben ohne direkten Patientenkontakt und berufsspezifische Forschung

Die Berufsangehörigenbefragung beinhaltete eine Reihe von Fragen zu Aufgaben, die nicht unmittelbar an Patient/-innen ausgeführt werden, aber trotzdem im Zusammenhang mit einer optimalen Patient/-innenversorgung stehen. Des Weiteren wurden Fragen zur Begleitung und Betreuung von Auszubildenden bzw. Studierenden in der praktischen Ausbildung und zur berufsspezifischen Forschung gestellt. Die Fragen zielten darauf ab, Unterschiede z. B. hinsichtlich der Dokumentation von Leistungen zwischen den Ländern zu erkennen oder ambivalente Einschätzungen aus der Berufsmigranten- oder Online-Expertenbefragung, z. B. im Hinblick auf die Praxisanleitung zu überprüfen.

Mehr als drei Viertel aller Befragungsteilnehmer/-innen in D, GB und A gaben hierzu an, dass sie regelmäßig Leistungen nach Röntgen- bzw. Strahlenschutzverordnung sachgerecht dokumentieren. Als auffällig gering – v. a. im Hinblick auf den Strahlenschutz – fallen dabei die Angaben in F und NL auf, wo jeweils nur etwa jede/r dritte Befragte angab, regelmäßig die Dokumentation von Leistungen umzusetzen (s. Abb. 4.1.5).

Unterschiede zwischen den Ländern fallen in Bezug auf die Praxisbegleitung von Schüler/-innen bzw.

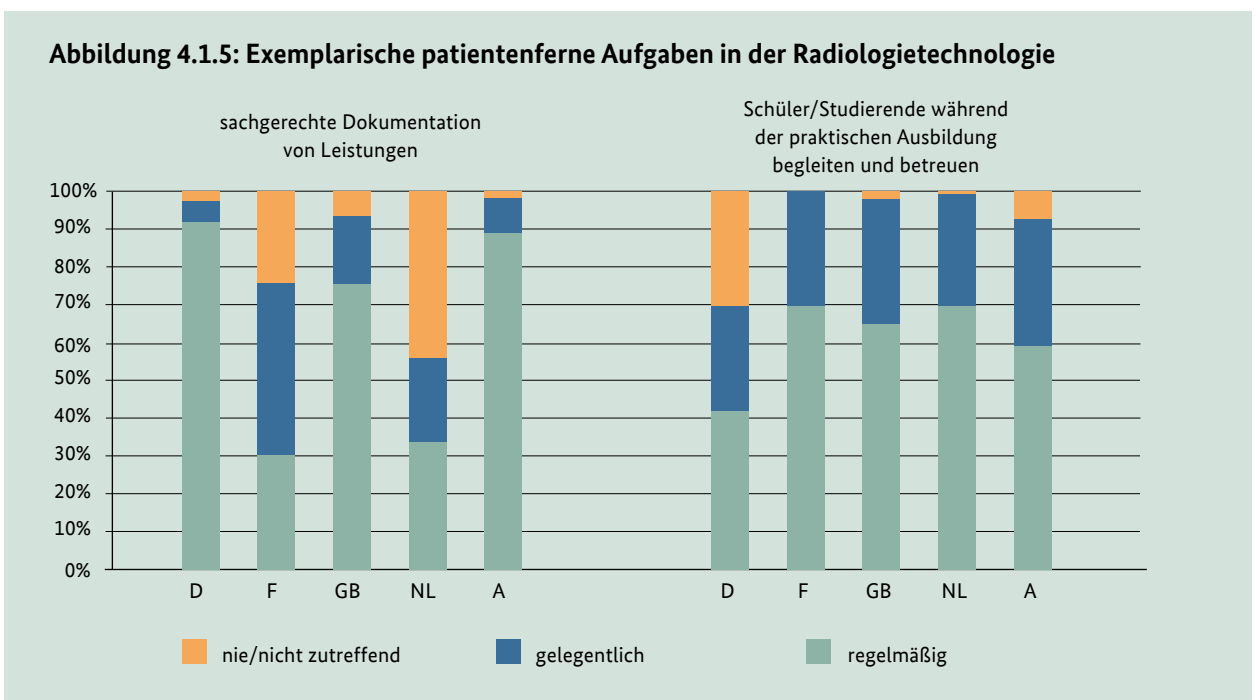
Studierenden auf. Während in D nur etwa 40% der befragten MTRA regelmäßig diese Aufgabe übernehmen, gehört die Begleitung und Betreuung von Schüler/-innen bzw. Studierenden in F, GB, NL für zwei Drittel und in A für etwas mehr als die Hälfte der Befragten zur regelmäßigen Berufspraxis.

Aufgrund des technischen Fortschritts gehören zu den Arbeitsaufgaben, die in der MTRA bzw. Radiologietechnologie an Bedeutung zugenommen haben, u. a. die Nachbearbeitung von Bilddaten sowie das selbstständige Durchführen von Rekonstruktionen (s. Kap. 4.1.3.2). Hier wurde im Vorfeld vermutet, dass v. a. letztere Aufgabe in D häufig von Radiolog/-innen selbst übernommen wird.

Diese These kann nicht bestätigt werden. Stattdessen zeigt sich, dass in D z. B. Datenrekonstruktionen etwa von Schnittbilduntersuchungen von 80% der befragten MTRA regelmäßig durchgeführt werden. Dies kann als ein Hinweis auf einen entsprechenden Anpassungsbedarf der MTRA-Ausbildung gewertet werden.

Damit aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse, z. B. im Hinblick auf die Optimierung der Patientenversorgung oder des Strahlenschutzes, in das berufliche Handeln der MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen einfließen können, ist es notwendig, dass die Berufsangehörigen Kompetenzen erlangen, um berufsspezifische Forschungsarbeiten kritisch lesen und beurteilen zu können.

Bezüglich dieser Kompetenz werden z. T. große Unterschiede in den Einschätzungen der Befragten in den



fünf Ländern sichtbar. So stimmten in D und F jeweils nur etwa ein Fünftel und in A ein Drittel der Befragten eher oder ganz zu, dass sie Forschungsarbeiten kritisch lesen und beurteilen können. In GB und NL, wo die Ausbildung schon seit geraumer Zeit im Hochschulsektor stattfindet und somit forschungsrelevante Inhalte vermittelt werden, betrug dieser Anteil etwa die Hälfte bzw. zwei Drittel der Befragten.

4.1.5.4 Intra- und interdisziplinäre Zusammenarbeit und Aufgabenteilung

Über 90% der befragten MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen in allen Ländern gaben – erwartungsgemäß – an, regelmäßig mit den Kolleg/-innen aus dem eigenen Berufsfeld zusammenzuarbeiten. Etwa 75% arbeiten regelmäßig auch mit Radiolog/-innen und Radioonkolog/-innen zusammen sowie etwa die Hälfte oder mehr mit Ärzt/-innen anderer Fachrichtungen.

Auffällig ist, dass 21 von 24 Befragten in GB regelmäßig mit Abteilungshelfer/-innen zusammenarbeiten. Dieser Anteil ist wesentlich höher als in D, F, NL und A. Letztere Abweichung bestätigt die Recherche, dass „radiographer“ in GB häufiger mit Assistenzpersonal zusammenarbeiten, als in den anderen Ländern (s. auch Kap. 4.1.1, 4.1.3 und Anhang A 2.1).

In einer offen formulierten Frage konnten die Teilnehmer/-innen weitere Berufsgruppen angeben, mit denen sie ebenfalls zusammenarbeiten. Dabei wurden für D, F, NL und A am häufigsten Personen aus den Bereichen Administration, Medizinphysik und Technik genannt sowie in D zudem das Berufsfeld Rettungsassistenz.

Im Hinblick auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit wurden die Teilnehmer/-innen auch gefragt, wie häufig sie an berufsübergreifenden Beratungen oder Fallkonferenzen teilnehmen. Dabei fällt auf, dass mehr als die Hälfte der Befragten aus GB und NL regelmäßig oder zumindest gelegentlich daran teilnehmen, in D und A aber nur etwa ein Viertel und in F noch weniger Befragte.

4.1.5.5 Einschätzungen zur Angemessenheit und zum Änderungsbedarf der Ausbildung

Jeder Themenbereich der verwendeten Fragebögen beinhaltete Fragen zur Ausbildung, die von den Teilnehmer/-innen, deren Ausbildung nicht länger als zehn Jahre zurückliegt, beantwortet werden sollten. Dabei ging es darum einzuschätzen, inwieweit sich die Befragten durch ihre eigene Berufsausbildung auf die jeweils genannten Tätigkeiten und Aufgaben im Berufsfeld vorbereitet fühlten. Des Weiteren wurden in

einem separaten Themenbereich Einschätzungen zur Aktualität der jetzigen Inhalte, zur Praxisorientierung der schulischen Ausbildung sowie zur Praxisanleitung erbeten. Diese Fragen zielten darauf ab, ggf. bestehende Differenzen zwischen Ausbildung und realem beruflichen Handeln sowie Defizite in der derzeitigen Angemessenheit der Ausbildung zu erkennen.

Etwas weniger als drei Viertel der Teilnehmer/-innen in D und F stimmten der Aussage eher zu oder voll zu, dass die Ausbildungsinhalte aktualisiert werden sollten. In GB gelangten 17 von 28 Teilnehmer/-innen zu dieser Einschätzung. In NL und A hingegen fällt dieser Anteil mit weniger als der Hälfte der Teilnehmer/-innen, die Aktualisierungsbedarf für die Ausbildung sehen, deutlich geringer aus.

Zwei Drittel oder mehr der Befragten aus D, F, GB und A stimmten zudem eher oder voll zu, dass eine stärkere Praxisorientierung der schulischen Ausbildung notwendig sei. In NL kam etwas weniger als die Hälfte der Befragten zu dieser Einschätzung.

Im Hinblick auf die Umsetzung der Praxisanleitung der MTRA-Schüler/-innen bzw. Radiologietechnologie-Studierenden sahen ebenfalls etwa zwei Drittel der Teilnehmer/-innen in D und GB sowie über drei Viertel in F die Notwendigkeit einer Verbesserung. In NL und A hingegen kam weniger als die Hälfte der Befragten zu dieser Einschätzung.

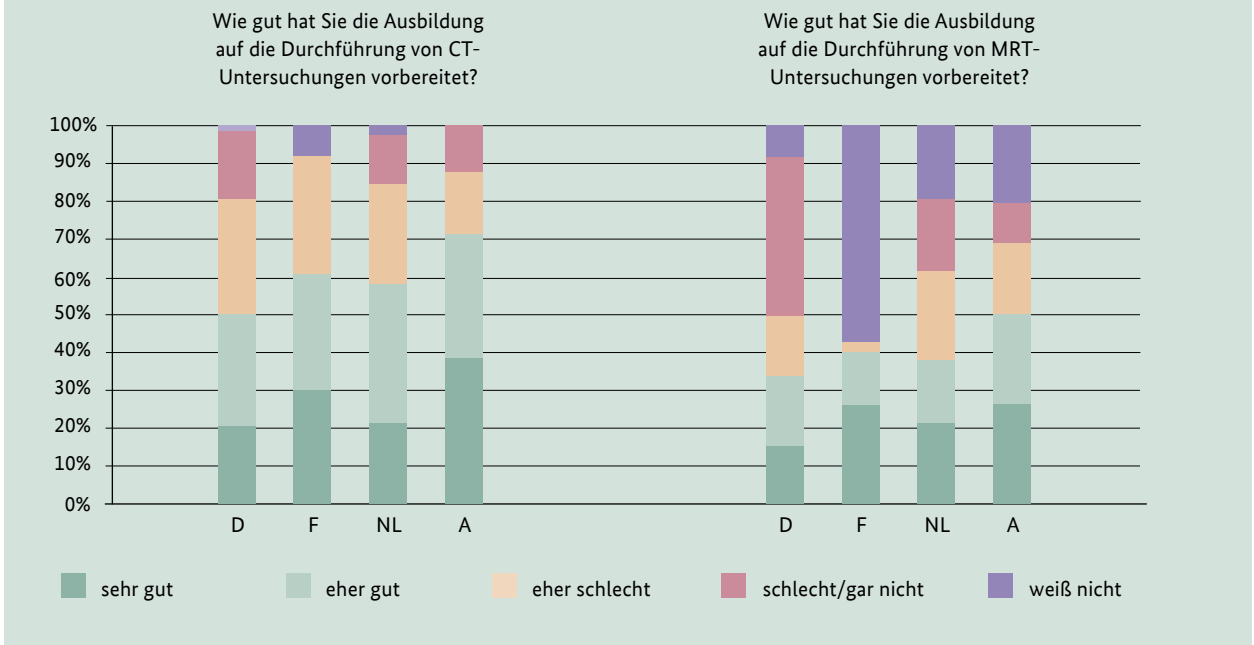
In D werden in der Berufsangehörigenbefragung – z.T. in Übereinstimmung mit Aussagen in der Online-Expertenbefragung (s. Kap. 4.1.3) – des Weiteren v.a. Defizite in der Ausbildung für die Bereiche Kommunikation, Schnittbilddiagnostik und IT-Technik sichtbar. Bspw. schätzte nur knapp die Hälfte der hierzu antwortenden MTRA ein, dass die Ausbildung sie eher gut oder sehr gut darauf vorbereitet hat, die eigene Gesprächsführung und Sprache individuell an die Patient/-innen anzupassen oder ein Vertrauensverhältnis zu den einzelnen Patient/-innen aufzubauen. In F, NL und A betrug dieser Anteil hingegen jeweils mehr als zwei Drittel.

Im Bereich der Schnittbilddiagnostik fühlen sich in D nur etwa 40% der befragten MTRA eher gut oder sehr gut durch ihre Ausbildung darauf vorbereitet, Untersuchungsparameter in der Computertomographie (CT) selbstständig auszuwählen, und in der Kernspintomographie (MRT) sogar nur etwas über ein Sechstel.

Dass sie durch ihre Ausbildung eher gut oder sehr gut auf die Durchführung von *CT-Untersuchungen*³⁷

³⁷ Erfragt worden sind CT- sowie MRT-Untersuchungen jeweils in den Bereichen Neuro-, Skelett-,Thorax-/Abdomen- und Gastrointestinalradiologie sowie zusätzlich Unfallradiologie

Abbildung 4.1.6: Vorbereitung auf die Durchführung von CT- und MRT-Untersuchungen durch die Ausbildung



vorbereitet wurden, schätzte lediglich die Hälfte der befragten MTRA in D ein, wobei der Anteil der Befragten in F, NL und A jeweils etwas höher lag (s. Abb. 4.1.6).

Im Hinblick auf die Durchführung von *MRT-Untersuchungen* fallen diese Einschätzungen in allen Ländern etwas weniger günstig aus (s. ebd.).

Für den Arbeitsbereich „Konventionelle Röntgendiagnostik“ fällt auf, dass nur etwa ein Drittel der Befragten in D, F und NL angaben, dass ihre Ausbildung sie eher gut oder sehr gut im Hinblick auf die Durchführung von Mammographien vorbereitet hat, während dieser Anteil mit ca. drei Viertel der Teilnehmer/-innen in A mit Abstand am höchsten liegt.

Sehr deutlich zeigt sich in den Angaben eine Differenz zwischen den Inhalten der Ausbildung und dem realen beruflichen Handeln in Bezug auf das Legen venöser Zugänge. Obwohl in D, F und NL ein großer Anteil der Befragten regelmäßig diese Tätigkeit ausführt, gaben weniger als 10% an, dass sie durch ihre Ausbildung eher gut oder sehr gut darauf vorbereitet worden sind. In NL betrug dieser Anteil etwa ein Drittel und in A ein Fünftel. Lediglich in F äußerten sich fast alle 20 Teilnehmer/-innen, die auf diese Frage antworteten, dahingehend, dass sie eher gut oder sehr gut darauf vorbereitet wurden.

Abbildung 4.1.7 verdeutlicht Defizite in der Ausbildung, die im Hinblick auf den Umgang mit IT-Technik bestehen und u. a. durch die Frage zur Nachbearbeitung von Bilddaten sichtbar werden. Es handelt sich hier um eine Aufgabe, die laut Online-Expertenbefragung an Bedeutung gewonnen hat (s. Kap. 4.1.3). Mit Ausnahme der Befragten aus A fühlte sich weniger als die Hälfte der Teilnehmer/-innen aus D, F und NL eher gut oder sehr gut auf diese Aufgabe vorbereitet.

Zudem wird sichtbar, dass sich die Befragten in D, F und A kaum auf das kritische Beurteilen von Forschungsarbeiten vorbereitet fühlen. In NL hingegen fällt der Anteil der darauf antwortenden Teilnehmer/-innen etwa doppelt so hoch aus.

4.1.5.6 Einschätzungen zur beruflichen Situation und zu individuellen Entwicklungsmöglichkeiten

Jeweils mind. 80% der Teilnehmer/-innen in D, GB, NL und A stimmten der Aussage eher oder ganz zu, dass sie ihr fachspezifisches Wissen aufgrund häufiger technischer Veränderungen in kurzen Abständen aktualisieren müssen. In F gaben das etwas weniger Befragte so an (s. Abb. 4.1.8).

Gleichwohl wird für alle Vergleichsländer gleichermaßen ein hoher Fort- bzw. Weiterbildungsbedarf für die Berufsangehörigen in der Radiologietechnologie erkennbar. Diesbezüglich ist auffällig, dass das Angebot

in der Computertomographie (CT).

Abbildung 4.1.7: Einschätzungen zur Vorbereitung auf exemplarische Aufgaben in der Radiologietechnologie durch die Ausbildung

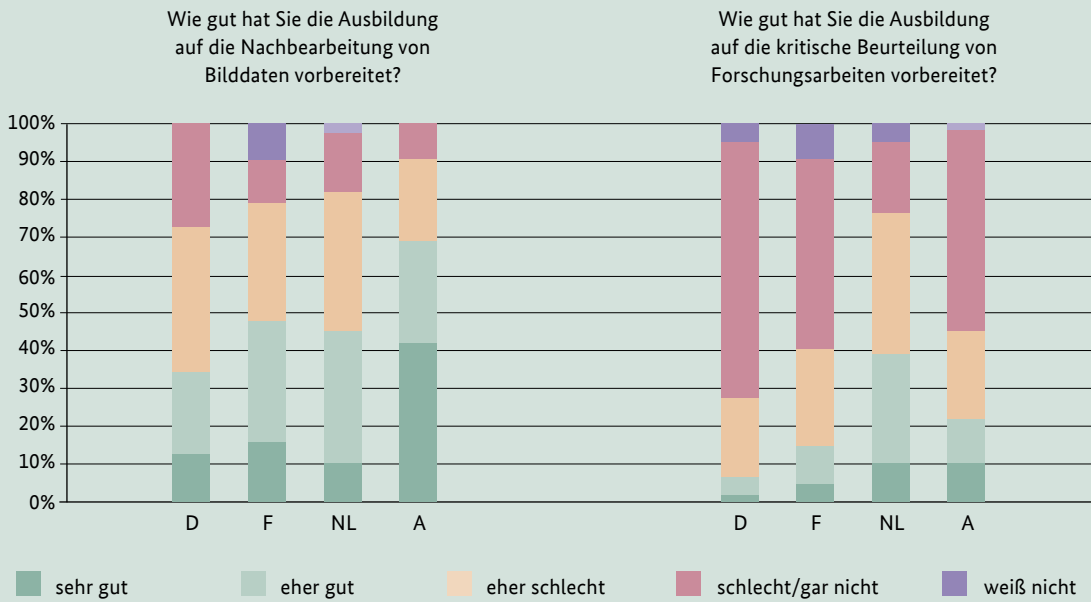
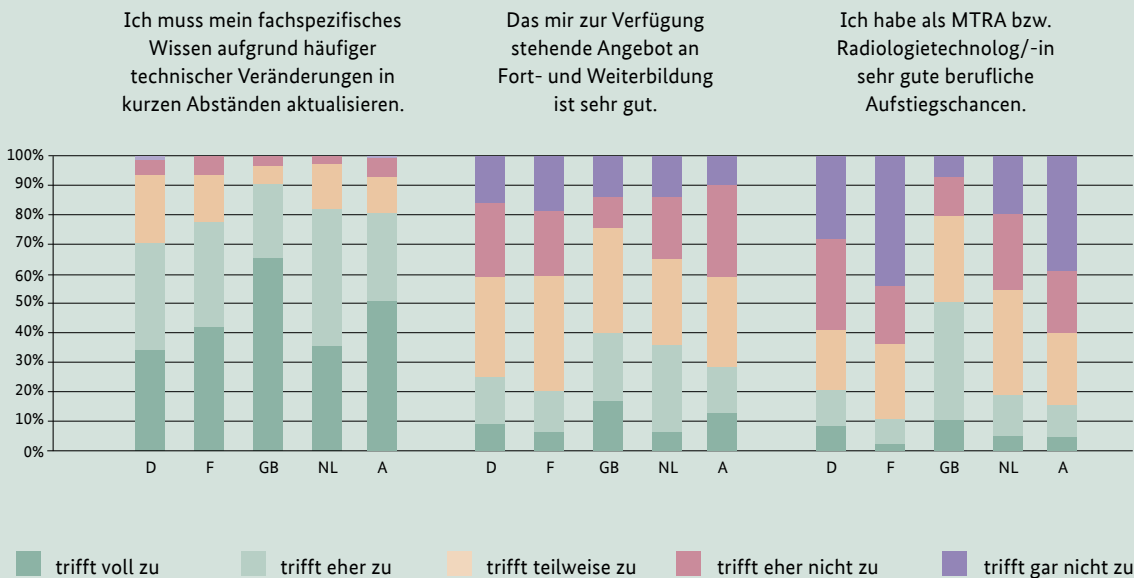


Abbildung 4.1.8: Einschätzungen zu den beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten von MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen



an Fort- und Weiterbildungen, das den Befragten in D, F und A zur Verfügung steht, von ihnen schlechter eingeschätzt wurde als in GB und NL (s. ebd.).

Die beruflichen Aufstiegschancen von MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen wurden lediglich in GB

günstig eingeschätzt. Die Hälfte der 28 Befragten, die hierzu geantwortet haben, bewerteten diese als eher gut oder sehr gut. Im Gegensatz dazu lag dieser Anteil in D, F, NL und A lediglich bei jeweils einem Fünftel oder sogar darunter (s. ebd.).

4.1.6 Zusammenführung der Ergebnisse zur Qualifikationsanalyse für die Medizinisch-technische Radiologieassistenten

Mit Blick auf die in Kapitel 1 benannte Zielsetzung der GesinE-Studie werden im Folgenden schlaglichtartig noch einmal zusammenfassend zentrale Ergebnisse der Teiluntersuchungen zur Qualifikationsanalyse für die Medizinisch-technische Radiologieassistenten (s. Kap. 4.1.1- 4.1.5) zusammengeführt.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Ausbildungsgänge und beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten von MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen

- In D gibt es – im Gegensatz zu GB, NL und A – keine berufszulassenden Bachelorstudienprogramme; auch nicht in Form von Modellprojekten. In F ist die Ansiedelung der Ausbildung auf tertiärem Niveau mit einer gestuften Qualifizierung entsprechend der Bologna-Kriterien geplant, während sie in GB und NL seit mehreren Jahren und in A seit 2005 im tertiären Sektor angesiedelt ist.
- In D, F, NL und A sind die Ausbildungsprogramme für die zukünftigen MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen berufsfeldbreit angelegt, d. h. sie qualifizieren für eine Berufsausübung in den drei Fachgebieten Radiologische Diagnostik, Nuklearmedizin und Strahlentherapie. Im Gegensatz dazu gibt es in GB für jedes der genannten Fachgebiete eigene universitäre Studienprogramme (s. Kap. 4.1.1), wobei eine horizontale Durchlässigkeit durch die gegenseitige Anrechenbarkeit einzelner absolvierter Module besteht. In NL besteht neben dem vierjährigen Bachelorstudium noch vereinzelt die Möglichkeit separater dreijähriger Ausbildungen im sekundären Bildungssektor für die drei genannten Fachgebiete.
- Im Hinblick auf das Aufgabenspektrum und die mit dem primärqualifizierenden Berufsabschluss verbundene Kompetenzen sind damit für die Berufsangehörigen der MTRA/Radiologietechnologie in GB zunächst am engsten gesteckt. Jedoch können v. a. sie durch das Absolvieren weiterführender Qualifizierungen – vielfach auch auf Masterniveau – sehr weitreichende Kompetenzen und Befugnisse erwerben (s. Kap. 3.2.3, 4.1.1 und 4.1.2.2), die in D regelhaft in den Mediziner/-innen zugeordneten Aufgabenbereich gehören. Ähnliches wie für die „radiographer“ in GB trifft auch auf die Berufsangehörigen in NL zu (s. ebd.).

- Im Vergleich zu dem für GB und in Teilen auch für NL vorhandenem breiten Spektrum an Fort- und Weiterqualifizierungs- und damit zugleich individuellen beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten – i. S. horizontaler, diagonaler und vertikaler Entwicklungsperspektiven bzw. „Karrieren“ – wurde dieses von und für die MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen in D, F und A in der Berufsmigrant/-innen-, Expert/-innen- und Berufsangehörigenbefragung als weniger günstig eingeschätzt (s. Kap. 4.1.2.3, 4.1.3.2 und 4.1.5.6).

Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Berufsausübung

Zum Tätigkeitsprofil und Aufgabenspektrum von MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen in den Vergleichsländern

- Aufgrund der Nutzung vergleichbarer Technologien in den hier untersuchten Ländern ist auch das Berufs- und Aufgabenprofil von MTRA/Radiologietechnolog/-innen prinzipiell zunächst ähnlich.
- Der technische Fortschritt führte in allen Ländern gleichermaßen in den vergangenen Jahren zu teilweise erheblichen Veränderungen in der Berufspraxis von MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen. Diese Veränderungen gingen mit einer Erweiterung und Komplexitätssteigerung ihres Aufgabenspektrums einher (s. Kap. 4.1.3.2). Daraus entstand ein deutlicher Bedarf an anders qualifizierten Fachkräften sowie an verschiedenen Fort- und Weiterbildungsangeboten (s. Kap. 4.1.3.2 und 4.1.5.6).
- Die Berufsausübung erfordert in den Ländern gleichermaßen ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz (s. Kap. 4.1.5.2). Diese ergibt sich für MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen insb. daraus, dass sie regelmäßig Patient/-innen über den Ablauf verschiedener, z. T. sehr komplexer Untersuchungen und Therapien informieren sowie die Fragen der Patient/-innen und Angehörigen dazu beantworten. Im Fachgebiet Strahlentherapie erfolgen zudem regelmäßig Beratungen von Patient/-innen beim Auftreten von Nebenwirkungen durch die Strahlentherapie (s. ebd.).
- Während in D etwa jede/r sechste MTRA, der/die sich an der Berufsangehörigenbefragung beteiligte, sowohl in der Radiologischen Diagnostik als auch in der Nuklearmedizin tätig ist, bleibt der Einsatz der Berufsangehörigen in den anderen Vergleichsländern i. d. R. auf eines der drei Gebiete beschränkt.

- Unter berufsrechtlichen Gesichtspunkten ist das Kompetenzprofil der MTRA in D – formal betrachtet – kleiner als das in den anderen Vergleichsländern, da Aufgaben wie z. B. das Legen venöser Zugänge oder die Applikation von Kontrastmittel Tätigkeiten darstellen, die von Arzt/-innen an MTRA delegiert werden können, während sie in den Vergleichsländern regulär dem Kompetenzbereich von MTRA/Radiologietechnolog/-innen zugeordnet sind (s. Kap. 4.1.1 und 4.1.1.3).
 - Die Ergebnisse v. a. der Berufsangehörigenbefragung (s. Kap. 4.1.5.2) zeigen dabei, dass das Aufgabenspektrum ähnlich umfangreich ist wie das der befragten Berufsangehörigen in F, GB, NL und A und dass die Übernahme von in D prinzipiell zu delegierenden Tätigkeiten von einem überwiegenden Teil der MTRA regulär in der Berufspraxis ausgeführt wird. Ein nicht unerheblicher Teil der befragten Berufsangehörigen in D führt dabei zudem auch prinzipiell nicht delegierbare ärztliche Aufgaben durch (s. Kap. 4.1.5.2).
 - Zudem wurde deutlich, dass sich im Gegensatz zu D, F und A Radiologietechnolog/-innen in GB und NL innerhalb des Fachgebietes der Radiologischen Diagnostik häufiger auf eine Technologie wie z. B. die Kernspintomographie spezialisieren, wie die Ergebnisse der Berufsmigrant/-innen sowie der Berufsangehörigenbefragung zeigen (s. Kap. 4.1.2.2 und 4.1.5.2).
 - Im Bereich der Strahlentherapie zeigte sich für GB, dass die Berufsangehörigen dort – ggf. auch ohne zusätzliche Qualifikationen – häufig eine deutlich höhere Verantwortung im Vergleich zu Kolleg/-innen in den Vergleichsländern tragen. Hier fällt mitunter neben der Bestrahlungsplanung auch die Bestätigung des endgültigen Bestrahlungsplanes in ihren Kompetenzbereich (s. Kap. 4.1.2.2).
 - In D, F, NL und A zeichnet sich das Interesse der Berufsgruppe ab, durch eigenständige Befundung von (Standard-)Untersuchungen das Aufgaben- und Kompetenzprofil zu erweitern. In GB erschien einigen Befragten dabei zugleich eine Ausweitung der bereits möglichen Befundung durch „diagnostic radiographers“ denkbar (s. Kap. 4.1.3.2).
- Aufgaben wie MTRA übernehmen. Die Befunde der Stellenanzeigenanalyse bestätigen diese Vorgehensweise (s. Kap. 4.1.4).
- In D, F und A deuten die Ergebnisse der Qualifikationsanalyse darauf hin, dass in den radiologischen Einrichtungen i. d. R. die Organisationsform des Rotationssystems genutzt wird, d. h. dass sich die MTRA bzw. Radiologietechnolog/-innen innerhalb einer Radiologischen Einrichtung/Abteilung systematisch z. B. wochenweise an den Arbeitsplätzen abwechseln (s. Kap. 4.1.5.2).
 - Anders als in den anderen Vergleichsländern unterstützen in GB regulär auf Assistenzniveau qualifizierte Personen (radiography assistants, s. Kap. 4.1.1) in der Radiologietechnologie. V. a. die Aussagen der Berufsmigrant/-innen in GB verdeutlichen, dass der Einsatz von Helfer/-innen in der Radiologie i. d. R. nicht mit einer Reduktion des Untersuchungsspektrums einhergeht, das „radiographer“ bedienen müssen (s. Kap. 4.1.2.2). Auch in A ist die Ausbildung einer Röntgenassistenz geplant (s. Kap. 4.1.1).
 - Überschneidungen von Kompetenzen zwischen MTRA und anderen Gesundheitsberufen, insb. der Gesundheits- und Krankenpflege und OTA bestehen in D u. a. in Bezug auf die Durchführung von Röntgenuntersuchungen im OP, was dazu führt, dass in D nur noch selten Röntgenuntersuchungen im OP durch MTRA durchgeführt werden (s. Kap. 4.1.5.2). In GB und NL ist diese Aufgabe i. d. R. den Radiologietechnolog/-innen vorbehalten (s. Kap. 4.1.2.2).
 - In GB führt der Erwerb einer Zusatzqualifikation nicht automatisch zur Erweiterung des Kompetenz- und Verantwortungsbereichs, sondern dies erfolgt erst nach Einverständnis des verantwortlichen Radiologen (s. Kap. 4.1.2.2).
 - Im Hinblick auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit deuten die Ergebnisse der Berufsangehörigenbefragung darauf hin, dass besonders Radiologietechnolog/-innen in GB und NL häufig an berufsübergreifenden Beratungen oder Fallkonferenzen teilnehmen (s. Kap. 4.1.5.4).

Arbeitsorganisation, intra- und interdisziplinäre Aufgabenteilung in der Radiologie

- Für D ist von einem wachsenden – derzeit bereits bestehenden – Mangel an Fachpersonal für die MTRA auszugehen. Offene MTRA-Stellen werden in D häufig durch kostengünstigere Medizinische Fachangestellte (MFA) besetzt, die i. d. R. die gleichen

Angemessenheit der Ausbildung im Hinblick auf Anforderungen in der Berufsausübung

- Hinsichtlich der Angemessenheit der Ausbildung (sinhalte) auf die Bewältigung der Anforderungen an die Berufsangehörigen im Berufsalltag deuten v. a. die Ergebnisse der Expert/-innen- und der Berufsangehörigenbefragung darauf hin, dass diese im Ländervergleich für D tendenziell am un-

günstigsten einzuschätzen ist (s. Kap. 4.1.1.4, 4.1.3.1, 4.1.5.6).

- Deutlicher Aktualisierungsbedarf der Ausbildungsinhalte zeigt sich neben D v. a. auch für F (s. Kap. 4.1.3.1 und Kap. 4.1.5.5).
- Im Gegensatz zu GB, NL und A spielt dabei z. B. die Auseinandersetzung mit evidenzbasierter Literatur in der Ausbildung in D und F bisher kaum eine Rolle (s. Kap. 4.1.1.3 und 4.1.5.5).
- Die Differenz zwischen den Inhalten der Ausbildung und dem realen beruflichen Handeln zeigt sich für D besonders in Bezug auf die Durchführung delegierbarer ärztlicher Tätigkeiten, wie z. B. das Legen venöser Zugänge (s. Kap. 4.1.5.2 und 4.1.5.5).
- Die Einschätzungen der befragten Expert/-innen und Berufsangehörigen weisen darauf hin, dass für die Ausbildung in D stärker als in F, NL und A³⁸ auch Verbesserungsbedarfe in den Bereichen Kommunikation, Schnittbilddiagnostik und IT-Technik bestehen (s. Kap. 4.1.3.1 und Kap. 4.1.5.5).
- Ähnlich wie in D sieht die Mehrheit der befragten Berufsangehörigen in F, GB und A Bedarf hinsichtlich einer stärkeren Praxisorientierung der schulischen Ausbildung (s. Kap. 4.1.5.5).
- Die befragten Expert/-innen verwiesen zudem darauf, dass es für eine optimale und effiziente Versorgung der Patient/-innen mit radiologischen Leistungen notwendig ist, dass Medizinisch-technische Radiologieassistent/-innen bzw. Radiologietechnolog/-innen ihre Arbeit reflektieren und darüber hinaus zur interprofessionellen Zusammenarbeit befähigt werden müssen. Hier sehen sie derzeit zugleich Lücken (s. Kap. 4.1.3.2).

38 Eine Einschätzung für GB kann zu diesem Aspekt nicht getroffen werden.

4.2 Physiotherapie

4.2.1 Ausbildung in der Physiotherapie im Ländervergleich

Ein als „Physiotherapie“ zu bezeichnender Gesundheitsberuf ist – wenngleich mit gewissen Unterschieden in der Breite des Qualifikationsprofils und im Grad der Eigenständigkeit in der Ausgestaltung des physiotherapeutischen Prozesses – in allen fünf Vergleichsländern zu finden.

Neben den Physiotherapeut/-innen gehören die „Medizinischen Bademeister/-innen und Masseur/-innen“ (in D), die „medizinischen Masseur/innen“ und „Heilmasseur/-innen“ (in A) sowie die „Oefentherapeut/-innen“ (in NL) zu den physiotherapeutischen Berufen (s. Anhang A 9). Da sich die Qualifikationsanalyse aber nur auf den Beruf der Physiotherapie beschränkte, wird auf diese Berufe an dieser Stelle nicht weiter eingegangen. Nähere Informationen hierzu finden sich im Anhang A 9.

Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden i. d. R. anstelle der unterschiedlichen Berufstitel in der jeweiligen Landessprache die allgemeine Bezeichnung „Physiotherapie“ bzw. „Physiotherapeut/-innen“ verwendet.

Kompetenzprofile

Physiotherapie umfasst – im Verständnis aller Vergleichsländer – neben der Bewegungserziehung und den krankengymnastischen Behandlungstechniken auch weitere i. d. R. physikalische Therapieformen wie die Massage-, Elektro-, Licht- und Strahlentherapie sowie Hydro-, Balneo-, Thermo- und Inhalationstherapie (vgl. MTD-Gesetz 1992; CSP 2002; KNGF 2006; Guttenbrunner 2008, S. 149ff.; SGG 2009a).

Im Gegensatz zu D und A gehören in F, GB und NL auch die eigenständige Befundung sowie das Screening auf Risikofaktoren zu den berufsspezifischen Kompetenzen (vgl. F: SGG 2009a; GB: CSP 2002; NL: KNGF 2006). Zudem umfasst die Physiotherapie in F die Verschreibung bestimmter Hilfsmittel, wie bspw. Geh- und Atemhilfen, Bandagen oder Lagerungsmittel (vgl. SGG 2006). Auch das Handlungsspektrum britischer Physiotherapeut/-innen kann sich – anders als in D – bei entsprechenden Weiterqualifizierungen erheblich erweitern. Insb. können dann die Verschreibung ausgewählter Medikamente und die Durchführung von Akupunktur sowie minimal invasiven Operationen zu ihren Aufgaben gehören. So dürfen Physiotherapeut/-innen in GB per Gesetz, auf Grundlage einer detaillierten ärztlichen Bevollmächtigung, verordnete Me-

dikamente für eine vorab schriftlich definierte Gruppe von Patient/-innen eigenständig verabreichen (Patient Group Direction) (vgl. CSP 2004, HCPC 2012f). Bei entsprechender Weiterqualifikation können sie darüber hinaus seit 2005 in der Funktion des „Supplementary Prescriber“ tätig werden und somit auch Medikamente, die von Ärzt/-innen festgelegt wurden, eigenständig verschreiben (vgl. HCPC 2012f). Zukünftig wird diese gesetzlich geregelte Kompetenz noch dahingehend erweitert, dass Physiotherapeut/-innen mit entsprechender Qualifizierung als „Independent Prescriber“ tätig werden können, d. h. ohne Rücksprache mit Ärzt/-innen Medikamente verschreiben können (s. auch Kap. 3.2.3). Erste Kurse zur entsprechenden Weiterqualifikation sollen ab August 2013 angeboten werden (vgl. HCPC 2012f). Im britischen NHS besteht zudem für Physiotherapeut/-innen ein Karriererahmen (s. auch Kap. 3.1.4), welcher zwischen Level 5 und 9 die Stufen „(junior) physiotherapist“, „senior physiotherapist“, „advanced physiotherapist/specialist physiotherapist“, „consultant physiotherapist“ und „director of physiotherapy“ vorsieht, denen jeweils spezifische Aufgaben und Kompetenzen zugeordnet sind (vgl. NHS 2013; Skills for Health 2008, 2010).

Physiotherapeut/-innen sind sowohl im präventiven, kurativen und rehabilitativen Versorgungsbereich des Gesundheitswesens tätig. Weitere Einsatzfelder liegen im Bereich der sog. „Medical Wellness“. In allen Ländern wird Physiotherapie sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich durchgeführt, wobei davon auszugehen ist, dass der größere Anteil der Beschäftigten ambulant tätig ist (vgl. D: destatis 2012; F: DREES 2012; GB: NHS 2008, HCPC 2010, Expertenkontakt 9.3, NHS IC 2012; NL: Hingstman & Kenens 2011; A: Statistik Austria 2012).

Grad der Eigenständigkeit im beruflichen Handeln

In allen fünf Ländern können physiotherapeutische Leistungen auf ärztliche Anordnung hin erbracht werden. Im Gegensatz zu D werden Physiotherapeut/-innen in F dabei zwar prinzipiell auch erst auf der Basis einer ärztlichen Verordnung tätig, doch haben sie hier die Möglichkeit, wenn keine Kontraindikationen durch Mediziner/-innen bestehen, die Therapiemittel selbst auszuwählen. Diese Praxis ist in D – und auch in A – derzeit nicht möglich: Hier bestimmen – offiziell – Mediziner/-innen über die anzuwendenden Therapiemaßnahmen. Gleichwohl finden sich in beiden Ländern im Zuge der Neuverteilung von Aufgaben zwischen den Gesundheitsberufen entsprechende Diskussionen (vgl. PfwG 2008; §63 Abs. 3b SGB V), Physiotherapeut/-innen mehr Verantwortung und Autonomie zu übertragen und – im Falle von D – auch

ein erstes Modellprojekt³⁹, das in diese Richtung geht (vgl. IFK 2012, s. auch Kap. 3.2.3).

Eine besondere Stellung nehmen GB und NL ein, da Physiotherapeut/-innen in diesen beiden Ländern, neben der Arbeit auf ärztliche Anordnung, auch nach dem Prinzip des direkten Zugangs (Direct Access) bzw. als First-Contact Practitioner tätig werden dürfen (s. auch Kap. 3.2.3) (vgl. CSP 2002, S. 19, KNGF 2006, S. 9). Die physiotherapeutische Arbeit im Direktzugang ist in GB bereits seit 1978 und in NL seit 2006 möglich.

Intra- & Interdisziplinarität sowie Assistenz-/Helferqualifikationen

In allen betrachteten Ländern spielt die interdisziplinäre Zusammenarbeit für Physiotherapeut/-innen eine zentrale Rolle. Dabei sind besonders die Kooperationsbeziehungen zu Ärzt/-innen sowie – v. a. im Zusammenhang mit der Begleitung chronisch kranker, vielfach älterer Personen – zu Pflegenden und Ergotherapeut/-innen häufig vorzufinden (vgl. Theobald 2004, S. 11; Gutenbrunner 2008, S. 150).

Spezifische Assistenz- oder Helferqualifikationen im Bereich der Physiotherapie existieren sowohl in D wie auch in F und NL nicht. Allerdings übernehmen in F bspw. Pflegehelfer/-innen Aufgaben im Bereich der Hydro-/Balneotherapie, ohne dafür spezifisch ausgebildet zu werden.

Die in GB tätigen „physiotherapy assistants“ oder „physiotherapy support workers“, welche v. a. im NHS zur Unterstützung von Physiotherapeut/-innen unter deren Supervision tätig werden, sind nahezu einzigartig im Vergleich mit den anderen Ländern. Ihnen obliegt insbesondere die Umsetzung der von Physiotherapeut/-innen ausgearbeiteten Übungs- und Behandlungsprogramme (vgl. Ansari 2012, NHS 2012c). Dies kann bspw. die Hilfestellung und Anleitung zum Umgang mit Hilfsmitteln sowie deren korrekte Einstellung oder die Begleitung bei der Ausführung eines Übungsprogramms beinhalten. Auch Dokumentationsaufgaben oder die Verfassung kurzer Verlaufsberichte fallen in den Tätigkeitsbereich der physiotherapeutischen Assistent/-innen (vgl. NHS 2012c). Häufig

39 Dieses Modellprojekt, welches 2011 vom Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V. zusammen mit der gesetzlichen Krankenkasse BIG direkt gesund gestartet wurde, sieht vor, dass Physiotherapeut/-innen zwar eine ärztliche Verordnung mit Diagnose erhalten, die Auswahl der therapeutischen Maßnahme (z. B. Krankengymnastik, Massage oder Gerätetraining), die Dauer der Behandlungsserie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten jedoch selbst bestimmen dürfen (vgl. IFK 2012).

arbeiten dienstältere Beschäftigte (senior physiotherapists, advanced physiotherapists) gemeinsam mit den Assistent/-innen, da ihnen diese Arbeitsteilung ermöglicht, sich auf komplexe, anspruchsvolle Aufgabenstellungen zu konzentrieren.

In A existiert mit den diplomierten medizinisch-technischen Fachkräften, welche für einfache physiotherapeutische Behandlungen zur Verfügung stehen, gemäß §§37, 43 MTF-SHD-G 1961 bis dato eine ähnliche Helferqualifikation wie in GB. Allerdings findet sich diese Qualifikation im neuen „Medizinische Assistenzberufe-Gesetz“ (MABG) von 2012 so nicht wieder. Im Rahmen des Übergangsrechts erwerben die derzeitigen diplomierten medizinisch-technischen Fachkräfte aber die Berechtigung zur Berufsausübung als medizinische/-r Masseur/-in (vgl. § 39 MABG 2012). Dabei dürfen sie nur auf ärztliche Anordnung und unter ärztlicher bzw. physiotherapeutischer Aufsicht tätig werden. Zukünftig sind nach dem MABG 2012 für den Bereich der Physiotherapie somit keine direkten Assistenzberufe mehr vorgesehen (vgl. § 1 Abs. 2 MABG 2012). Jedoch dürfen Sportwissenschaftler/-innen zukünftig im Bereich der Trainingstherapie tätig werden, wenn sie eine entsprechende Ausbildung absolviert haben und beim Trainingstherapiebeirat, welcher beim Gesundheitsministerium eingerichtet wird, anerkannt und registriert wurden (vgl. §§ 30, 31 MABG 2012). Ihre Tätigkeit im Bereich der Trainingstherapie beschränkt sich dabei auf Personen mit stabilisierten Gesundheitszuständen, d. h. sie dürfen keine Therapie in der Akutphase einer Erkrankung durchführen – dies bleibt den Physiotherapeut/-innen vorbehalten, und sie müssen unter Aufsicht bzw. Anleitung von Physiotherapeut/-innen stehen (vgl. § 27 MABG 2012).

Berufstätigkeit

Während in D, GB und A die Physiotherapie mit etwa 80% an weiblichen Beschäftigten ein von Frauen dominierter Beruf ist, liegt der Frauenanteil in F bei lediglich 47% und in NL bei 53% (vgl. D: destatis 2012; F: DREES 2012, S. 45; GB: HCPC 2010, Expertenkontakt 9.3; NHS IC 2012; NL: Hingstman & Kenens 2011; A: Statistik Austria 2012).

Die Chancen auf eine Anstellung als Physiotherapeut/-in werden in den Vergleichsländern unterschiedlich beschrieben. Während es z. B. in F und A gute Beschäftigungschancen für Physiotherapeut/-innen gibt, wovon nicht zuletzt auch die offenen Stellen in diesem Handlungsfeld zeugen (vgl. Vetter 2005, S. 48; mtd austria 2008, S. 93), ist Erwerbslosigkeit in D und NL ein stetig präsent Thema (vgl. Physio Deutschland 2012a; Himmelsbacher 2006, S. 56). Allerdings zeigt in Bezug auf D bspw. das in Rheinland-Pfalz 2010

durchgeführte Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsberufen“ einen sehr deutlichen Fachkräfteengpass in der ambulanten Physiotherapie (vgl. MSAGD RLP 2012). Etwa zwei Drittel der Praxen gaben hier Stellenbesetzungsprobleme an. Den 1.067 offenen Stellen im Jahr 2010, die zu 98% in ambulanten Praxen zu besetzen waren, standen lediglich 871 Physiotherapeut/-innen gegenüber. Während Stellen für Physiotherapeut/-innen ohne Weiterqualifizierung in 37% der Fälle offen blieben, waren es für Stellen, für die eine Weiterqualifizierung notwendig war, immerhin 48% (vgl. ebd.). Zudem stand der Nachfrage nach 75 akademisch qualifizierten Physiotherapeut/-innen mit lediglich zwei vermittelbaren erwerbslosen Berufsangehörigen kein Angebot gegenüber.

Dagegen gestaltete sich die Stellenbesetzungssituation für Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken unproblematisch. Ähnliche Ergebnisse sind dem DKI-Krankenhaus Barometer 2012 zu entnehmen, welches für die befragten Krankenhäuser – hochgerechnet auf die Grundgesamtheit von im Krankenhaus beschäftigten Physiotherapeut/-innen oder Krankengymnast/-innen⁴⁰ – bundesweit unter 100 unbesetzte Vollkraftstellen ausweist, was einem Anteilswert von merklich unter 1% entspricht (vgl. Blum 2012b). Damit gehört die Physiotherapie im stationären Sektor zu den wenigen Gesundheitsfachberufen, die in D bislang faktisch keinen Fachkräftemangel haben (vgl. ebd.).

Hinsichtlich der Einkommenssituation bestehen ebenfalls Unterschiede in den fünf Vergleichsländern. Die Verdienstmöglichkeiten von Physiotherapeut/-innen hängen im Allgemeinen wesentlich vom jeweiligen Tätigkeitsfeld, Einsatzort und Träger der Einrichtung ab. Im öffentlichen Dienst der Krankenhäuser ist in D zu Beginn der Berufstätigkeit ein Monatsnettoentgelt von ca. 1.500 Euro möglich (vgl. Klein & Richter 2009, S. 810; BA 2012); in F sind es etwa 1.400 Euro (vgl. CRIPP 2012a); in GB 2.100 bis 2.700 Euro (Band 5, brutto) (vgl. NHS 2012d) und in A ca. 1.525 bis 1.644 Euro (brutto, ohne Zulagen) (vgl. Arbeitsmarktservice Österreich 2013). Während in freien Praxen in D die Anfangsgehälter mehrheitlich darunter liegen, ist das durchschnittliche Einkommen freiberuflich tätiger Physiotherapeut/-innen in F meist höher und beträgt im Durchschnitt 2.358 Euro im Monat (vgl. ebd.). In NL bestehen für Physiotherapeut/-innen i. d. R. bessere

40 Die unterschiedliche Schwerpunktentwicklung der Physiotherapie in Ost- und Westdeutschland führte über lange Zeit zur unterschiedlichen Verwendung der Begriffe „Krankengymnastik“ in der BRD und „Physiotherapie“ in der DDR (vgl. Hüter-Becker & Dölken 2004, S. 28 f.). Erst die Novelle des Berufszulassungsgesetzes im Jahr 1994 beinhaltete neben einer Verlängerung der Ausbildung auch die Namensänderung von Krankengymnastik in Physiotherapie (vgl. Weber 2008, S. 1403).

Verdienstmöglichkeiten als in D. So liegt der Stundenlohn im Angestelltenverhältnis bspw. bei ca. 18,00 Euro in NL und 9,00-14,00 Euro in D (vgl. Himmelsbacher 2006, S. 57).

4.2.1.1 Gesetzliche Grundlagen der Berufsausbildung und Ausbildung

In D wird die Ausbildung in der Physiotherapie i. d. R. im sekundären Bildungssektor angeboten und schließt mit einer staatlich anerkannten Prüfung ab. Darüber hinaus bestehen seit 2001 duale, d. h. einen Berufsabschluss im sekundären Bildungssektor mit einem ersten akademischen Abschluss verknüpfende Studienangebote sowie seit 2009 gemäß der Modellklausel im Physiotherapeutengesetz (vgl. § 9 MPhG 1994) grundständige berufszulassende Bachelorstudiengänge an Fachhochschulen und Universitäten. Entsprechende Angebote wurden u. a. in Bochum (vgl. hsg 2012a), Berlin (vgl. ASH Berlin 2012), Heidelberg (vgl. SRH Hochschule Heidelberg 2012) und Frankfurt/Idstein (vgl. Hochschule Fresenius 2012a) geschaffen (vgl. auch Physio Deutschland 2012b).

Ähnlich wie in D erhalten Physiotherapeut/-innen in F nach einer dreijährigen Ausbildung im sekundären Bildungssektor ein staatlich anerkanntes „Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute“. Allerdings befindet sich die französische Physiotherapieausbildung derzeit im Umbruch, da eine Verlagerung vom sekundären in den Hochschulsektor beschlossen wurde. Derzeit ist jedoch noch nicht abzusehen, wann diese umgesetzt wird (Stand 12/2012). Optimistische Schätzungen gehen davon aus, dass ab dem Studienjahr 2013/2014 die Ausbildung ausschließlich im Hochschulsektor erfolgen wird (s. Expertenkontakt 9.4).

Im Gegensatz zu D, wo die berufszulassenden Studiengänge derzeit lediglich Modellstudiengänge in der Erprobung darstellen, findet in GB, NL und A die Physiotherapieausbildung regulär im Hochschulsektor statt. In diesen Ländern führen primärqualifizierende Studiengänge zu Bachelorabschlüssen an Universitäten (GB), Hogescholen (NL) bzw. Fachhochschulen (A).

Die Physiotherapie ist in D und A durch bundesweit geltende Berufs(zulassungs)gesetze geregelt (vgl. D: MPhG 1994; A: MTD-Gesetz 1992). Durch sie werden insb. die Berufsbezeichnung geschützt sowie die Zulassung zum Beruf geregelt. In D liegt die Verantwortung für darüber hinausgehende Regelungen, bspw. zur curricularen Gestaltung sowie Qualitätssicherung der Ausbildungen, auf Bundesländerebene, wobei die Möglichkeit und auch Verpflichtung zur Konkretisierung des Berufszulassungsgesetzes und der Ausbildungsverordnung von den Ländern unterschiedlich

wahrgenommen wird. In F existieren mit dem „Code de la santé publique“ (vgl. SGG 2009a) und in GB mit der „Health Professions Order 2001“ (vgl. HCPC 2010) übergreifende Gesetze zur öffentlichen Gesundheit bzw. zu den Gesundheits(fach)berufen. In GB ist dabei dem „Health & Care Professions Council“ die Verantwortung einer Berufskammer übertragen worden, welche die beruflichen Standards überwacht und die erwartete „fitness to practice“ (Eignung, Fähigkeit) der Angehörigen der einzelnen Berufe beschreibt (vgl. HCPC 2012d, e). Darüber hinaus ist das Benchmark Statement der „Quality Assurance Agency for Higher Education“ (vgl. QAA 2001) verbindlich, in dem die Erwartungen an die Profession sowie das notwendige Wissen, Verständnis und Fertigkeiten beschrieben werden und welche der Qualitätssicherung oder -verbesserung der professionellen Praxis dienen.

In NL besteht für die Physiotherapie neben dem Gesetz über die Berufe in der individuellen Gesundheitsversorgung „Wet BIG“ (vgl. Wet BIG 1993) mit dem „Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied fysiotherapeut“ von 1997 eine eigene Verordnung, die sowohl die Berufsbezeichnung schützt als auch die Kernkompetenzen ausführlich definiert (vgl. Overheid 2012).

Neben diesen gesetzlichen Vorgaben zur Berufstätigkeit gelten in den Ländern ergänzende gesetzliche Regelungen, wie eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in D oder Standards, wie die des HCPC in GB. Darüber hinaus gelten in NL das Gesetz zur Hochschulbildung und wissenschaftlichen Forschung (vgl. WHW 1992) und in A die FH-MTD-Ausbildungsverordnung von 2006 sowie das Fachhochschul-Studiengesetz von 1993, welche insb. Aspekte der Hochschulbildung regeln (vgl. FHStG 1993; FH-MTD-AV 2006).

Registrierung

In D und A wird von den Berufsangehörigen keine Registrierung verlangt, allerdings wird sie in A voraussichtlich 2013 eingeführt werden (vgl. mtd austria 2012). Im Gegensatz dazu besteht in F, GB und NL eine Registrierungspflicht vor Aufnahme der Berufstätigkeit beim „ADELI-Register der Gesundheitsberufe“ und dem „Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes“ (in F), beim „Health & Care Professions Council“ (in GB) und im „BIG-Register“ (in NL). Diese Registrierungen sind mit einer Verpflichtung zur kontinuierlichen Fortbildung verknüpft (vgl. F: SGG 2009a, b; GB: HCPC 2012d; NL: CIBG 2012). In NL besteht zusätzlich ein zentrales Melderegister beim Berufsverband (Centraal Kwaliteitsregister, CKR), in dem die Berufsangehörigen aufgeführt sind, die den Qualitätsansprüchen des Berufsverbandes genügen (vgl. KNGF 2006, S. 29).

4.2.1.2 Bildungssystematische Zuordnung der Ausbildung und Zugangsvoraussetzungen

In D wurde die Physiotherapieausbildung im sekundären Bildungssektor vorerst dem Niveau 4 des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) zugeordnet (vgl. BMBF 2012). Dagegen entsprechen die berufszulassenden Modellstudiengänge dem Niveau 6 des EQRs bzw. dem ersten Studienzyklus (Bachelor-Ebene) (vgl. ebd., s. auch Kap. 3.1.2.2). Gleiches gilt für die Studiengänge in Physiotherapie in GB, NL und A, welche ebenfalls dem Niveau 6 des EQRs bzw. dem ersten Studienzyklus (Bachelor-Ebene) entsprechen (vgl. GB: UK Government 2010; NL: van Rens 2006; A: BMUKK und BMWF 2009). In F ist die Ausbildung bisher dem Niveau 5 des EQRs zugeordnet. Nach der Umsetzung der beschlossenen Überführung der Ausbildungsprogramme in den Hochschulsektor, voraussichtlich ab dem Studienjahr 2013/2014, werden diese voraussichtlich auf Niveau 6 eingeordnet (vgl. Groupe de travail français du projet 2010).

In D wird für die Physiotherapieausbildung im sekundären Bildungssektor ein Realschulabschluss oder eine gleichwertige mittlere schulische Vorbildung gefordert. Voraussetzung für die primärqualifizierenden Studiengänge⁴¹ in allen fünf Vergleichsländern ist gleichermaßen i. d. R. die allgemeine Hochschulreife oder ein vergleichbarer Bildungsabschluss bzw. eine Zugangsprüfung (s. Tab. 4.2.1). Alternativ kann u. U. in F eine mind. fünfjährige Erfahrung in einem sozialversicherungspflichtigen Beruf (vgl. FFMKR 2013) und in A eine einschlägige berufliche Qualifikation ausreichend sein (vgl. FHStG 1993). Auch für GB und NL bestehen Regelungen für einen alternativen Zugang zum Studium.

4.2.1.3 Ziel, Inhalt und Struktur der Ausbildung

In allen Vergleichsländern ist das Ziel der Physiotherapieausbildung die Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten bzw. Kompetenzen zur Anwendung physiotherapeutischer Maßnahmen aus den Bereichen

Tabelle 4.2.1: Zugangsvoraussetzungen zur Physiotherapieausbildung

Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Niederlande	Österreich
<ul style="list-style-type: none"> - 10 Schuljahre (sekundärer Sektor) - 12 Schuljahre (tertiärer Sektor) 	- 12 Schuljahre	- 12 Schuljahre	- 12 Schuljahre	- 12 Schuljahre
<p><i>Berufsausbildung an Berufsfachschulen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Realschulabschluss bzw. „Mittlere Reife“ oder - erweiterter Hauptschulabschluss oder - nach dem Hauptschulabschluss eine zweijährige abgeschlossene Berufsausbildung <p><i>Berufszulassende Modellstudiengänge:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife bzw. Fachhochschulreife 	<ul style="list-style-type: none"> - Abitur/Fachabitur oder - vergleichbarer Abschluss mit Hochschulberechtigung (z.B. Diplôme d'accès aux études universitaires) oder - mind. 5-jährige Erfahrung in einem sozialversicherungspflichtigen Beruf bzw. in selbstständiger Tätigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> - mindestens 260 UCAS Tariff Points oder - mind. 5 Fächerabschlüsse des High School Abschlusses (General Certificates of Secondary Education, GCSE) (Level 2) und - 2 bzw. 3 Fächer bei Abschluss der hochschulqualifizierenden Schuljahre (A Levels) (Level 3) bzw. - BTEC National Diploma (BTEC Extended Diploma) (Level 3) 	<ul style="list-style-type: none"> - HAVO-diploma (Higher General Secondary Education) oder - VWO-diploma oder - MBO-4-diploma - Abschlüsse mit naturwissenschaftlichen Schwerpunktfächern 	<ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Universitätsreife oder - Berufsreifeprüfung oder - Studienberechtigungsprüfung oder - einschlägige berufliche Qualifikation (Lehrabschluss bzw. Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule mit Zusatzprüfungen)

41 Im Fall von D handelt es sich um Modellstudiengänge (s. auch 4.2.1.1).

Tabelle 4.2.2: Gesetzlich formulierte Ziele und zu vermittelnde Kernkompetenzen der Physiotherapieausbildung

	Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Niederlande	Österreich
physiotherapeutische Untersuchung, Befundung	X	X	X	X	X
physiotherapeutische Diagnostik (inkl. Screening auf Risikofaktoren, Diagnosestellung)		X	X	X	
eigenständige Festlegung der therapeutischen Maßnahmen (inkl. Therapiefrequenz und -dauer)		X	X	X	
Anwendung von Verfahren aus Bereichen der physikalischen, manuellen und Bewegungstherapie sowie Massage	X	X	X	X	X
Dokumentation	X	X	X	X	X
Evaluation		X	X	X	X
Information, Beratung, Anleitung, Schulung und Training	X	X	X	X	X
Arbeit in den Tätigkeitsbereichen:					
- Gesundheitsförderung & Prävention	X	X	X	X	X
- Therapie (stationär, ambulant)	X	X	X	X	X
- Rehabilitation	X	X	X	X	X
- Palliativmedizin			X		
Überweisung			X	X	

(eigene Darstellung auf der Basis von MTD-Gesetz 1993; MPhG 1994; PhysTh-APrV 1994; CSP 2002; KNGF 2006; FH-MTD-AV 2006; SGG 2006, 2009a; HCPC 2012a; Overheid 2012)

der physikalischen Therapie, Bewegungstherapie und Massage (s. Tab. 4.2.2).

In D benennt § 8 des Physiotherapeutengesetzes (vgl. MPhG 1994) die Hilfe zur Heilung und Linderung, zur Wiederherstellung oder Verbesserung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, zu gesundheitsförderlichem Verhalten und zum Kurerfolg durch Anwendung geeigneter physikalischer Verfahren als ausdrückliches Ausbildungsziel.

Im Gegensatz zu D und F ist in GB, NL und A das Ausbildungsziel explizit in Form zu erwerbender Kompetenzen formuliert (vgl. z. B. Himmelsbacher 2006, S. 57; KNGF 2008, S. 18 ff.; ÖBIG 2004b, S. 41; § 1 FH-MTD-AV 2006). In GB werden die erforderlichen berufsspezifischen Kompetenzen durch das Benchmark Statement der QAA (vgl. 2001), in NL durch eine

Verordnung von 1997 (vgl. Overheid 2012) und in A durch die Ausbildungsverordnung (vgl. FH-MTD-AV 2006) vorgegeben.

In D und F sind die Ausbildungen gemäß der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nach Inhalten und Fächern strukturiert. Dennoch ist in D eine Ausrichtung an Lernfeldern und/oder eine Ausbildung in fächerübergreifender Modulform möglich, wie bspw. in den dualen Bachelorstudiengängen, den berufszulassenden Modellstudiengängen oder auch in einigen länderspezifischen Rahmenrichtlinien bzw. Lehrplänen für die Physiotherapieausbildung an Berufsfachschulen vorgesehen, z. B. in Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Bayern (vgl. MAGS NRW 2006; Niedersächsisches Kultusministerium 2007; Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2009). Auch der Berufsverband Physio Deutschland hat ein

unverbindliches Curriculum für die Physiotherapieausbildung erstellt, welches von den Berufsfachschulen als Orientierungshilfe zur Ausbildungsgestaltung genutzt werden kann. Zu erwähnen ist auch, dass die physiotherapeutischen Berufsverbände in D – hier insb. Physio Deutschland, ehemals ZVK⁴² – und auch in A in Bezug auf die Ausbildung und Berufsausübung auf die Berücksichtigung internationaler Dokumente verweisen, wie das European Physiotherapy Benchmark Statement, die European Core Standards of Physiotherapy Practice und die Service Standards (vgl. ER-WCPT 2003a, b; 2008).

Verbindliche Standards, die die Ausbildungsziele und -inhalte der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen bzw. der Berufszulassungsgesetze der jeweiligen Länder näher definieren, existieren nur in GB. Hier geben der Health & Care Professions Council (HCPC) bzw. der Berufsverband (Chartered Society of Physiotherapy, CSP) Standards sowie ein Rahmencurriculum vor, die zum Abschluss des Studiums erfüllt sein müssen (vgl. CSP 2002, 2005; HCPC 2012a-d).

Ähnlich gibt es für A ein (Rahmen-)Curriculum mit berufsspezifischen Schlüssel- und Basisqualifikationen, das durch das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen erarbeitet wurde (vgl. ÖBIG 2004b), welches Grundlage für die Ausgestaltung der Studienprogramme an den einzelnen Fachhochschulen ist. Auch in NL liegt es in der Verantwortung der einzelnen Hogescholen, ihre Curricula, orientiert am Kompetenzprofil für Physiotherapeut/-innen des KNGF, zu erarbeiten (vgl. KNGF 2006, 2008). In NL hat der Berufsverband „Koninklijk Nederlands Genotschap voor Fysio-therapie“ (KNGF) zudem einen Ethikkodex herausgegeben, den die Mitglieder als verbindlich anerkennen (vgl. KNGF 2006, S. 30). Dieser und das von KNGF und SROF (Studie Richtings Overleg Fysiotherapie = Studienrichtungsberatung Physiotherapie) entwickelte Kompetenzprofil für Physiotherapeut/-innen sind für die Berufsangehörigen bindend. Bei ihrer (Re-)Registrierung im zentralen Melderegister des Berufsverbandes haben sie die Einhaltung zu bestätigen.

Anders als in D gehören in F, GB und NL auch die eigenständige Befundung sowie das Screening auf Risikofaktoren zu den berufsspezifischen Kompetenzen, die in der Ausbildung vermittelt werden, da in GB und NL nach dem Prinzip des direkten Zugangs (Direct Access) sowohl Gesunde als auch Kranke ohne ärztliche Verordnung physiotherapeutische Behandlungen in Anspruch nehmen können (vgl. CSP 2002; KNGF 2006; s. auch Kap. 3.2.3, 4.2.1) bzw. in F Physiotherapeut/

-innen nach ärztlicher Anordnung eigenverantwortlich die Therapie ausgestalten.

In F werden die Lernenden zudem mit der Verschreibung von verschreibungsfähigen Hilfsmitteln, wie bspw. Gehhilfen, Bandagen, Lagerungsmittel oder Atemhilfen, vertraut gemacht (vgl. SGG 2006), während die Studierenden in GB auch Kompetenzen hinsichtlich der Verabreichung und Verschreibung von Medikamenten erwerben, die allerdings bzgl. der praktischen Anwendung teilweise noch weiterführender Qualifikationen bedürfen (vgl. HCPC 2012e).

Beratungen, Aufklärung und Anleitung in der Prävention und Gesundheitsförderung können in allen Vergleichsländern nach Ausbildungsabschluss i. d. R. ohne ärztliche Anordnung durchgeführt werden.

In D, F, GB und A dauert die Ausbildung in Physiotherapie regulär drei Jahre bzw. sechs Semester. Nur in NL sowie einigen Regionen in GB, bspw. in Schottland, erstreckt sich das Studium derzeit über vier Jahre bzw. acht Semester. Ähnliches gilt für die berufszulassenden Modellstudiengänge nach § 9 MPhG in D, welche über eine Dauer von dreieinhalb bis vier Jahren bzw. sieben oder mehr Semester angelegt sind (s. Tab. 4.2.3). Bei teilweise ähnlich langer Ausbildungsdauer variiert dabei der Gesamtstundenumfang erheblich: Er umfasst etwa 3.000 Stunden in F und GB; mind. 4.500 Stunden in D (Berufsausbildung an den Berufsfachschulen) und A sowie ca. 6.300 Stunden bei den berufszulassenden Modellstudiengängen in D bzw. 6.500 Stunden in NL. Auch der Anteil der praktischen Ausbildung variiert und macht in F die Hälfte der Ausbildung, in D und GB ein Drittel, in A ein Viertel sowie in NL etwa ein Fünftel aus.

In D ist im Rahmen der Berufsausbildung im sekundären Sektor zum Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an den Ausbildungsveranstaltungen eine kontinuierliche Leistungsüberprüfung durchzuführen. Am Ausbildungsende ist zudem eine staatliche Abschlussprüfung mit einem schriftlichen, mündlichen und praktischen Teil abzulegen, in welcher das erworbene Fachwissen und die erlangten praktischen Fertigkeiten überprüft werden (vgl. PhysTh-APrV 1994). Für die berufszulassenden Modellstudiengänge sind im Verlauf des Bachelor-Studiums jeweils zum Abschluss der Lehrveranstaltungen (Module) Prüfungen vorgesehen sowie die Anfertigung einer schriftlichen Bachelorarbeit zum Studienende. Die gesetzlich geforderte staatliche Prüfung (gemäß §§ 12-14 PhysTh-APrV 1994) wird dabei in den Prüfungsplan integriert. Neben dem erworbenen Fachwissen und den praktischen Fertigkeiten sind hierbei auch erworbene Kompetenzen Prüfungsgegenstand (vgl. z. B. ASH 2011).

42 Physio Deutschland (ehemals ZVK) ist der größte deutsche Berufsverband für Physiotherapie und zugleich der einzige Mitgliedsverband in der Weltorganisation der Physiotherapie (WCPT) aus D.

Tabelle 4.2.3: Merkmale der Physiotherapieausbildung

	Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Niederlande	Österreich
Dauer	<i>Reguläre Ausbildung</i> 3 Jahre <i>Berufszulassende Modellstudiengänge</i> 3,5 bis 4 Jahre (7 bis 8 Semester)	3 Jahre (6 Semester) ab 2012/2013: 4 Jahre (8 Semester)	3 Jahre (6 Semester) <i>bzw.</i> 4 Jahre (8 Semester)	4 Jahre (8 Semester)	3 Jahre (6 Semester)
Gesamtstunden	<i>Reguläre Ausbildung</i> 4.500 Std. <i>Berufszulassende Modellstudiengänge</i> 6.300 Std.	3.330 Std.	mind. 3.000 Std.	ca. 6.500 Std.	4.500 Std.
Kreditpunkte (ECTS)	<i>Reguläre Ausbildung</i> nicht zutreffend <i>Berufszulassende Modellstudiengänge</i> 210	k. A.	180	240	180
Theorie	2.900 Std. theor. und prakt. Unterricht	1.012 Std.	nicht eigens ausgewiesen	nicht eigens ausgewiesen	nicht eigens ausgewiesen
Klinische Praxis	1.600 Std.	1.470 Std. (davon 30 Std. außerklinisch)	ca. 1.000 Std.	- mind. 1.200 Std. - mind. 2 ver- schiedene Prak- tikumsorte	1.250 Std.

Ähnliches gilt in F, GB, NL und A, wo sowohl kontinuierliche als auch abschließende Leistungsüberprüfungen gesetzlich vorgeschrieben sind, die im Wesentlichen das Fachwissen und die erlangten praktischen Fertigkeiten sowie Kompetenzen überprüfen (vgl. CRIPP 2012b; Wasner 2006, S. 80f.; KNGF 2008, S. 22; Physio Austria 2009; MTD-Gesetz 1992). Die Abschlussprüfungen in diesen Ländern beinhalten dabei entweder eine schriftliche Fallbearbeitung (F), eine schriftliche Abschlussarbeit (Research Dissertation), die die Anwendung von Forschungsmethoden beinhaltet (GB, ähnlich der Bachelorarbeiten in D und A), eine an wissenschaftlichen Forschungsmethoden orientierte praxisbezogene Projektarbeit (NL) oder eine schriftliche Bachelorarbeit (A).

4.2.1.4 Weiterführende Qualifizierungen und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten

In D, F und A werden außeruniversitär sowohl fachspezifische Fort- und Weiterbildungen vorgehalten, die klinische Spezialisierungen ermöglichen, wie bspw. Manuelle Therapie, Lymphdrainage, Bobath, Vojta, propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation oder Osteopathie, als auch weiterführende Qualifikationen, die für Lehrtätigkeiten und Führungsaufgaben qualifizieren.

Darüber hinaus gibt es in A *Masterlehrgänge* an Fachhochschulen und Universitäten. Diese stellen Spezialisierungen dar, z. B. für Sport-, Muskuloskeletale oder Kardiorespiratorische Physiotherapie, und lösen die ehemaligen Sonderausbildungen im sekundären Bildungssektor – wie sie vor der Verlagerung der Phy-

siotherapieausbildung in den Fachhochschulsektor im Jahr 2006 üblich waren – weitestgehend ab. Sie bereiten dabei *nicht konsekutiv* i.S. der Bologna-Erklärung auf eine Promotion vor.

Weiterführende Qualifikationen, wie fachspezifische Master- und Promotionsstudiengänge, werden nur in D, GB und NL angeboten. In GB und NL existieren dabei sowohl spezialisierende als auch auf Forschung ausgerichtete Studiengänge, wie z. B. Manuelle Therapie, Rehabilitation, Arbeits-, Kinder- oder geriatrische Physiotherapie.

In D besteht seit 2001 die Möglichkeit, die Berufsausbildung zu Physiotherapeut/-innen mit einem parallel angebotenen Bachelor-Studienprogramm zu kombinieren (ausbildungsintegrierte duale Bachelorstudiengänge für Physiotherapie). Alternativ kann nach Abschluss des Exams unter der Anrechnung bisheriger theoretischer und praktischer Leistungen eine Einstufung in ein höheres Fachsemester erfolgen (vgl. z. B. HAWK 2009; IGPW 2012a). Seit 2010 bestehen zudem zunehmend mehr berufszulassende Bachelorstudiengänge für Physiotherapie, welche im Rahmen der Modellklausel des Berufszulassungsgesetzes (§ 9 MPhG) eingerichtet wurden (vgl. z. B. ASH Berlin 2012; hsg. 2012a; Hochschule Fresenius 2012a; SRH Hochschule Heidelberg 2012; Physio Deutschland 2012b) und den regulären berufszulassenden Qualifizierungskonzepten in der Physiotherapie in GB, NL und A entsprechen. Die in D erworbenen Bachelorabschlüsse erfüllen die Zugangsvoraussetzungen für einen Masterstudiengang in Physiotherapie (vgl. z. B. HAWK 2012; Philipps-Universität Marburg 2012; Dresden International University 2012), in Therapiewissenschaft (vgl. z. B. Hochschule Fresenius 2012b) oder in Gesundheits- und Pflegewissenschaft mit Vertiefung in Physiotherapie (vgl. IGPW 2012b) oder in Public Health sowie für angrenzende Masterstudiengänge, z. B. für Management- und Qualitätsentwicklungsaufgaben im Gesundheitswesen.

(Kaum) Erkenntnisse zur Angemessenheit der Ausbildung in Bezug auf die Berufspraxis

Studien, die im europäischen Vergleich die Physiotherapieausbildung sowie die darin erworbenen Kompetenzen und deren Nutzung in der Praxis untersuchen, existieren kaum. Verfügbare Studien thematisieren meist nur einzelne Kompetenzen oder wurden in einem allgemeinen Kontext, d. h. mehrere Gesundheitsberufe betreffend, durchgeführt. Zudem beziehen sie sich meist auf Länder wie Schweden, Australien oder die USA (vgl. z. B. Öhman, Hägg & Dahlgren 2005; Gotlib 2010, 2012; Shields et al. 2012) und liefern somit kaum Erkenntnisse zu den Ländern der GesinE-Studie.

Auf einzelne Länder bezogen, sind v. a. in GB Studien zur Frage nach der Angemessenheit der Ausbildung in Bezug auf die Berufspraxis durchgeführt worden. Diese deuten darauf hin, dass die britische Physiotherapieausbildung ungenügend auf bestimmte Tätigkeitsbereiche, wie bspw. „cancer care“ (Versorgung von Krebspatient/-innen) vorbereitet und spezifische Kompetenzen, insb. kommunikative Kompetenz, nicht ausreichend vermittelt (vgl. Copp et al. 2007; Parry & Brown 2009).

Parry & Brown (vgl. 2009) hielten als Untersuchungsergebnisse u. a. fest, dass die universitären Module zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen zu früh im Curriculum und meist rein theoretisch angelegt seien. Sie plädieren für eine (stärker) praxisorientierte Ausrichtung mit konkreter praktischer Umsetzung und zur Überprüfung der erworbenen Kompetenzen.

Ein weiterer Schwerpunkt vorliegender Studien zur Physiotherapieausbildung ist die Verbesserung der praktischen Ausbildung, um die „Lücke“ zwischen Theorie und Praxis zu schließen und den Wissenstransfer theoretischer Kenntnisse in die Praxis zu erleichtern. In diesem Zusammenhang werden insb. die frühe Einbindung von Patient/-innen und ihrer Angehörigen in den Lernprozess an den Universitäten sowie interprofessionelle Lernphasen empfohlen (vgl. Cooper & Spencer-Dawe 2006; Forte & Fowler 2009; Thomson & Hilton 2012).

Ein weiterer Untersuchungsgegenstand in den vorliegenden Studien aus GB ist die (Selbst-)Reflexion von Studierenden der Physiotherapie (vgl. z. B. Ward & Gracey 2006; Buckley et al. 2009). Durch Reflexionsprozesse sollen die eigenen Denk-, Handlungs- und Lernprozesse wahrgenommen und hinsichtlich ihrer Effektivität kritisch bewertet werden (vgl. Ward & Gracey 2006). Befragungen von Praxiskoordinator/-innen, die an den Universitäten verortet und dort für die Betreuung der Studierenden und v. a. für organisatorische Aufgaben im Zusammenhang mit den praktischen Lernphasen verantwortlich sind, zeigten, dass kein einheitliches Verständnis hinsichtlich der Unterstützungs- und Überprüfungsmaßnahmen reflektiver Kompetenzen bei Studierenden der Physiotherapie besteht (vgl. ebd.).

Eine Studie aus Schweden, die auf die Situation in GB und NL übertragbar erscheint, wies im Zusammenhang mit den kurzen praktischen Ausbildungszeiten und dem damit geringen direkten Patient/-innenkontakt während der akademischen Qualifizierung von Physiotherapeut/-innen mangelnde Fertigkeiten in physiotherapeutischen und insb. „Hands-on“-Techniken sowie ungenügende kommunikative und persona-

le Kompetenzen bei den Berufseinsteiger/-innen nach. Auch die geringe Kooperation zwischen den Universitäten und den klinischen Ausbildungsstätten sowie die rein theoretische Wissensvermittlung im akademischen Bereich werden als Ursachen dafür genannt (vgl. Öhman et al. 2005).

4.2.2 Erkenntnisse aus der Befragung von Berufsmigrant/-innen

4.2.2.1 Zu den befragten Physiotherapeut/-innen und den Hintergründen ihrer Migration

Unter der im Kapitel 2.2.1 benannten Zielsetzung wurden für das Handlungsfeld der Physiotherapie insgesamt elf Interviews mit Berufsmigrant/-innen geführt (GB: 4, NL: 3, A: 4)⁴³ (zu ihrer näheren Beschreibung s. Anhang B 2.1). Alle Befragten in GB und A haben dabei ihre Ausbildung in D absolviert und hier auch für mind. ein Jahr gearbeitet, bevor sie in das Vergleichsland migrierten. Eine Befragte in GB hat vor ihrer Migration sogar 15 Jahre in D gearbeitet. Bei den drei Migrantinnen in NL verhielt es sich dagegen umgekehrt. Diese haben als Deutsche ihre Ausbildung an einer Hogeschool in NL absolviert und danach Berufserfahrung sowohl in D als auch in NL gesammelt. Ein Befragter hatte sowohl die berufsschulische Ausbildung in D als auch ein Bachelorstudium in NL absolviert und verfügte darüber hinaus über zwei Jahre Berufserfahrung in GB.

Hintergründe und Rahmenbedingungen der Migration

Die Berufsmigrant/-innen in GB gaben jeweils persönliche Gründe, wie bspw. den Jobwechsel des Partners, für ihre Migration an. Zudem äußerten zwei, dass sie einen Aufenthalt im Ausland durchaus immer mal wieder in Erwägung gezogen hätten, wobei eine Befragte v. a. die stärkere Forschungsorientierung und bessere Umsetzung von evidenzbasiertem Arbeiten im Ausland überzeugte.

Die drei Migrantinnen in NL führten dagegen finanzielle Gründe und die Tatsache, dass in NL ein Abschluss mit internationaler Anerkennung erworben wird, als Hauptgründe für die Absolvierung der niederländischen Ausbildung und die anschließende Arbeit in NL an. Zum Zeitpunkt ihrer Bewerbung um

einen Ausbildungsplatz waren in D vorwiegend Plätze an privaten Physiotherapieschulen frei, und diese waren deutlich teurer als das Studium in NL. Da alle drei direkt im Grenzgebiet wohnen, war für sie – auch aufgrund des „guten Rufes“ (NL_PT3) – eine Ausbildung in NL naheliegend.

Von den vier Migrant/-innen in A nannten zwei ebenfalls private Gründe und zwei das Interesse, etwas Neues kennenzulernen und die fehlende Sprachbarriere als Motive für die Migration nach A. Zudem gaben sie an, bei mehreren Bewerbungen in D und A gerade in A eine sofortige Anstellung gefunden zu haben. Jeweils als Einzelnennung wurden darüber hinaus der Wunsch nach Weiterentwicklung sowie bessere Verdienstmöglichkeiten angegeben. Die Migrant/-innen in GB und A hatten dabei im Vorfeld kaum spezifische Erwartungen an die Arbeit im Vergleichsland.

Die Anerkennung des Ausbildungsabschlusses gestaltete sich insb. in GB aufwendig, da v. a. die Darstellung der konkreten Ausbildungsinhalte durch die Berufsschulen in D in ihrer ursprünglichen Form der britischen Registrierungsbehörde HCPC nicht aussagekräftig genug waren. Zudem wurde die zu geringe Vermittlung wissenschaftlicher Basiskompetenzen kritisiert. Letztendlich konnte aber eine Anerkennung des deutschen Abschlusses nach etwa fünf bis sechs Monaten erreicht werden. Die Anerkennung der niederländischen Abschlüsse in D sowie der deutschen Ausbildungsabschlüsse in A war dagegen unproblematisch und dauerte bis zu drei Monate.

Hinsichtlich der Integration und Einarbeitung im Migrationsland berichteten die Befragten in GB, NL und A kaum von Schwierigkeiten. Eine Migrantin in GB erzählte, dass sie sich auch heute, nach fünf Jahren, noch immer nicht im NHS integriert fühlt und eine andere in A hatte v. a. mit dem Dialekt Probleme. Die drei Migrantinnen in NL arbeiteten zunächst mit ihrem niederländischen Abschluss in ambulanten Physiotherapiepraxen in D, die entweder von Niederländern geführt wurden oder in denen, aufgrund ihrer Lage im Grenzgebiet, auch andere Therapeut/-innen mit einem niederländischen Abschluss arbeiteten. Daher konnten sich alle drei problemlos in das deutsche Team und in den Arbeitsprozess integrieren. Durch ihre Ausbildung in NL war die anschließende Integration am derzeitigen Arbeitsort in NL ebenfalls unkompliziert.

4.2.2.2 Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Berufsausübung von Physiotherapeut/-innen in den Vergleichsländern

In einem ersten Teil des Interviews wurden die Berufsmigrant/-innen gebeten, eine Einschätzung zu

43 Die Befragten stellen eine Gelegenheitsstichprobe mit zufälligen Zügen dar. Daher vermitteln ihre Einschätzungen zwar einen Einblick in die Berufstätigkeit und Qualifizierung von Physiotherapeut/-innen in den Vergleichsländern, jedoch sind daraus keine verallgemeinerbaren Schlussfolgerungen ableitbar (s. Kap. 2.2.1). Trotz intensiver Bemühungen, z. B. über die Kontaktaufnahme zu den zentralen Physiotherapieverbänden sowie frankreichaffinen Expert/-innen, konnten für F keine Berufsmigrant/-innen gewonnen werden.

den allgemeinen Rahmenbedingungen ihres beruflichen Handelns, wie bspw. zum Gesundheitswesen im Migrationsland, den dort lebenden Menschen oder dem beruflichen Handeln selbst, vorzunehmen und diese mit ihren Erfahrungen aus Deutschland zu vergleichen.

Einschätzungen zu den Rahmenbedingungen des beruflichen Handelns

Eine Befragte in GB empfand den „National Health Service“ (NHS) als starr und rigide, verwies jedoch zugleich darauf, dass die Arbeit dort eine sichere Anstellung darstellt, da insb. Aspekte wie Krankengeld, Mutterschutz oder Rentenversicherung bei privaten Arbeitgebern lediglich Verhandlungssache sind und keine gesicherten Rahmenbedingungen darstellen. Was alle Migrant/-innen in GB als besondere Rahmenbedingung des beruflichen Handelns hervorhoben, war der Direktzugang zur Physiotherapie (direct access, s. Kap. 3.2.3 und 4.2.1). Dabei betonte eine Befragte, dass der „general practitioner“ (Hausarzt) trotzdem i. d. R. die erste Anlaufstelle für Patient/-innen ist, auch wenn es um Physiotherapie geht. Ein anderer Befragter bezeichnete die Versorgung im britischen Gesundheitswesen auf einem Niveau befindlich, welches nicht für jeden Patienten eine optimale Behandlung gewährleisten könne, wohingegen er die Qualität der Versorgung in D höher einschätzte.

Weiterhin hoben alle Migrant/-innen für GB als Besonderheit hervor, dass es dort für Physiotherapeut/-innen Wartelisten gibt, die nach Einschätzung eines Befragten seitens des NHS aus Kostengründen durchaus gewollt sind. Ebenso betonten alle Befragten die höhere Wertschätzung und Anerkennung von Physiotherapeut/-innen im multiprofessionellen Team und bei den Patient/-innen. Zwei Befragte betonten zudem die höhere Bedeutung evidenzbasierter physiotherapeutischen Handelns in GB, was ihrer Einschätzung nach eine höhere Versorgungsqualität bedingt.

Eine Befragte verwies zudem auf die unterschiedlichen Kompetenzen in Abhängigkeit der Qualifikationsstufen entlang der Qualifikations- und Karriereleiter im NHS (s. dazu Kap. 3.1.4) vom „(junior) physiotherapist“ über „senior“, „advanced“ bis hin zum „consultant physiotherapist“ (s. Anhang A 9). So können Physiotherapeut/-innen, die bspw. als „advanced practitioner“ tätig sind, Verordnungen für die radiologische Diagnostik oder Überweisungen zum Facharzt aus schreiben, was Physiotherapeut/-innen zu Beginn ihrer Berufstätigkeit als sog. „junior physiotherapists“ i. d. R. nicht dürfen. Auch obliegt ihnen, neben den Leitern der Physiotherapieabteilungen in den Krankenhäusern

– den sog. „service managern“ – eine gewisse Budgetverantwortung. In diesem Zusammenhang hoben alle Befragten in GB auch die höhere Autonomie und Verantwortung der Physiotherapeut/-innen, bedingt durch die direkte Zugänglichkeit, hervor:

„Man ist für das, was man macht, ist man selbst verantwortlich. Ich bin auch dafür verantwortlich, wann, wie lange ich einen Patienten sehe. Und wenn ich jetzt finde, der profitiert eigentlich nicht mehr von Physiotherapie oder er würde eben noch ein weiteres Jahr davon profitieren, dann ist meine Aufgabe das zu stellen. Und da sagt mir nicht der Arzt, Sie kriegen nur noch ein Rezept und das war's! Sondern es ist so, wenn ich finde, der braucht noch mehr, dann ist es meine Entscheidung.“ (GB_PT4, 15:29).

Hinsichtlich der Frage nach kulturellen Unterschieden benannte eine Befragte in GB v. a. die hohe Bereitschaft zu einem umsichtigen Umgang miteinander, die fehlende Direktheit der Menschen und die Tatsache, dass Kinder bei der Therapie nicht ausgezogen werden, als markant.

Alle befragten Migrantinnen in NL hoben v. a. zwei Aspekte hervor: die Versicherungspolitik und – wie in GB – den Direktzugang zur Physiotherapie, welcher mehr Entscheidungsbefugnisse und Handlungsautonomie für die Physiotherapeut/-innen bedeutet und mit einem Arbeiten auf Augenhöhe mit anderen Gesundheitsberufen – und insb. mit Ärzt/-innen – einhergeht. Im Gegensatz zur stark hierarchisch geprägten Arbeitsweise im deutschen Gesundheitswesen wurde das Arbeiten in NL als ein Miteinander beschrieben, welches von gegenseitigem Respekt und Wertschätzung geprägt ist. Die höhere Verantwortung der Therapeut/-innen in NL gegenüber den Patient/-innen, bedingt durch den Direktzugang, empfanden alle Befragten eher als „Befreiung“ denn als Last. Dagegen wurde die starre Regelung in D, nach der Physiotherapie nur auf Verordnung unter Angabe der genauen Behandlung und deren Häufigkeit erfolgt, als „irritierend“ (NL_PT3) und einschränkend für Physiotherapeut/-innen empfunden. Eine Migrantin hob zudem hervor, dass die Therapie in NL insgesamt aktiver wäre und mehr darauf ausgerichtet sei, Patient/-innen zur Selbstständigkeit zu verhelfen.

Auch die unterschiedliche Absicherung von Physiotherapie durch die niederländische Krankenversicherung wurde von allen Befragten angesprochen. Dabei decken die sog. Basispakete bspw. keine Physiotherapie ab, die Zusatzpakete inkludieren Physiotherapie dagegen sehr unterschiedlich. So ist nach Einschätzung der Befragten eine individuelle Versicherung möglich.

Auch die Befragten in A empfanden das Ansehen und die Wertschätzung von Physiotherapie dort höher als in D. Drei von vier äußerten ebenfalls, dass sie ihre Arbeit, bspw. hinsichtlich der Therapiezeiten und -inhalte, jetzt eigenständiger gestalten können. Ein Migrant bemerkte hierzu, dass die ärztlichen Verordnungen in A undifferenzierter und das Ordnungssystem insgesamt einfacher wäre, sodass trotz der Bindung an die ärztliche Verordnung ein autonomeres Arbeiten möglich ist. Zwei Befragte hoben auch die hohe Eigenbeteiligung der Patienten, die häufig 50-60% der Gesamtkosten umfassen, hervor. Diese Regelung führt – so die Einschätzung der Befragten – dazu, dass die Patient/-innen mündiger und aktiver in Bezug auf ihre eigene Gesundheit handeln würden.

Einschätzungen zum Aufgabenspektrum und dem physiotherapeutischen Handeln

Alle Befragten in GB, NL und A beurteilten den regulären physiotherapeutischen Arbeitsalltag in diesen Ländern als vergleichbar mit dem deutschen Aufgabenfeld. Eine Migrantin in GB verglich allerdings das Aufgabenspektrum deutscher Physiotherapeut/-innen mit dem eines „junior physiotherapist“ oder teilweise sogar eines Assistenten, da man als „senior physiotherapist“ oder „advanced practitioner“ in GB über erweiterte Kompetenzen verfügt, die in D zu den Aufgaben von Arzt/-innen gehören.

Darüber hinaus nannten die Befragten in GB und NL zwei weitere wesentliche Unterschiede im Aufgabenspektrum von Physiotherapeut/-innen. So spielen (1) die Dokumentation der physiotherapeutischen Arbeit eine wesentlich größere Rolle als in D sowie (2) Information, Beratung, Anleitung und Schulung von Patient/-innen, Eltern und Angehörigen. Eine Befragte in GB meinte dazu, dass sie zu Beginn ihrer Tätigkeit überrascht war „[...] wie viel Schreibarbeit man machen muss und wie wenig Patientenkontakt man hat [...]“ (GB_PT4, 14:07). Eine andere beschrieb das Berichtswesen als sehr komplex und messbar und verwies darauf, dass die Dokumentation in GB einen sehr hohen Stellenwert hat. Ähnlich sahen es auch die Migrantinnen in NL:

„[...] das erste halbe Jahr war es echt ein riesen Erstaunen und Schrecken, dass in Deutschland keine Dokumentation herrscht, so gut wie. Also, dass die Dokumentenblätter der Patienten eigentlich leer sind oder da steht nur Rückenschmerzen, Massage und mehr steht da auch nicht drin, was man für Untersuchungen gemacht hat, Befundung. [...] Dokumentation in Holland ist schon ausführlicher.“ (NL_PT2, 47:47).

Ursächlich hierfür wurden v.a. die knappe Behandlungszeit in D und der Direktzugang in GB und NL angeführt, bei dem sich die Physiotherapeut/-innen anders absichern müssten.

Alle Befragten in GB und NL betonten zudem die hohe Bedeutung von Beratung und Anleitung in der physiotherapeutischen Arbeit, da auch Konsultationstermine in Abhängigkeit von der eigenen Übungsaktivität und Selbstständigkeit vereinbart werden. Hier hoben insb. zwei Befragte in NL hervor, dass die starke Fokussierung auf die Selbstständigkeit der Patient/-innen zur Folge hat, dass niederländische Physiotherapeut/-innen viel mehr Beratung leisten müssten:

„Also du gibst den [Patienten] in Holland, gibst du so mehr die Richtung an und der Patient darf da selber hin. So, sagen wir mal, also der darf sich da hinarbeiten. Und in Deutschland bist du wirklich daneben, nimmst den so an die Hand und sagst ‚So, jetzt gehen wir hier hin, dann gehen wir da hin‘. Also in der Art habe ich es erfahren.“ (NL_PT3, 27:50)

V.a. die Gemeindegemeinschaft innerhalb des NHS zielt auf eine Beratungstätigkeit von Physiotherapeut/-innen ab, da sie i.d.R. Patient/-innen, Angehörige oder Assistent/-innen anleiten und die eigentliche Therapie oft nicht selbst ausführen:

„In Deutschland habe ich die Kinder dreimal die Woche gesehen, in England sehe ich sie einmal in drei, vier Monaten und gebe mein Wissen quasi an jemanden weiter, sage ‚Ich möchte, dass du mit dem Kind die Übungen machst‘. Aber ich, sie nennen das hier mehr eine ‚consulting role‘, also du berätst Leute, wie sie’s machen sollen, aber du trägst es nicht selber aus. [...]“ (GB_PT4_2, 02:07).

Weiterhin wurde angeführt, dass dies auch andere Beratungserfordernisse hervorrufe als in D, da Patient/-innen und ggf. ihre Angehörigen mit in die Therapieentscheidungen einbezogen bzw. über sie aufgeklärt werden müssten. Eine Befragte beschrieb in diesem Zusammenhang die Tätigkeit innerhalb des NHS als „viel relaxter“, da die Physiotherapeut/-innen am Tag i.d.R. nur vier bis fünf Patient/-innen sehen würden, „und der Rest ist communication, record keeping und CPD“⁴⁴ (GB_PT1, 35:16).

Ein Migrant, der in GB nur als Assistent tätig war, da zunächst unklar war, wie lange sein Aufenthalt dauern würde und ein erster Anerkennungsversuch des deutschen Physiotherapieabschlusses scheiterte, beschrieb die Unterschiede in der beruflichen Tätigkeit dahinge-

⁴⁴ CPD steht für „continuing professional development“, d.h. für kontinuierliche berufliche Weiterentwicklung.

hend, dass er als Assistent keine Diagnostik und Therapieplanung durchführen durfte, sondern ausschließlich für die Umsetzung strukturierter Therapiepläne sowie die Anwendung physikalischer Therapien zuständig war.

Einschätzungen zur intra- und interdisziplinären Zusammenarbeit

Alle sieben befragten Migrant/-innen in GB und NL betonten eine stetig gute und unproblematische Zusammenarbeit sowohl mit Ärzt/-innen als auch mit Angehörigen anderer Gesundheitsfachberufe. Alle Befragten in NL verwiesen dabei auf die stark hierarchisch geprägte und kommunikationshemmende Arbeitsweise in D. In diesem Zusammenhang erwähnten sie, dass es in NL „ganz normal“ sei (NL_PT2) Gespräche mit behandelnden Ärzt/-innen zu führen und dass es ein deutliches Miteinander im therapeutischen Team gibt – etwas, was sie so in D nicht erlebt hätten. Die Befragten aus GB verwiesen darüber hinaus auf die Zusammenarbeit mit Assistenzpersonal. So erwähnte eine Befragte bspw., dass sie in regelmäßigen Abständen Schulbesuche durchführe, um die dortigen „teacher assistants“, welche Kinder inner- und außerhalb der Schule bei ihrer schulischen sowie bio-psycho-sozialen Entwicklung unterstützen, in die Behandlung eines Kindes einzuweisen.

Zwei der vier Befragten in A berichteten von interdisziplinären Teamsitzungen sowie einer guten bzw. situationsabhängigen Kooperation mit anderen Berufsgruppen, die aber weniger die Ärzte, sondern vielmehr Pflegende und andere Therapieberufe betrifft. Im Empfinden dieser Befragten bewirkt die ärztliche Verantwortung hinsichtlich der Verordnungspflicht für Physiotherapie in A – wie in D auch – eine arzt dominierte Hierarchie und lässt einen Befragten sogar zu der Einschätzung kommen, dass es an seinem Arbeitsplatz kaum bzw. wenig Zusammenarbeit mit Ärzt/-innen oder anderen Berufen gibt.

4.2.2.3 Einschätzungen zur Physiotherapiebildung und zu beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten

In einem zweiten Teil des Interviews wurden die Berufsmigrant/-innen gebeten, Angaben zu Fort- und Weiterbildungsbedingungen und -inhalten und den damit verbundenen Entwicklungsmöglichkeiten für die Berufstätigen im Migrationsland im Vergleich zu D zu machen und – sofern es ihnen möglich war – auch Einschätzungen zu den derzeitigen Physiotherapieausbildungen vorzunehmen.

Einschätzungen zur Physiotherapieausbildung

Die Befragten in GB äußerten, dass sie sich durch ihre Ausbildung gut auf ihre praktische Arbeit in D vorbereitet gefühlt haben. Im Hinblick auf den Direktzugang im Migrationsland sagte eine Migrantin, dass ihre große Berufserfahrung in ihrem Fachgebiet die sofortige Arbeit in der britischen Arbeitsweise möglich gemacht hat.

Ob sie nach ihrer deutschen schulischen Ausbildung sofort in GB hätten arbeiten können, wollten und konnten die Befragten mehrheitlich nicht beantworten. Ein Befragter äußerte allerdings, dass er nach seinem Umzug dachte, dass er das Arbeiten im Direktkontakt problemlos meistern könnte, ihm aber nach relativ kurzer Zeit klar wurde, dass *„[...] das mit meinem ausgebildeten Horizont nicht möglich ist.“* – insb., weil *„[...] Eckpunkte fehlen, die geistig gar nicht da sind.“* (GB_PT3, 40:20).

So sahen die Migrant/-innen in GB im Hinblick auf die deutsche Ausbildung insb. Defizite bei der Vermittlung von wissenschaftlichem, evidenzbasiertem und reflektiertem Arbeiten. Zugleich verwiesen sie aber auf eine stärkere direkte praktische Ausbildung in D, welche von Anfang an eine Arbeit am und mit dem Patienten ermöglicht. Dies gestaltet sich, nach Einschätzung der Befragten, in GB schwieriger, da hier der Wissenstransfer vom theoretischen auf den realen Patientenfall hauptsächlich erst nach Abschluss der Ausbildung durch die Berufsanfänger/-innen geleistet werden muss.

Die drei Befragten in NL gaben an, dass sie durch ihre Ausbildung angemessen auf ihre praktische Tätigkeit vorbereitet wurden. Lediglich eine hatte das Gefühl *„alles nur oberflächlich zu wissen“* (NL_PT1) und absolviert daher derzeit noch ein Masterstudium. Eine andere verwies darauf, dass Unsicherheiten im Hinblick auf den Direktzugang v. a. durch ihre zunehmende Berufserfahrung geringer werden. In diesem Zusammenhang merkte sie auch an, dass während des Studiums in NL – ähnlich wie in GB – kaum an realen Patient/-innen geübt wird, sondern mittels Fallbeispielen und durch Üben an Mitstudent/-innen das Schulen physiotherapeutischer Fertigkeiten unterstützt wird. Eine Einschätzung zur Ausbildung konnten drei der Befragten in NL nicht sicher abgeben. Ein Befragter konnte Rückschlüsse sowohl zur Ausbildung in D als auch in NL ziehen und kam zu folgendem Fazit:

„[...] die Bachelorausbildung in Holland war definitiv dazu gedacht, mit dem erworbenen Wissen zu denken und zu arbeiten. Und das ist, glaub ich, ein großer Unterschied, weil das erworbene Wissen in der Berufsausbildung in Deutschland nur zur

Anwendung gedacht ist. Also nicht fragen, nicht hinterfragen, schon gar nicht erstmal nachfragen sondern einfach nur machen. Und das am besten, was jemand vorgibt. Und das ist halt in den Niederlanden nicht so [...], da ist Eigendenken, Eigenumsetzung und ja auch das ganze mal ein bisschen innovativ anzupacken, aber trotzdem dem Standard und dem Wissenschaftsniveau angepasst, gewünscht. Und das entwickelt eine Dynamik oder auch eine Professionsdynamik, die in Deutschland gar nicht ausgebildet wird.“ (GB_PT3, 42:19).

Diese Einschätzung findet sich in Bezug auf die Ausbildung in NL auch in den Antworten der anderen Migrantinnen wieder. Dabei fehlt ihrer Einschätzung nach v.a. der Aspekt der Selbstreflexion des Handelns in der deutschen Ausbildung. Ein Befragter führt dies auch auf die vielen alternativen Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung sowie die fehlende gezielte Bewerberauswahl in D zurück sowie auf die Verortung der Ausbildung in NL auf Hochschulniveau, was eine jeweils andere Klientel an Auszubildenden mit sich bringe. Auch er hebt im Vergleich die direkte praktische Ausbildung in D als positiv hervor, wobei er aber anmerkt, dass die Student/-innen in GB und NL zwar weniger im direkten Patient/-innenkontakt lernen, dafür aber nur umsetzen, was sie wirklich beherrschen würden. Es bleibt seiner Einschätzung nach offen, welche Form des Heranführens der Lernenden an die Arbeit mit den Patient/-innen dabei die geeigneter Form wäre.

Die Befragten in A empfanden sich als sehr gut vorbereitet für die physiotherapeutische Tätigkeit im Migrationsland. Eine Befragte sah zwischen den Ausbildungsstätten in A eine geringere Heterogenität hinsichtlich der Ausbildungsqualität als in D. Mit Blick auf die Umstellung der Ausbildung auf Fachhochschulniveau im Jahr 2005 betonte eine andere, dass sich dadurch nun weniger Praktikumszeiten ergäben und mehr im Selbststudium angeeignet werden würde. Eine weitere beschrieb, dass sie, seit der Verlagerung der Ausbildung an die FHs, eine stärkere Integration von Forschung und Wissenschaft innerhalb der österreichischen Ausbildung feststellen würde.

Einschätzungen zur Weiterqualifizierung und beruflichen Entwicklung

Die befragten Migrant/-innen in GB und NL verwiesen auf die Pflicht zur Fort- und Weiterbildung, um ihre berufliche Registrierung aufrechtzuerhalten. Zudem empfinden sie bessere berufliche Entwicklungsmöglichkeiten als in D. Diese sehen sie v.a. in den dort vorhandenen physiotherapiespezifischen MSc- und PhD-Studienangeboten begründet.

Als entscheidenden Unterschied zu D hoben die Befragten aus GB hervor, dass formale Weiterqualifikationen *nicht* primär für ein Weiterkommen auf der Karriereleiter – und damit mehr Gehalt – erforderlich sind bzw. für bestimmte Arbeiten „gebraucht“ (GB_PT1) werden, sondern von den Berufsangehörigen v.a. aus der Motivation zur persönlich-fachlichen Weiterqualifizierung heraus genutzt werden. So werden bei der Bewerbung um eine höhere Position – bzw. ein sog. höheres Band – im NHS i.d.R. nicht notwendigerweise bestimmte Weiterbildungen eingefordert. Allerdings können diese hinsichtlich der Auswahl einer/s geeigneten Bewerber/-in nützlich sein. Entscheidend ist meist, dass die Physiotherapeut/-innen bestimmte Kompetenzen und Berufserfahrung nachweisen können. Ein anderer Berufsmigrant betonte zudem, dass Weiterbildungen in GB kompakter und nicht so unterteilt bzw. konzeptspezifisch wie in D wären. In diesem Zusammenhang wurde die starke Fokussierung auf abrechnungsfähige Zertifikatskurse⁴⁵ in D als fragwürdig herausgestellt. Auch in NL verwies eine Migrantin auf die stark konzeptspezifische Fort- und Weiterbildung in D, aus der für Außenstehende oftmals gar nicht hervorginge, welche Inhalte sich dahinter verbergen. Des Weiteren stellten die Befragten heraus, dass es in NL – anders als in D – keine verpflichtende Fortbildung für einen bestimmten Arbeitsplatz gibt. Gleichzeitig bedeutet die Absolvierung einer anerkannten Weiterbildung aber mehr Gehalt. Dabei nehmen, nach Einschätzungen der Befragten, in NL Weiterqualifizierungen auf Masterniveau an Bedeutung zu.⁴⁶

Die befragten Migrant/-innen in A verwiesen überwiegend ebenfalls auf eine hohe Bedeutung von Fort- und Weiterbildung, wobei die Zahl der Fortbildungen in A wenig Einfluss auf Aufstiegsmöglichkeiten und Gehalt hat. Ein Befragter hielt das Weiterbildungsniveau dabei für weniger wichtig als in D, da es in A keine Abrechnung über Zertifikatspositionen gibt. Weiterqualifikationen werden dabei vorrangig zur persönlich-fachlichen Weiterentwicklung genutzt, da es für Physiotherapeut/-innen kaum Aufstiegsmöglichkeiten in A gibt.

45 I. S. der Qualitätssicherung nach §70 (1) SGB V dürfen bestimmte Maßnahmen in D nur von entspr. weitergebildeten Leistungserbringern durchgeführt und abgerechnet werden. Beispiele für solche Maßnahmen – sog. Zertifikatspositionen – sind Manuelle Therapie, Manuelle Lymphdrainage, Krankengymnastik nach Bobath oder nach Vojta.

46 Für die verschiedenen physiotherapeutischen Spezialisierungen in NL gibt es innerhalb des Berufsverbandes spezifische Gremien, wie z. B. die Vereinigung der geriatrischen Physiotherapeut/-innen, die jeweils eigene Qualitätsregister führen. Ab 2015 ist z. B. für die Neuaufnahme in das „Centraal kwaliteitsregister Geriatriefysiotherapeut“ der Abschluss des Masterstudiengangs „Professional Master Fysiotherapie in de Geriatrie“ ein Aufnahmekriterium (vgl. NVFG 2012).

4.2.3 Erkenntnisse aus der Online-Expertenbefragung

Für das Handlungsfeld der Physiotherapie stützt sich die Auswertung der Online-Expertenbefragung auf die Antworten von insgesamt 54 Teilnehmern (D: 18, F: 5, GB: 9, NL: 8, A: 14).⁴⁷ Im Folgenden werden die Antworten auf die neun, z. T. mehrgliedrig gestellten Fragen in zwei Komplexen zusammengefasst wiedergegeben. Dabei orientiert sich die Darstellung an der Länderreihenfolge D, F, GB, NL und abschließend A. Ist eine zusammenfassende Auswertung möglich, wird von dieser Reihenfolge abgewichen.

4.2.3.1 Einschätzungen zur Ausbildung im Hinblick auf die Anforderungen an Physiotherapeut/-innen – Ist-Stand & Perspektiven

In einem ersten Fragenkomplex wurden die Expert/-innen darum gebeten einzuschätzen, ob die derzeitige Ausbildung hinreichend auf die Berufsausübung als Physiotherapeut/-in vorbereitet. Dabei sollten sie auch angeben, worin Stärken und Schwächen sowie Verbesserungsmöglichkeiten der derzeitigen Ausbildung bestehen. Dies schloss ebenfalls eine Frage danach ein, ob und ggf. welche Qualifikationen und Kompetenzen, die derzeit durch Fort- und Weiterbildungen erworben werden können, bereits in die Ausbildung integriert werden sollten. Darüber hinaus sollten die befragten Expert/-innen angeben, welche Veränderungen in der Physiotherapie-Ausbildung in den letzten Jahren die Berufsausübung positiv bzw. negativ beeinflusst haben. In diesem Zusammenhang wurden sie auch um eine Bewertung der (möglichen) regulären Verlagerung der Ausbildung von Physiotherapeut/-innen in den Hochschulbereich gebeten. Dabei variierte die Fragerichtung in Abhängigkeit des aktuellen Entwicklungsstandes in den Vergleichsländern. Für D ging es um eine mögliche reguläre Verlagerung an die Hochschulen, in F um den gerade anlaufenden bzw. kurz bevorstehenden Prozess der Akademisierung und in GB, NL und A um eine rückblickende Einschätzung. Zudem sollten Angaben gemacht werden, in welchen Bereichen bei Berufsanfänger/-innen der größte Unterstützungsbedarf besteht.

47 Zur Auswahl der befragten Expert/-innen s. Kap. 2.2.3; zu ihrer Beschreibung s. Anhang B 2.1. Aufgrund der deutlich begrenzten Reichweite der hier formulierten Einschätzungen für F, GB und NL – bedingt durch die geringen Teilnehmerzahlen in diesen Ländern – sind durch die Angaben der Befragten lediglich Einblicke in die Situation der berufszulassenden Ausbildungen sowie in die Berufsausübung von Physiotherapeut/-innen möglich. Der Anspruch auf Verallgemeinerbarkeit wird nicht erhoben (zur Methodenreflexion und begrenzten Reichweite der Ergebnisse s. auch Kap. 5.1).

Angemessenheit der Ausbildung

Die Antworten der befragten Länderexpert/-innen auf die Frage, ob die derzeitige Ausbildung von Physiotherapeut/-innen ausreichend auf die Berufsausübung vorbereitet, fielen heterogen aus. Während nach Einschätzung der Expert/-innen aus D, F und NL die Ausbildung nicht ausreichend auf die Berufspraxis vorbereitet, äußerten sich die Befragten in GB und A eher zustimmend und konstatierten prinzipiell eine gute Vorbereitung auf die beruflichen Anforderungen durch die aktuelle Ausbildung.

In D sahen zwölf der 16 Expert/-innen, die auf diese Frage geantwortet haben, keine Passung von Ausbildung und Berufspraxis. Drei Expertenantworten verwiesen auf die starke qualitative Heterogenität der Ausbildung in Abhängigkeit von Ausbildungsort (Bundesland), Institution (Schule) und eingeschlagenem Ausbildungsweg, da es in D derzeit drei Möglichkeiten gibt, Physiotherapeut/-in zu werden: (1) die Ausbildung im sekundären Sektor sowie (2) duale ausbildungsintegrierende und (3) primärqualifizierende Bachelorstudiengänge (s. Kap. 4.2.1).

Drei der fünf französischen und fünf der acht niederländischen Expert/-innen schätzten die Vorbereitung auf die beruflichen Anforderungen durch die derzeitige Ausbildung als unzureichend ein. Während in F keine weiteren relativierenden oder auch gegensätzlichen Einschätzungen hierzu vorgenommen wurden, kamen in NL zwei Expert/-innen auch zu einer gegenteiligen Einschätzung und sahen die Vorbereitung auf die Berufspraxis durch die Ausbildung als durchaus gegeben an.

In GB bewerteten drei der fünf Expert/-innen, die auf diese Frage geantwortet haben, die Vorbereitung auf die beruflichen Anforderungen durch die aktuelle Ausbildung als angemessen bzw. gut. Ein Experte verwies auf die Heterogenität der Ausbildung in Abhängigkeit vom Ausbildungsort (Landesteil). Gleiches ist für A festzuhalten, wo fünf der neun antwortenden Expert/-innen eine gute Vorbereitung auf berufliche Aufgaben durch die derzeitige Ausbildung sahen. Lediglich ein Experte konstatierte eine unzureichende Passung von Ausbildung und Berufspraxis.

Stärken der Ausbildung

Acht der befragten Expert/-innen in D hoben die starke berufspraktische Orientierung der deutschen Physiotherapieausbildung als wesentliche Stärke hervor. Sie verwiesen auf eine gute praktische Ausbildung im engeren Sinne, in der insb. eine gute Anbahnung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, wie z. B. in Bezug auf die Anwendung manueller Techniken und die

direkte Arbeit am und mit den Patient/-innen möglich ist.

Die vier französischen Expert/-innen waren sehr verhalten bei der Benennung von Stärken der aktuellen Physiotherapie-Ausbildung. Lediglich ein Experte bewertete die Praktika im Krankenhaus sowie die Integration praktischer Erfahrungen durch die Dozenten als positiv. In diesem Zusammenhang wurde auch auf die derzeitige Umgestaltung der Ausbildung im Zuge der Einführung eines Bachelor-Master-Doktorat-Systems – aufgrund der Bologna-Erklärung – hingewiesen.

Drei der befragten Expert/-innen in GB benannten die Kenntnisse im wissenschaftlichen Arbeiten sowie ein generell hohes Niveau der herausgebildeten Fähigkeiten und Kompetenzen als Stärken der britischen Physiotherapie-Ausbildung. Auch die Arbeit mit Fallvignetten innerhalb der Ausbildung wurde als positiv hervorgehoben. Dadurch würden die Student/-innen nach Einschätzung eines Experten gut auf die „klinische Seite des Berufes“ (PT 321) vorbereitet.

Auch drei Expert/-innen in NL benannten die Vermittlung von Forschungskompetenz sowie einer breiten theoretischen Basis als Stärke der Physiotherapieausbildung in ihrem Land. Zudem wurden die Berücksichtigung von Innovationen und die Vorbereitung auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit positiv bewertet.

Acht der befragten Expert/-innen in A hoben ebenfalls die Integration wissenschaftlicher Kompetenzen in die Ausbildung, welche im Zuge der Akademisierung der österreichischen Physiotherapie-Ausbildung vollzogen wurde, als Stärke hervor. In diesem Zusammenhang wurde auch auf eine gute Ausstattung der Fachhochschulen, z. B. mit Bibliotheken, sowie die „Einführung zukunftsorientierter Veränderung“ (PT 511) verwiesen.

Schwächen und Verbesserungsvorschläge bezüglich der Physiotherapie-Ausbildung

Die Schwächen der derzeitigen Ausbildungsgänge in allen fünf Vergleichsländern sind v. a. in drei Bereichen zu finden: (1) Vermittlung notwendiger Kompetenzen i. S. fehlender oder defizitärer Ausbildungsinhalte, (2) Ausbildungsqualität und (3) Organisation der Ausbildung.

In D führten sechs der befragten Expert/-innen im Bereich der Ausbildungsinhalte v. a. die fehlende Vermittlung von evidenzbasierten Arbeiten sowie Forschungskompetenz an. Darüber hinaus wurden v. a. in Einzelnennungen defizitäre Bereiche bei der Vermittlung von verschiedenen Kompetenzen aufgezeigt. Dies sind insb. die Interdisziplinarität, Klienten- und

Teilhabeorientierung, Schulung der Reflexionsfähigkeit, Aspekte des physiotherapeutischen Prozesses, Gesprächsführung, psychosoziale Inhalte, Methoden der Leistungserfassung und des Qualitätsmanagements sowie Konzepte i. S. von „Lernen zu lernen“. Im Hinblick auf die Ausbildungsqualität wurden in Einzel- oder Doppelnennungen durch drei Expert/-innen die schulischen Auswahlverfahren, die häufig fehlende akademische Qualifikation der Lehrkräfte sowie die fehlenden bzw. nicht verbindlichen Qualitätsstandards kritisiert. Im Bereich der Ausbildungsorganisation sahen sieben der Befragten Schwachpunkte. Diese betreffen zum einen die Fokussierung auf Tätigkeiten im Krankenhaus, während andere Tätigkeitsfelder, bspw. die Arbeit mit chronisch Kranken, gar nicht oder nur sehr wenig einbezogen werden. Zum anderen kritisierten die Teilnehmer/-innen, dass Inhalte ohne Praxisrelevanz vermittelt werden und die Ausbildung zu wenig an die sich ändernden Anforderungen des Berufes angepasst ist. Zudem wurde in einer Einzelnennung die Ausbildungszeit insgesamt sowie die Zeit der praktischen Ausbildung als unzureichend angesehen.

Zur Verbesserung der Ausbildung schlugen drei deutsche Expert/-innen die Einführung von primärqualifizierenden, interdisziplinären und spezialisierenden Studiengängen für Physiotherapeut/-innen, und damit die Verlagerung der Ausbildung in das Hochschulsystem, sowie einheitlichere und klarere Vorgaben zur Ausgestaltung der Ausbildung vor. Drei Expert/-innen forderten darüber hinaus mit dem Abitur eine Erhöhung der Zugangsvoraussetzung sowie eine Erhöhung der Qualifikationsanforderungen für Lehrende der Physiotherapie-Ausbildung. Zudem müssten nach Einschätzung der Befragten aktuelle Curricula schneller an die sich wandelnden Anforderungen des Berufes angepasst und v. a. wissenschaftliche, kommunikative und personale Kompetenzen in die Ausbildung integriert bzw. deren Erwerb stärker gefördert werden. In Einzelnennungen wurde zudem eine stärkere physiotherapeutische Orientierung und Theoriebasierung der Ausbildung eingefordert.

In F gab es durch die fünf befragten Expert/-innen im Hinblick auf die Schwächen der Ausbildung v. a. Einzelnennungen in den Bereichen theoretische Wissensvermittlung und Ausbildungsorganisation. Kritisiert wurden die fehlende Vermittlung von Forschungskompetenz sowie die unzureichende Vorbereitung auf die Arbeit in einer eigenen bzw. Gemeinschaftspraxis, wobei gerade in F viele Physiotherapeut/-innen diesen Weg wählen. In diesem Zusammenhang wurde auf den Mangel an Praktika in niedergelassenen Praxen sowie die defizitäre Vermittlung gesundheitsökonomischer Aspekte verwiesen. Ein Experte beurteilte die derzeitige Wissensvermittlung

während der Ausbildung als generell *nicht* evidenzbasiert und die Ausbildungszeit insgesamt als zu kurz. Ein weiterer kritisierte, dass es für die derzeitige französische Physiotherapie-Ausbildung keine staatliche Anerkennung auf universitärem Niveau und keine Möglichkeiten der Ausdehnung der Ausbildungszeit gibt.

Als Verbesserungsmöglichkeiten benannten drei französische Expert/-innen die Öffnung der Ausbildung zum universitären Bereich und zur Forschung sowie eine Reorganisation der Ausbildung, welche eine Verlängerung der Ausbildungszeit, die Anerkennung auf Masterniveau sowie das Absolvieren des medizinischen Grundbildungsjahres (PACES) auch für angehende Physiotherapeut/-innen einschließt.

In GB benannten drei der neun Expert/-innen in Einzelnennungen Schwächen der Ausbildung. Während auf der einen Seite die Arbeit mit Fallvignetten als besondere Stärke der Ausbildung hervorgehoben wurde, nannten sie gleichzeitig die fehlende bzw. ungenügende Konfrontation mit realen Patient/-innen als Schwäche. Zudem wurde kritisiert, dass die Ausbildung zu wenig auf die Arbeit im therapeutischen Team vorbereitet und die Bedeutung von Forschung nicht ausreichend wahrgenommen wird. Ein Experte konstatierte, dass die dominierende Leistungserbringung von Physiotherapie in Krankenhäusern oder deren ambulanten Abteilungen die britische Physiotherapie-Ausbildung beeinflusst, da diese kaum auf die Arbeit in Praxen vorbereiten würde.

Einzelnennungen von vier Expert/-innen in GB betrafen Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die Schaffung adäquater Karrierewege und Entwicklungsmöglichkeiten anstatt die Ausbildung weiter zu „überladen“ (PT 312), die bessere Ausbildung von Forschungskompetenz und Reflexionsvermögen sowie die Berücksichtigung demografischer Entwicklungen. Zudem müsse die Ausbildung besser auf die Gemeindevorsorge und das Management multimorbider, älterer Menschen vorbereiten.

Für NL zeigten insg. sechs Expert/-innen Schwächen der Physiotherapie-Ausbildung auf. Dabei kritisierten mehrere Befragte, dass die Vermittlung theoretischer Grundlagen sowie die direkte praktische Ausbildung ungenügend sind. Zudem beklagte ein Experte die fehlende Priorisierung bei den Ausbildungsinhalten und verwies auf eine sehr individuelle Kompetenzentwicklung bei den Studierenden. Im Hinblick auf die Organisation der Ausbildung konstatierte ein weiterer, dass die Anforderungen an das berufsvorbereitende Praktikum zu gering wären. Weiterhin merkte er an, dass es eine Kontrolle und Beurteilung der Praktika durch die Praxiseinrichtung und nicht durch die Schulen geben müsste.

Zur Verbesserung der Ausbildung schlugen drei der acht niederländischen Expert/-innen in Einzelnennungen die frühzeitige Anpassung der Curricula an absehbare politische und gesellschaftliche Entwicklungen sowie eine stärkere Ausrichtung auf die integrierte Versorgung vor. Zudem wurde darauf verwiesen, dass die Ausbildung eine breite theoretische Basis liefern und die Spezialisierung der einzelnen Physiotherapeut/-innen erst nach der Ausbildung erfolgen sollte.

In A gab es durch sechs Expert/-innen im Hinblick auf die Schwächen der Ausbildung v. a. Einzelnennungen in den Bereichen der Ausbildungsorganisation und der -qualität. Insbesondere die direkte praktische Ausbildung, welche sich nach Einschätzung der Expert/-innen durch die Verlagerung der Ausbildung an die Fachhochschulen verschlechtert hat, wurde als Schwäche herausgestellt. Zu wenig Praxisstunden, zu kurze Praktika, zu wenig Varianz bei den behandelten Patient/-innen sowie zu wenig Raum für den Theorie-Praxis-Transfer waren dabei die Hauptkritikpunkte. In einer Einzelnennung wurde zudem auf eine insgesamt zu kurze Ausbildungszeit verwiesen. Ein Experte kritisierte hinsichtlich der Ausbildungsqualität, dass es zu wenig festangestelltes Lehrpersonal gibt und die Qualifikation der Lehrkräfte oft ungenügend sei. Zur Vermittlung notwendiger Kompetenzen wurde lediglich von einem Experten eine ungenügende Integration kommunikativer Aspekte angemerkt.

Als Verbesserungsmöglichkeiten benannten jeweils drei österreichische Expert/-innen die Verlängerungen der Gesamtausbildungszeit, z. B. drei Jahre Bachelorprogramm plus ein Jahr Praktikum, sowie die Schaffung von mehr Raum für praxisbezogenen Unterricht. In Einzelnennungen wurde zudem auf eine notwendige Festigung der fachhochschulischen Strukturen, inkl. benötigter Forschungsgelder, die Schaffung einer bundesfinanzierten Master-Ausbildung sowie die Einforderung eines Praxisnachweises für Lehrkräfte verwiesen. Hinsichtlich der Ausbildungsinhalte wurde der Einsatz moderner Medien, wie z. B. E-Learning, sowie die Stärkung kommunikativer und personaler Kompetenzen als Verbesserungsmöglichkeiten ausgewiesen.

Die von den in der vorliegenden Studie befragten Expert/-innen genannten Verbesserungsvorschläge bzgl. der Ausbildung von Physiotherapeut/-innen in den Vergleichsländern sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst (s. Tab. 4.2.4). Bei einigen Verbesserungsvorschlägen handelt es sich um Einzelnennungen; andere wurden von mehreren Personen angeführt. Trotz der begrenzten Verallgemeinerbarkeit der hier gesammelten Einschätzungen lassen sich einige Auffälligkeiten feststellen.

Tabelle 4.2.4: (Einzel- und Mehrfach-)Vorschläge zur Verbesserung der Physiotherapieausbildung

	D	F	GB	NL	A
Anpassung der Ausbildungsinhalte (Theorie)					
- Erhöhung bestimmter Inhalte, z. B. Kommunikation (D, A), Sozial- und Geisteswissenschaften (D), Fachkompetenzen/Clinical Reasoning/ Differentialdiagnostik (D), wissenschaftliche Kompetenzen (D, F, GB), Betriebswirtschaftslehre/Management- und Führungskompetenzen (D, GB)	X	X	X		X
- Berücksichtigung neuer Arbeitsfelder aufgrund demografischer und technologischer Entwicklungen	X		X	X	
- Fokussierung auf Grundlagenwissenschaften, stärkere physiotherapeutische Orientierung, Priorisierung bei Auswahl spezifischer Techniken u. Konzepte	X			X	
- Reduktion bestimmter Inhalte, z. B. ärztliche Interventionen (D), Anzahl physiotherapeutischer Techniken und Konzepte (NL)	X			X	
- Verbesserung der Ausbildung sozialer Kompetenzen in Bezug auf die Kommunikation und soziale Interaktion	X				X
- Verbesserung der Ausbildung personaler Kompetenzen wie Reflexionsvermögen, Entscheidungskompetenz, Kritikfähigkeit	X		X		X
Praktische Ausbildung					
- Erhöhung des praktischen Ausbildungsanteils, (mehr) Konfrontation mit realen Patienten			X		X
- Verbesserung differentialdiagnostischer Fähigkeiten (Clinical Reasoning) zur Vorbereitung auf Direktkontakt	X		X		
- Einbezug neuer/zukünftiger Arbeitsfelder → Integrierte Versorgung (NL), Gemeindepflege (GB), Chronisch Kranke (D), Selbstständigkeit (F)	X	X	X	X	
- Anforderungen an Praktika → Kontrolle & Beurteilung durch Praxis-einrichtung, höhere Anforderungen				X	
Übergeordnete Kriterien & Ausbildungsqualität					
- Bundesweit gültige Ausbildungsrichtlinien	X				
- Zeitnahe Anpassung der Ausbildungsprogramme/Lehrpläne an aktuelle Kontexte und zukünftige Notwendigkeiten	X	X	X	X	
- Standards für die Qualifikation der Lehrkräfte → Akademisierung (D), Praxisnachweis (A)	X				X
- Akademisierung der Physiotherapie-Ausbildung, Anerkennung auf Masterstufe (F)	X	X			X
- Verlängerung der Erstausbildung		X			X
- Einführung spezialisierter (Weiterbildungs-)Studiengänge (D), Masterausbildung (A), Schaffung von Karrierewegen (GB)	X		X		X
- Fokus auf Theorie-Basierung und Schaffung einer breiten theoretischen Basis → Verlegung von Spezialisierungen auf Zeitraum nach der Ausbildung	X		X	X	

So ist auffallend, dass neben den Expert/-innen in D, F und A auch die Befragten der beiden Länder mit Direktkontakt (GB, NL) die aktuelle praktische Ausbildung als defizitär benannten. V.a. aufgrund der unzureichenden praktischen Ausbildung und der benannten Defizite bei den Ausbildungsinhalten sehen 30 der befragten Expert/-innen aller fünf Vergleichsländer bei Berufsanfängern einen regelmäßigen Unterstützungsbedarf. Dieser ist insb. im klinischen Bereich, z. B. beim „Clinical Reasoning“ oder in der direkten Therapie, und bei übergeordneten Aufgaben, wie Arbeitsstrukturierung, Theorie-Praxis-Transfer sowie der Einhaltung von Gesetzen und Vorschriften zu sehen, aber auch in der Entwicklung personaler Kompetenzen. Jeweils ein Experte aus D und GB sah daher die Einführung eines Mentorensystems zur Betreuung und Praxisanleitung von Berufsanfängern als unumgänglich an.

Abschließend kann festgehalten werden, dass die Expert/-innen aller fünf Vergleichsländer mehrheitlich zu dem Schluss kommen, dass Physiotherapeut/-innen nach der Ausbildung nicht mehr nur Expert/-innen ihres Fachs sein müssen, sondern mehr denn je auch Interprofessionalität und Fähigkeiten, wie Teamarbeit, Kommunikation und (Schnittstellen-)Management vorweisen müssen. Physiotherapeut/-innen der Zukunft sind keine spezialisierten Einzelkämpfer, sondern interagierende Teamplayer (vgl. Zillessen 2011, S. 10). Dies gilt es nach Einschätzung der befragten Expert/-innen in den Ausbildungen zu berücksichtigen.

V.a. auch das lebenslange Lernen wurde von den Expert/-innen aller fünf Länder mehrheitlich als unerlässlich angesehen, da die Erstausbildung nicht alle Fähigkeiten und Kenntnisse bereitstellen kann. In diesem Zusammenhang stimmten die Befragten überwiegend auch dahingehend überein, dass die derzeit im Sektor der Fort- und Weiterbildung vermittelten Inhalte weitestgehend nicht in die Ausbildung zu überführen sind, da die Curricula in den einzelnen Ländern wenig bzw. keinen Raum für die Integration zusätzlicher Inhalte bieten (D, GB, A) bzw. eine „Überladung“ (PT 312) vermieden werden sollte. Aspekte, die als sinnvolle Ergänzung der derzeitigen Ausbildung von mehreren Expert/-innen angesehen wurden, sind: Kommunikation und Gesprächsführung (NL, A) sowie „Evidence-based Practice“ (D, NL). Ein deutscher Experte betonte ebenfalls die Vorbereitung auf den Erstkontakt durch „Clinical Reasoning“ und Differentialdiagnostik. Einige Befragte aus D, F und A merkten zudem an, dass die derzeitigen Fort- und Weiterbildungsangebote in ihrer Qualität sehr heterogen sind.

Beurteilung der Akademisierung der Physiotherapie-Ausbildung

Die Einschätzungen der Expert/-innen hinsichtlich der Einführung von Bachelor- und Masterstudiengängen fielen in den Vergleichsländern GB, NL und A heterogen aus. Allgemein schätzten die Länderexpert/-innen aus GB und A die Akademisierung der Ausbildung als positiv bis sehr positiv ein. Vier Expert/-innen aus GB bezeichneten diesen Schritt als ganz entscheidend für die Entwicklung des Berufes und der Berufsangehörigen selbst, und auch ein österreichischer Experte merkte an, dass dadurch der Beruf der Physiotherapie nicht mehr „weggeredet“ werden kann (PT513), sondern nun auf Augenhöhe mit der Medizin agiert. Dagegen kritisierten vier der 14 Expert/-innen aus A, dass seit der Überführung an die Hochschulen die Ausbildung insgesamt und insb. der praktische Ausbildungsanteil zu kurz ausfallen. Ihrer Einschätzung nach wird bei der Fokussierung auf die Anbahnung wissenschaftlicher Kompetenzen in der Ausbildung dabei zu wenig Wert auf die Anbahnung physiotherapeutisch-fachlicher und sozialer Kompetenzen gelegt.

Fünf Expert/-innen in NL beurteilten die Akademisierung der Ausbildung mit moderat bis gut und drei der Befragten kritisierten, dass insb. die Einführung von Masterstudiengängen einerseits zwar der Qualitätssicherung der Physiotherapie zugute kommt, andererseits aber auch mit Qualitätseinbußen der Bachelorstudiengänge einhergeht. Dies hätte in NL dazu geführt, dass in aktuellen Diskussionen eine generelle Ausbildung von Physiotherapeut/-innen auf Masterniveau gefordert wird.

Die Expert/-innen in D und F beurteilten eine mögliche Verlagerung der Erstausbildung in den tertiären Sektor mehrheitlich als sinnvoll und zwingend notwendig. Lediglich ein Experte aus D äußerte, dass eine Akademisierung der Ausbildung nicht erwünscht sei, da es auch Praktiker/-innen an der Basis geben müsse und nicht nur wissenschaftlich arbeitende Physiotherapeut/-innen. Dabei ist anzumerken, dass die Verlagerung in F voraussichtlich mit dem Studienjahr 2013/2014 stattfinden soll, während dies in D ein Thema der aktuellen berufspolitischen Diskussionen ist.

In D war zudem zu diesem Themenfeld die bisherige, an einigen Orten vorgenommene Einführung von Bachelor- und Masterstudiengängen, z. B. auch im Rahmen von Modellprojekten zu beurteilen. Dies fiel mehrheitlich positiv aus, wobei auch hier Kritikpunkte, wie ein unüberschaubarer Wildwuchs an Studiengängen mit heterogener Qualität bzgl. der Inhalte und Anforderungen oder zu wenig physiotherapeutische Orientierung, angebracht wurden. Ein Experte befürchtete

tete eine „Zweiklassen-Physiotherapie“ (PT 135), was in seinen Augen die zwingende Notwendigkeit einer kompletten Verlagerung der Erstausbildung in den tertiären Sektor verdeutlicht.

4.2.3.2 Veränderungen in der Berufspraxis von Physiotherapeut/-innen

In einem zweiten Themenkomplex wurde erfragt, welche Veränderungen in den Rahmenbedingungen der letzten Jahre die Berufsausübung positiv bzw. negativ beeinflusst haben. Darüber hinaus wurden die Expert/-innen gebeten einzuschätzen, welche patientennahen sowie übergreifenden Aufgaben in den verschiedenen Arbeitsfeldern von Physiotherapeut/-innen von besonderer Bedeutung sind und welche Kompetenzen hierfür benötigt werden. Dies schloss auch eine Frage nach der aktuellen und zukünftigen Bedeutung verschiedener Aspekte physiotherapeutischer Arbeit ein, bspw. Teilhabe- und Ergebnisorientierung, Evidenzbasierung sowie Zusammenarbeit und Kooperation.

Veränderungen in den Rahmenbedingungen

Die befragten Expert/-innen aller Vergleichsländer nannten mehrheitlich den Kostendruck im Gesundheitswesen sowie die gesundheitspolitischen Entwicklungen in den einzelnen Ländern als entscheidende Einflussfaktoren auf die Berufsausübung von Physiotherapeut/-innen.

So erschweren ihrer Einschätzung nach die Defizite in der Finanzierung der Leistungserbringung bspw. die Akademisierungsbemühungen des Berufs in D und F, da eine erhöhte Vergütung bei universitärem Abschluss diese Defizite weiter ansteigen ließe. In den anderen Ländern merkten einzelne Expert/-innen an, dass der Kostendruck im Gesundheitswesen v. a. zu einem Stellenabbau innerhalb des NHS (GB) bzw. in stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens (A) für Physiotherapeut/-innen führt, was besonders in A viele in die Selbstständigkeit drängt und es, als Folge eines verstärkten Wettbewerbes, zu „sinkenden Preisen“ (PT 534) kommt.

Die Honorarsperre für Physiotherapeut/-innen in F führt nach Einschätzung eines Experten zu Qualitätseinbußen, da für gleiches Gehalt mehr Behandlungen als früher durchgeführt werden müssen. Auf der anderen Seite, so vermerkte ein weiterer Experte, kommt es in F aufgrund des Ärztemangels in ländlichen Gebieten zu einer Delegation ärztlicher Aufgaben an Physiotherapeut/-innen, die als „Arztersatz“ (PT 211) bei chronischen Erkrankungen und geringfügigen Traumata tätig werden.

In D, GB, NL und A sahen die befragten Expert/-innen, bedingt durch gesundheitspolitische Veränderun-

gen, mehrheitlich die Physiotherapeut/-innen unter zunehmendem Druck, ihren Beitrag an der gesundheitlichen Versorgung der Patient/-innen nachzuweisen. Um dieser Entwicklung entgegenwirken zu können, forderten die Befragten verstärkt evidenzbasiertes und wissenschaftlich orientiertes Arbeiten ein. Zudem führt die stärkere Wissenschaftsorientierung nach Einschätzung einiger Expert/-innen aus D, F und NL zu einer erhöhten Anerkennung des Berufs bei anderen Berufen, bspw. bei Medizinerinnen, und zu einem erhöhten Selbstbewusstsein der Physiotherapeut/-innen, was die Entwicklung einer evidenzbasierten Berufspraxis weiter vorantreiben würde.

Auch die demografische Entwicklung der Länder wurde von drei Expert/-innen in D und einem Experten in NL als entscheidender Einflussfaktor angeführt. So haben die Alterung der Gesellschaft, aber auch die soziostrukturelle und kulturelle Entwicklung zu einer gestiegenen Nachfrage nach Gesundheit, insb. auch nach Physiotherapie sowie zu einem erhöhten Konkurrenzdruck zwischen den Berufsgruppen im Gesundheitswesen und dem freien Gewerbe geführt. Hier kam der niederländische Experte zu dem Schluss, dass Physiotherapeut/-innen zukünftig verstärkt gefordert sind, sich bspw. zum Wellnessbereich im freien Gewerbe abzugrenzen und zu profilieren.

Aufgaben/Tätigkeiten von besonderer Bedeutung für Physiotherapeut/-innen

Die von den Expert/-innen aller fünf Vergleichsländer mehrheitlich benannten patientennahen sowie übergeordneten (patientenfernen⁴⁸) Aufgaben und Tätigkeiten von besonderer Bedeutung für Physiotherapeut/-innen lassen sich im Wesentlichen den in Tab. 4.2.5 benannten Themenfeldern zuordnen. Dabei hängt die Art und Anzahl der Nennungen in den Vergleichsländern ganz wesentlich mit der unterschiedlichen Anzahl an Befragungsteilnehmern zusammen. Eine Schlussfolgerung dahingehend, dass eine Nichtnennung gleichbedeutend mit einer Nichtrelevanz in den einzelnen Ländern einhergeht, ist nicht ableitbar. Vielmehr muss berücksichtigt werden, dass in einigen Ländern die aktuellen Diskussionen anderer Art – als bspw. in D – sind, sodass derartige Aspekte nicht diskutiert werden und damit nicht präsent bzw. möglicherweise auch so selbstverständlich sind, dass sie im Zusammenhang mit der Frage nicht genannt wurden, wie z. B. Aspekte der Dokumentation und Evaluation sowie der Kommunikation und Kooperation in GB.

48 Gemeint sind die Tätigkeiten, die nicht unmittelbar am Patienten ausgeführt werden, jedoch in engem Zusammenhang mit der Patientenversorgung stehen, wie z. B. die Nachbearbeitung von Untersuchungen und Dokumentationsaufgaben.

Tabelle 4.2.5: Patientennahe sowie übergeordnete Aufgaben mit besonderer Bedeutung in der Berufspraxis von Physiotherapeut/-innen aus Sicht der befragten Expert/-innen

Aufgaben	D	F	GB	NL	A
Tätigkeiten im physiotherapeutischen Prozess	X	X	X	X	X
- Diagnostik, Untersuchung, Assessment (D, GB, NL, A) - Entscheidungsfindung, „Clinical Reasoning“ (D, GB, NL, A) - Therapieplanung (D) & Therapie (D, F, GB, NL, A) - Ergebniskontrolle, Evaluation (D, F, NL) - Dokumentation (D, NL, A)					
Kommunikation	X	X		X	X
- Wissensvermittlung (F) - Vertrauen zum Patienten aufbauen (F, NL)					
Kooperation	X	X		X	X
- mit Fachkolleg/-innen (D, F, NL, A), anderen Berufsgruppen (D, F, NL, A), Patient und Angehörigen (D, A)					
Administrative Aufgaben	X		X	X	X
- Personalführung (D, GB) - Betriebswirtschaftliche Aufgaben, z. B. Abrechnungen (D, F, A) - Organisation, Management der eigenen Aufgaben (D, GB, NL, A) und der Praxis (D, A)					
Qualitätsmanagement	X	X		X	X
- Qualitätskontrolle und -sicherung (D, F, NL, A) und Risikomanagement (A)					
Ausbildung und Weiterqualifizierung	X	X	X	X	X
- Erstellung von Ausbildungscurricula (D) - Ausbildung von Lernenden/Praktikumsanleitung/Coaching (D, GB, NL, A) - Durchführung von Schulungen für andere Berufsgruppen (D)					
Forschung/Evidence-based Practice	X		X	X	X
- Einbindung und Durchführung von Forschungsprojekten (D, GB, NL) - „Evidence-based Practice“ (D, NL), wissenschaftliches Arbeiten (A) - nationaler und internationaler Austausch (D, GB)					
Repräsentation & Weiterentwicklung des Berufsstandes	X			X	X
- Akademisierung (D) - EBP & Leitlinienentwicklung (D) - Berufs(bild)entwicklung (NL)					

Als Aufgaben von besonderer Bedeutung für die Arbeit von Physiotherapeut/-innen führten die Befragungsteilnehmer/-innen verschiedene Aspekte des physiotherapeutischen Prozesses an. Hierzu zählten sie insb. die Befunderhebung und Diagnostik, klinische Entscheidungsfindung (Clinical Reasoning) sowie die therapeutische Behandlung, welche von nahezu allen Länderexpert/-innen (D, GB, NL, A) mehrheitlich hervorgehoben wurden. Vereinzelt wurden darüber hinaus noch die Evaluation (D, F, NL) und die Dokumentation (D, NL, A) angeführt.

Weiterhin nannten die Expert/-innen aus D, F, NL und A als bedeutende Aufgaben mehrheitlich die Kommunikation und Kooperation, die sowohl Patient/-innen und Angehörige als auch Kolleg/-innen des eigenen Berufs und anderer Gesundheitsberufe sowie alle Überweiser von Physiotherapie, d. h. insb. Ärzt/-innen, Ergotherapeut/-innen, Pflegende und Logopäd/-innen betrifft. Physiotherapie wird in allen Ländern als Teamarbeit verstanden. Ein deutscher Experte sah die Physiotherapeut/-innen sogar als „Fallmanager“ (PT 165) zur Füllung von Kommunikationslücken im therapeutischen Team. Fast alle Expert/-innen aus den fünf Vergleichsländern betonten, dass die Zusammenarbeit und Abstimmung innerhalb der Physiotherapie sowie mit anderen Berufsgruppen eine hohe bis sehr hohe Bedeutung hat. Zudem gelangten die Teilnehmer/-innen in D, NL und A zu dem Schluss, dass dort, wo Zusammenarbeit und Kooperation aktuell noch zu wenig Bedeutung erfahre, sich diese für die Zukunft weiterentwickeln müsse.

Als wesentliche übergreifende Aufgabenfelder für Physiotherapeut/-innen sahen die befragten Länderexpert/-innen v. a. Wissenschaft und Forschung (D, GB, NL, A), Qualitätssicherung und -management (D, F, NL, A), Organisation und Administration (D, GB, NL, A) sowie Aus- und Weiterbildung (D, F, GB, NL, A), welche von jeweils mehreren Befragten der fünf Vergleichsländer genannt wurden.

Darüber hinaus wurde die Repräsentation und Weiterentwicklung des eigenen Berufes von den Expert/-innen aus D, NL und A mehrheitlich als zentral angesehen. Eine zunehmend größere Bedeutung übergeordneter Aufgabenfelder wurde lediglich von einigen wenigen Befragten aus D und A im Hinblick auf eine steigende Konkurrenz zwischen den Therapieberufen und eine erforderliche Neudefinition der Aufgabenfelder hervorgehoben.

Auf die Frage, inwieweit die physiotherapeutische Arbeit ergebnisorientiert und dem Kontext angemessen, klienten- und teilhabeorientiert sowie evidenzbasiert sein und einem stetigen Reflexionsprozess unterliegen sollte, kamen die Expert/-innen der fünf Vergleichsländer zu ähnlichen Schlüssen:

Ergebnisorientiertes und kontextangemessenes Arbeiten wurde in der Wahrnehmung jeweils einzelner Expert/-innen aus D, GB, NL und A gegenwärtig noch zu wenig vollzogen. Dabei maßen sie diesem Aspekt durchweg eine hohe bis sehr hohe aktuelle und auch zukünftige Bedeutung für die Berufsausübung von Physiotherapeut/-innen bei. Gleiches wurde für den Bereich der Klienten- und Teilhabeorientierung durch die Teilnehmer/-innen aller fünf Vergleichsländer konstatiert. Sie sahen darin einen unerlässlichen Faktor für die physiotherapeutische Arbeit.

Auch der evidenzbasierten Therapie schrieben die Expert/-innen aus D, F, GB, NL und A gleichermaßen eine hohe bis sehr hohe Bedeutung zu. Dieser Aspekt wurde als wesentlich und unverzichtbar für die aktuelle und auch zukünftige Arbeit beschrieben, wobei einige Befragte aus D, F und A anmerkten, dass dies momentan noch zu wenig Anwendung findet bzw. in diesen Ländern physiotherapeutische Forschung erst aufgebaut werden muss.

Dass die eigene physiotherapeutische Arbeit einer stetigen Reflexion der persönlichen Denk- und Entscheidungsprozesse unterliegen muss, hielten die befragten Expert/-innen aus NL mehrheitlich für selbstverständlich. Gleichzeitig wurde angemerkt, dass vor allem junge Kolleg/-innen dies auch bereits umsetzen. Auch die Expert/-innen aus GB konstatierten überwiegend, dass dies ein beständiger Akt physiotherapeutischer Praxis sein sollte, auch wenn er sehr zeitaufwendig ist. Mehrere Expert/-innen aus D, F und A maßen der Selbstreflexion ebenfalls eine hohe bis sehr hohe Bedeutung bei. Dabei merkten einige aber auch an, dass der Herausbildung von Reflexionsfähigkeit zukünftig wesentlich mehr Bedeutung beigemessen werden muss, als es aktuell in diesen Ländern der Fall ist.

Benötigte Kompetenzen, um Aufgaben/Tätigkeiten von Physiotherapeut/-innen zu erfüllen

Nach Einschätzung der Expert/-innen aus D, F, GB, NL und A spielen bei den Fachkompetenzen insb. gute berufliche Fähigkeiten und Fertigkeiten, das Beherrschen des „Clinical Reasoning“ sowie ein hohes Fachwissen eine entscheidende Rolle für die Erfüllung der o. g. Aufgaben.

Darüber hinaus hoben die befragten Expert/-innen aller fünf Vergleichsländer mehrheitlich v. a. die Forschungskompetenz und wissenschaftliches Arbeiten, die Umsetzung einer evidenzbasierten Praxis, die Fähigkeit zu selbstständigem Lernen, Basiskenntnisse in Betriebswirtschaft, Management und Ökonomie, Organisationstalent sowie Fremdsprachenkenntnisse

als entscheidende Aspekte der beruflichen Handlungskompetenz von Physiotherapeut/-innen hervor.

Auch wurden die Themen Gesprächsführung und Kommunikation, Kooperation und Teamfähigkeit sowie Empathie für wichtig befunden. Weitere Nennungen der Expert/-innen aller Länder im Hinblick auf bedeutsame Kompetenzen betrafen v. a. die Selbstreflexionsfähigkeit, Selbst-/Eigenständigkeit, Verantwortungsbewusstsein sowie Begeisterungsfähigkeit, Flexibilität und Innovationsfähigkeit. Eine hohe Lern- und Entwicklungsbereitschaft, Motivation sowie Neugier und Interesse sind nach Einschätzung der Expert/-innen zudem notwendige Kompetenzen im Hinblick auf den Aspekt des lebenslangen Lernens, welchem durch die Befragten mehrheitlich eine hohe bis sehr hohe Bedeutung beigemessen wurde.

Vorschläge der Expert/-innen zur Weiterentwicklung des Berufsprofils und der Berufspraxis

Einige Expert/-innen aus F, GB und NL sahen für die Zukunft eine notwendige Erweiterung des Handlungsspielraumes in Bezug auf die berufliche Weiterentwicklung von Physiotherapeut/-innen, wobei im Fall der Befragten aus GB auch explizit nationale und internationale Entwicklungsspielräume gefordert wurden.

Hinsichtlich der *Tätigkeitsinhalte* nannten drei Expert/-innen aus D die zukünftige Notwendigkeit des evidenzbasierten Arbeitens sowie eine stärkere Klienten- und Teilhabeorientierung. Darüber hinaus forderte ein Experte die Ausübung einer zentralen Steuerungsfunktion innerhalb des therapeutischen Teams. Die Delegation ärztlicher Aufgaben an Physiotherapeut/-innen, bspw. im Bereich der bildgebenden Diagnostik (F), die stärkere Ausrichtung auf eine integrierte Versorgung und bessere Ausfüllung ihrer Rolle als Bewegungsscoach (NL) sowie die Berechtigung zu Akupunktur, Laktatabnahmen und Atemgasanalysen (A) wurden weiterhin in Einzelnennungen als zukünftige Tätigkeitsinhalte für Physiotherapeut/-innen genannt.

Im Hinblick auf die *zukünftige Berufsausübung* nannten die Expert/-innen aus D mehrheitlich sowie ein Experte aus A die Einführung des Direktzugangs als zentralen Änderungsbedarf. Ebenfalls als Einzelnennung wurde in A mehr eigenständiges Arbeiten gefordert, was durch eine Überweisung zur Physiotherapie ohne ärztliche Verordnung konkreter Therapiemaßnahmen denkbar wäre. Weiterhin wurden mehrheitlich die Stärkung des interdisziplinären Arbeitens, der Ausbau von Kommunikation und Kooperation zwischen den Berufen sowie die Einführung einer einjährigen Berufstätigkeit als Voraussetzung für die Selbstständigkeit durch die österreichischen Expert/-innen genannt.

Letztlich betonten die Befragten in D und NL in Einzelnennungen zudem auch den Bedarf einer besseren Vergütung physiotherapeutischer Leistungen. Zudem müssten Physiotherapeut/-innen ihr Denken und Handeln verstärkt an ökonomischen Kriterien ausrichten (D) und eine bessere Abstimmung von Angebot und Nachfrage anstreben (NL), was eine stärkere Öffentlichkeitsarbeit (A) mit einschließt.

4.2.4 Erkenntnisse aus der Stellenanzeigenanalyse

Für das Handlungsfeld der Physiotherapie werden die Ergebnisse aus der Stellenanzeigenanalyse im Folgenden für die fünf Vergleichsländer separat wiedergegeben. Dies geschieht unter Berücksichtigung der in Kapitel 2.2.2 benannten methodischen Herausforderungen der Analyse.

Für D wurden insgesamt 191 Anzeigen aus den beiden auflagenstärksten, monatlich herausgegebenen Fachzeitschriften der Physiotherapie – „pt – Zeitschrift für Physiotherapeuten“ und „physiopraxis“ – für das Jahr 2010 analysiert.

Fast alle Anzeigen stammten aus den alten Bundesländern, hier v. a. aus Bayern und Nordrhein-Westfalen. Nur etwa 2% kamen aus den neuen Bundesländern, die damit noch geringer präsent waren als Anzeigen aus dem Ausland. Etwa die Hälfte der Inserate wurde von privaten Physiotherapiepraxen, ein Viertel von Krankenhäusern und ca. 10% aus dem Bereich der Ausbildung aufgegeben. Dabei waren knapp drei Viertel der Stellen unbefristet und in Vollzeit ausgeschrieben. Ca. ein Viertel bezogen sich auf leitende Positionen, wobei lediglich an Berufsfachschulen für diese Positionen explizit ein akademischer Abschluss erwünscht war. In mehr als der Hälfte der Inserate wurden, neben einer abgeschlossenen Physiotherapieausbildung, Zusatzqualifikationen und Weiterbildungen gefordert, wobei am häufigsten Qualifikationen für Manuelle Therapie, Lymphdrainage sowie neurologische Fortbildungen wie Bobath, Vojta oder PNF genannt wurden. In den Stellenangeboten aus Krankenhäusern wurden v. a. für die Fachbereiche Neurologie, Orthopädie und Geriatrie Mitarbeiter/-innen gesucht. Konkrete Beschreibungen der Arbeitsplätze und/oder der geforderten personalen Kompetenzen fanden sich in nur etwa jeder zehnten Anzeige.

Die Analyse für F umfasste 35 Inserate. Es handelte sich um alle für das Jahr 2012 verfügbaren Inserate der Physiotherapiezeitschrift „Kiné actualité“ und der Angebote, die am 31.05.2012 auf der Internetseite <http://www.mkinfo.net> eingestellt waren: ein Portal zu diversen Aspekten der Physiotherapie in F, welches vom Berufsverband zur Recherche nach Anzeigen empfohlen worden war.

Von den 35 Inseraten stammten 21 aus Krankenhäusern, wobei insb. für die Bereiche Rehabilitation, Orthopädie und Neurologie gesucht wurde. Elf Mal inserierten Physiotherapie-Praxen, wobei die Stellen oft nur als Vertretung bzw. befristet für wenige Wochen oder Monate ausgeschrieben waren und keine genaueren Angaben zu Arbeitszeit und -platz enthielten. Krankenhäuser suchten, wenn Angaben dazu gemacht wurden, dagegen vorwiegend Mitarbeiter/-innen für unbefristete Vollzeitstellen. Eine leitende Position wurde nur in einer Anzeige angeboten. Als Qualifikationsanforderung war i. d. R. lediglich die abgeschlossene Berufsausbildung (Diplome d'Etat) genannt. Im Gegensatz zu D wurden in nur zwei Annoncen zusätzliche Qualifikationen wie Manuelle Therapie oder Isokinetik gefordert.

Für GB wurden alle 75 Stellenanzeigen für „physiotherapists“, die im Online-Stellenanzeigenportal des National Health Service – <http://www.jobs.nhs.uk> – am 25.07.2011 verzeichnet waren, analysiert.

Die meisten Stellen waren hier als unbefristete Vollzeitstellen mit einer Wochenarbeitszeit von 37,5 Stunden ausgeschrieben. Lediglich 20% der Anzeigen offerierten befristete (Voll- und Teilzeit-)Stellen. Sie waren entweder mit 18 oder 30 Wochenarbeitsstunden oder als Vertretungen und Aushilfen auf Abruf mit variabler Arbeitszeit angelegt. Die zukünftigen Einsatzfelder waren dabei sehr vielfältig, wobei häufig die Fachbereiche Pädiatrie sowie die Versorgung von Patient/-innen mit muskuloskelettalen Beschwerden und in der Gemeinde genannt wurden. Angaben zu den Anforderungen an die Bewerber/-innen und zum Aufgabenprofil wurden in knapp zwei Drittel der Anzeigen detailliert formuliert. Häufig wurde dabei die Erwartung einer Bereitschaft zu Kenntniserweiterung und persönlicher Weiterentwicklung genannt. Statt konkreter spezifischer Weiter- und Zusatzqualifikationen – wie etwa in D – wurden häufig allgemein Berufserfahrung bzw. Kenntnisse und Kompetenzen in verschiedenen klinischen Bereichen gefordert. Da sich die vorgenommene Analyse auf Stellenanzeigen des NHS beschränkt, können keine Aussagen zu den gesuchten Physiotherapeut/-innen im privaten Sektor, d. h. außerhalb des NHS getroffen werden.

Die Analyse für NL umfasste 78 Anzeigen, die im Online-Stellenanzeigenportal des niederländischen Berufsverbandes – <http://www.fysionet.nl> – am 13.12.2011 verzeichnet waren.

Nahezu alle Stellen kamen aus niedergelassenen Praxen, nur vereinzelt waren Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser oder Gesundheitszentren die Inserenten. Auffällig war, dass kaum unbefristete Vollzeitstellen angeboten wurden, sondern neue Mitarbeiter/-in-

nen überwiegend in Teilzeit, meist für ein bis zwei Tage pro Woche oder mit einer Wochenarbeitszeit zwischen 15 und 35 Stunden gesucht wurden. In mehr als 50% der Inserate war kein spezifischer Aufgabenbereich angegeben. Wenn, dann wurden gehäuft die Bereiche Pädiatrie, Manuelle Therapie, Geriatrie und Sportphysiotherapie genannt. Detaillierte Beschreibungen des zukünftigen Aufgabenbereichs bzw. Arbeitsplatzes und der Anforderungen fanden sich in etwa einem Viertel der Anzeigen. Des Öfteren wurden dabei, neben einer abgeschlossenen Ausbildung, auch Zusatzqualifikationen wie Kinder- oder Becken-Physiotherapie, Manualtherapie und Psychosomatik oder allgemein Berufserfahrungen gefordert. Zu erwähnen ist hier zudem, dass neben der gesetzlich verpflichtenden Registrierung im BIG-Register in 15% der Anzeigen explizit auch eine Registrierung im Qualitätsregister des Berufsverbandes erwartet wurde.

Für A wurden die 67 Inserate analysiert, die im Jahr 2010 sowie in den ersten drei Ausgaben 2011 in der quartalsweise erscheinenden Mitgliederzeitschrift „Inform exklusive“ des österreichischen Berufsverbandes „physio austria“ erschienen sind.

Knapp zwei Drittel der Anzeigen stammte dabei aus Privatpraxen, wobei es sich bei ca. ein Drittel um Gemeinschaftspraxen handelte bzw. vielfach die Arbeit in einem interdisziplinären Team betont wurde. Die übrigen Stellen waren in Krankenhäusern, Ambulanzen und Therapiezentren zu besetzen. Durch den hohen Anteil an Inseraten aus Privatpraxen waren mehr als die Hälfte der Stellen mit freiberuflichen Mitarbeiter/-innen zu besetzen. Leitende Positionen waren nur zweimal ausgeschrieben. Auffällig war, dass nur selten angegeben wurde, ob es sich um eine befristete oder unbefristete Stelle handelt. Häufig wurden flexible Arbeitszeiten bei einer Teilzeitbeschäftigung im Umfang von meist 20 Wochenstunden oder weniger betont. Detaillierte Beschreibungen des zukünftigen Aufgabenbereichs bzw. Arbeitsplatzes sowie der Anforderungen und Rahmenbedingungen fanden sich kaum. Wenn Fachbereiche angegeben wurden, dann waren dies sehr häufig Orthopädie, gefolgt von Chirurgie/Traumatologie und Neurologie. Mehrfach wurden zudem neben einer abgeschlossenen Ausbildung – ähnlich wie in D – Zusatzqualifikationen gefordert; oft ohne diese näher zu benennen.

4.2.5 Erkenntnisse aus der Online-Berufsangehörigenbefragung

4.2.5.1 Zu den befragten Physiotherapeut/-innen und dem verwendeten Fragebogen

Zur Erstellung des für die Berufsangehörigenbefragung (kurz: BAB) in der Physiotherapie eingesetzten Fragebogens wurde unter Berücksichtigung der in Kapitel 2.2.4 skizzierten Weise zum einen das „European Physiotherapy Benchmark Statement“ der Europäischen Region des Weltverbandes der Physiotherapie (vgl. ERWCPT 2003) sowie die Berufsprofile und Kompetenzbeschreibungen für die Physiotherapie in den Vergleichsländern (vgl. HCPC 2012d; KNGF 2006; Mattfeld 2010a, b; ÖBIG 2004a) herangezogen.

Die vorliegende Auswertung der BAB für das Handlungsfeld der Physiotherapie basiert auf 1.553 ausgewerteten Fragebögen, wobei die Verteilung auf die fünf Vergleichsländer sehr unterschiedlich ausfällt (D: 1.117, F: 143, GB: 19, NL: 70, A: 204). Eine detaillierte Beschreibung der Befragungsteilnehmer/-innen bzw. Länderstichproben enthält Anhang B 2.3.

Bei der vorliegenden Auswertung ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der für F, GB und NL geringen Anzahl an auswertbaren Fragebögen keine repräsentativen Aussagen zur Berufsausübung und Ausbildung von Physiotherapeut/-innen in diesen Ländern formuliert werden können. Ferner müssen auch die Aussagen für D und A zurückhaltend getroffen werden, da die Analyse der Länderstichproben Abweichungen zur Gesamtheit der Physiotherapeut/-innen aufzeigt (s. Anhang B 2.3).

Hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsverteilung der Befragungsteilnehmer/-innen sowie ihrer Beschäftigungsverhältnisse, -umfänge und -formen entsprechen die Länderstichproben annähernd der realen Zusammensetzung der Physiotherapeut/-innen in den einzelnen Ländern. Lediglich für GB ist zu berücksichtigen, dass alle Teilnehmer/-innen mind. in der Position eines „senior practitioners“ tätig sind und damit für die meisten dieser Befragten auch Leitungsaufgaben verbunden sind.

Ebenfalls mit Ausnahme von GB konnten die Befragten in allen Ländern Berufserfahrung zwischen „bis zu 5 Jahre“ und „31 und mehr Jahre“ aufweisen. Auffällig ist, dass in NL verhältnismäßig mehr ältere und zugleich berufserfahrenere Physiotherapeut/-innen an der Befragung teilgenommen haben. Gleiches ist für das Handlungsfeld der stationären Langzeitpflege zu konstatieren, wo deutlich mehr Befragungsteilnehmer/-innen in NL tätig sind als in den anderen Ländern (s. Anhang B 2.3).

Mit Ausnahme von F fällt die übrige Verteilung der Angaben zum derzeitigen beruflichen Handlungsfeld in den einzelnen Länderstichproben erwartungsgemäß aus. So sind in D deutlich mehr der befragten Physiotherapeut/-innen im ambulanten Sektor und in F, GB und NL in Krankenhäusern tätig, wobei sich der Anteil für GB zu gleichen Teilen auf den stationären (in-patient) und den ambulanten (out-patient) Krankenhausbereich verteilt. In F dürfte diese Verteilung in der Länderstichprobe nicht der Realität der Gesamtstichprobe entsprechen, da ein überwiegender Anteil der Physiotherapeut/-innen dort in Form von Einzel- oder oft auch Gemeinschaftspraxen den Weg in die Selbstständigkeit sucht (s. Anhang A 9.1). Lediglich in A ist das Verhältnis zwischen Befragten aus dem ambulanten und dem Krankenhausbereich annähernd ausgeglichen, was in etwa der realen Verteilung entspricht.

4.2.5.2 Arbeitsaufgaben entlang des physiotherapeutischen Prozesses

Problemidentifikation, Zielsetzung und Therapieplanung

Die Berufsangehörigenbefragung beinhaltete u. a. eine Reihe von Fragen zu den drei Phasen Problemidentifikation, Zielsetzung und Therapieplanung des physiotherapeutischen Prozesses. Ziel war es, hierbei mögliche Unterschiede zwischen den Vergleichsländern hinsichtlich der eigenständigen Diagnostik, Zielformulierung und Therapieplanung aufzuzeigen, die aufgrund der verschieden ausgeprägten Handlungsautonomie und Zugangswege zur Physiotherapie vermutet wurden. Insbesondere dadurch, dass die Arbeit in D, F und A nur auf (detaillierte) ärztliche Verordnung erfolgt – wobei die Diagnosestellung bei dem Arzt/der Ärztin liegt –, während in GB und NL die Arbeit auch im Direktzugang möglich ist (s. Kap. 4.2.1).

Mit Ausnahme von GB gaben in allen Ländern weit über 90% der Befragten an, regelmäßig Patient/-innen auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung zu untersuchen und zu behandeln. In GB lag dieser Wert geringfügig darunter. Dies zeigt, dass auch in den beiden Ländern GB und NL mit direktem Zugang zur Physiotherapie (direct access, s. Kap. 3.2.3) die Behandlung auf ärztliche Verordnung ein Regelfall der physiotherapeutischen Praxis ist. Darüber hinaus gaben drei Viertel der Befragten in D an, Patient/-innen auch ohne ärztliche Verordnung zu untersuchen und zu behandeln, wobei dies 61% gelegentlich und gut 13% regelmäßig tun. Die Antworten in F fallen ähnlich aus. In GB und NL behandeln knapp die Hälfte der befragten Physiotherapeut/-innen ihre Patient/-innen regelmäßig auch ohne ärztliche Verordnung, was aufgrund

des Direktzugangs zu erwarten war. Auffällig ist, dass in A dieser Anteil am geringsten ist.

Ob es sich in D, F und A bei den physiotherapeutischen Maßnahmen ohne ärztliche Verordnung um Behandlungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bzw. in D auch um Behandlungen nach dem Heilpraktikergesetz (s. Anhang 9.1) handelt, bleibt dabei offen. Es ist jedoch zu vermuten, dass die Handlungspraxis hier andere Bedarfe aufzeigt, als bspw. im Berufsbild der Physiotherapie in D vorgesehen ist, da die Antworten unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben in D überraschend hoch ausfallen.

Die Frage, inwieweit die Formulierung therapeutischer Diagnosen auf der Basis ärztlicher Diagnosen sowie dem eigenen physiotherapeutischen Assessment zum physiotherapeutischen Aufgabenbereich in den Vergleichsländern gehört, wurde unterschiedlich beantwortet. Während in D nur etwa 60% der Befragten regelmäßig therapeutische Diagnosen formulieren, lag dieser Anteil mit 75% in A sowie über 85% in F, GB und NL deutlich höher. Ähnlich heterogen fielen die Antworten auf die Frage aus, ob zur Untersuchung und Diagnostik validierte Assessmentinstrumente herangezogen werden. Hierzu wurde in D von 37,4% und in A von 45,9% angegeben, dies regelmäßig zu tun; während dies mit über 60% der Befragten in F, GB und NL deutlich mehr angaben. Inwieweit den Befragten möglicherweise nicht bekannt ist, ob es sich bei den durch sie eingesetzten Instrumenten um validierte Instrumente handelt, ist dabei nicht beurteilbar.

Die Zielformulierung für die Physiotherapie erfolgt nach Angaben der Befragten in allen Vergleichsländern i. d. R. (zwischen 85% in D und 97% in NL) auf der Basis einer eigenen physiotherapeutischen Untersuchung sowie zu etwa 90% unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse. Zugleich werden in D von 37,6% und in F von knapp 50% der Befragten aber auch regelmäßig von einem Arzt/einer Ärztin formulierte Ziele für die Physiotherapie übernommen.

Die Rechercheergebnisse im Rahmen der Qualifikationsanalyse der Physiotherapie in D verdeutlichen, dass trotz gesetzlicher Verpflichtung durch die Rahmenrichtlinien zur Heilmittelerbringung (vgl. GKV-Spitzenverband 2006) das ärztlich verordnete Heilmittel nicht immer angewandt und stattdessen, aus dem Ermessen der Physiotherapeut/-innen heraus, ein anderes Therapieverfahren gewählt wird bzw. auch ohne (neue) ärztliche Verordnung (Rezept) Patient/-innen auf Selbstkostenbasis weiterbehandelt werden. Insofern wurde insb. für D und auch für A erwartet, dass die befragten Physiotherapeut/-innen mind. gelegentlich von der ärztlichen Verordnung abweichen.

Diese Annahme bestätigte sich im Antwortbild. Insgesamt 86,6% der Befragten in D gaben letztlich ein Abweichen von der Verordnung bei der Auswahl ihrer Behandlungsmaßnahmen an, wobei 20% davon dies regelmäßig tun. In A waren es insgesamt 70,3%, wovon 11% ein kontinuierliches Abweichen angaben. Für F, GB und NL lagen diese Anteile entsprechend höher, was aber zu erwarten war, da Mediziner/-innen in diesen Ländern i. d. R. lediglich eine (allgemeine) Verordnung für Physiotherapie ausstellen und die behandelnden Physiotherapeut/-innen die notwendigen Maßnahmen sowie die Behandlungsdauer und -frequenz selbst bestimmen können (s. auch Kap. 3.2.3 und Anhang 9.1).

Eine Reihe von Fragen sollte klären, ob evidenzbasiertes Arbeiten in der Physiotherapie in den Vergleichsländern praktiziert wird. Unter diesen Fragenkomplex fallen auch Fragen nach der Berücksichtigung aktueller Forschungsergebnisse und Leitlinien bei der Auswahl physiotherapeutischer Behandlungsmethoden. Hier zeigt sich, dass in GB und NL deutlich mehr Befragte angaben, regelmäßig bei der Erstellung des Therapieplans externe Evidenz, d. h. Studienergebnisse hinzuzuziehen, als in D und A, die nach F die niedrigsten Anteile aufweisen. Diese Ergebnisse sind insofern nicht verwunderlich, als dass in diesen Ländern – im Gegensatz zu GB und NL – z. B. nur wenige physiotherapeutische Leitlinien existieren.

Dagegen gaben auffallend viele der Befragten in D an, sich regelmäßig (28,8%) bzw. gelegentlich (46,3%) über die wissenschaftlichen Gütekriterien der von ihnen eingesetzten Untersuchungs- und Assessmentverfahren sowie der verwendeten Therapiemaßnahmen zu informieren. Dies erscheint vor dem Hintergrund einer bislang fehlenden Vermittlung wissenschaftlicher Kompetenzen in der fachschulischen Ausbildung, die 75% der Befragten als Ausbildungsweg angaben (s. Anhang B 2.3), recht hoch. Annähernd gleich fielen die Antworten in F und A aus. In GB und NL lag dagegen der Anteil der Befragungsteilnehmer/-innen, die dies regelmäßig tun, höher.

Durchführung physiotherapeutischer Maßnahmen und Techniken

Im Rahmen der Qualifikationsanalyse der Physiotherapie deutete sich an, dass insb. Maßnahmen der physikalischen Therapie, z. B. Elektrotherapie, Hydro- und Balneotherapie oder strahlentherapeutische Maßnahmen – welche bspw. in der Physiotherapieausbildung in D mit hohen theoretischen und fachpraktischen Stundenumfängen belegt sind – in der Praxis kaum oder gar nicht angewendet werden. Daher wurde in der BAB nach der Anwendung dieser Maßnahmen und Techniken im Alltag gefragt.

Aus dem Bereich der physikalischen Therapie wird die Elektrotherapie noch am ehesten regelmäßig angewandt. Von den befragten Physiotherapeut/-innen gaben hier 27,6% in F und 18,5% in D an, dass sie regelmäßig Elektrotherapie anwenden und noch einmal knapp 45% in beiden Ländern, dass sie dies mind. gelegentlich tun. Auch in A setzt etwa die Hälfte der Befragten regelmäßig oder gelegentlich elektrotherapeutische Maßnahmen ein. In GB und NL sind dies deutlich weniger.

Hydro- bzw. balneotherapeutische Maßnahmen hingegen wenden in allen Vergleichsländern gleichermaßen jeweils nur unter 10% der Befragten regelmäßig an. Zwischen 65% und 75% der Befragten gaben dabei an, derartige Maßnahmen nie durchzuführen. Für Licht- bzw. strahlentherapeutische Maßnahmen waren dies in F, GB, NL und A zwischen 77% und 94%. Lediglich in D gab ein nennenswerter Anteil von knapp 12% an, diese Maßnahmen regelmäßig im Therapiealltag durchzuführen. Mit Blick auf die beschriebene starke Überschneidung der Tätigkeitsfelder im Bereich der physikalischen Therapie (s. Anhang A 9.1) zwischen den Physiotherapeut/-innen in D und A und den Medizinischen Bademeister/-innen & Masseur/-innen in D sowie den Medizinischen (Heil)Masseur/-innen in A bestätigt sich, dass physikalische Maßnahmen durch Physiotherapeut/-innen lediglich komplementär zu bewegungstherapeutischen Maßnahmen angewendet werden.

Im Gegensatz zu den Anwendungen der physikalischen Therapie werden die verschiedenen Maßnahmen aus dem Bereich der Bewegungstherapie in allen Vergleichsländern regelmäßig eingesetzt. Etwa gleich häufig werden dabei von den befragten Physiotherapeut/-innen aller fünf Länder regelmäßig Maßnahmen zur Verbesserung der Beweglichkeit (zwischen 71% in GB und 94% in A), der Koordination und des Gleichgewichts (zwischen 67% in F und 90% in A), der Halte- und Greiffunktion der oberen Extremität (zwischen 20% in F und 40% in NL) sowie Maßnahmen zur Entspannung (zwischen 20% in NL und 30% in A) durchgeführt.

Unterschiede im Ländervergleich ergaben sich bei den nachfolgend dargestellten Behandlungsmethoden. In D und F wenden die Befragten sowohl Maßnahmen zur Verbesserung der Kraft sowie der Kondition & Fitness (D, F) als auch zur Verbesserung der Mobilität (D) und Haltung (F) zu deutlich geringeren Anteilen regelmäßig an, als in GB, NL und A. Dagegen werden in F Maßnahmen zur Verbesserung der Atmung sowie in D die Lymphdrainage deutlich häufiger regelmäßig in der Therapie eingesetzt als jeweils in den anderen vier Vergleichsländern. Da die Lymphdrainage in D eine abrech-

nungsfähige Zertifikatsposition darstellt (s. Kap. 4.2.2), sind diese Ergebnisse nicht überraschend. Auffallend ist zudem, dass in GB und NL deutlich seltener die Massage zu den regelmäßig angewandten physiotherapeutischen Maßnahmen zählt als in den anderen drei Ländern.

Darüber hinaus zeigt sich, dass Maßnahmen zur Verbesserung der Selbstständigkeit der Patient/-innen, bspw. in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL⁴⁹), ebenfalls in GB und NL deutlich häufiger zur regelmäßigen Anwendung in der Physiotherapie kommen als in D, F und A. Diese Erkenntnisse decken sich mit den Befunden aus der Befragung der Berufsmigrant/-innen, wo für NL durch die Befragten eine deutlich aktivere Therapie sowie für GB und NL ein größerer Fokus auf die Selbstständigkeit der Patient/-innen im Vergleich zu D hervorgehoben wurde. Für F zeigt sich zudem, dass die Anwendung komplexer Maßnahmen, wie bspw. Bobath, eine geringere Rolle spielt als in den übrigen vier Vergleichsländern.

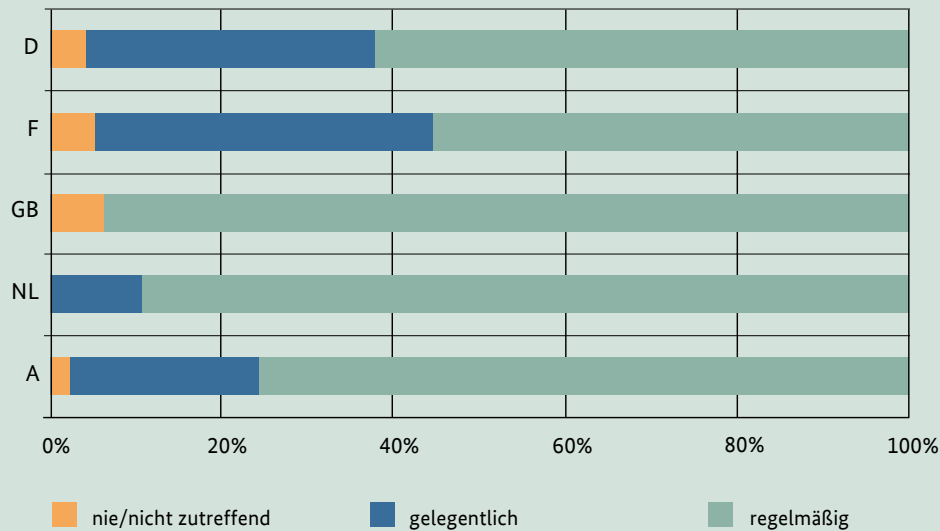
Dokumentation und Evaluation

Die Befragung der Berufsmigrant/-innen (s. Kap. 4.2.2) ergab insb. für GB und NL einen deutlich höheren Stellenwert der Dokumentation und Evaluation des physiotherapeutischen Prozesses. Daher wurden diese Aspekte auch in dieser Befragung thematisiert.

Erwartungsgemäß zeigten sich hier deutliche Unterschiede zwischen D, F und teilweise A im Vergleich zu GB und NL. Während in GB und NL nahezu alle Befragten angaben, sowohl Therapieziele, -maßnahmen als auch -ergebnisse zu dokumentieren, so fallen diese Angaben in D und F sowie z.T. auch in A deutlich anders aus. Therapieziele werden in D von lediglich zwei Drittel, in F von der Hälfte und in A von etwa drei Viertel aller Befragungsteilnehmer/-innen regelmäßig dokumentiert (s. Abb. 4.2.1). Dagegen dokumentieren über 90% der befragten Physiotherapeut/-innen auch in A die angewandten Therapiemaßnahmen sowie Behandlungsfortschritte und -ergebnisse. In D und F sind dies nur knapp drei Viertel, wobei Therapiemaßnahmen in F nur von etwa 60% der Befragten regelmäßig dokumentiert werden. In diesem Zusammenhang gaben in D und NL zwischen 75 und 80% der Physiotherapeut/-innen an, Behandlungsfortschritte regelmäßig in individuell festgelegten Abständen zu evaluieren. In GB und A lag dieser Wert etwas darüber und in F etwas darunter. Dabei nutzt nur etwa die Hälfte der Befragten in D, F und A standardisierte Assessment- und Untersuchungsverfahren zur Evaluation

49 Die Aktivitäten des täglichen Lebens (engl.: activities of daily living, ADL) beziehen sich auf die alltäglichen Verrichtungen und beschreiben die Grundbedürfnisse des Menschen. Bsp. sind „Sich bewegen“, „Sich waschen und kleiden“, „Kommunizieren“ oder auch „Essen und trinken“.

Abbildung 4.2.1: Dokumentation von Therapiezielen



von Behandlungsfortschritten. Dieser Anteil war in GB und NL deutlich höher.

4.2.5.3 Kommunikation, Beratung und übergreifende („patientenferne“) Arbeitsaufgaben

Kommunikation und Beratung

Nahezu alle Befragungsteilnehmer/-innen in den fünf Ländern gaben an, sich hinsichtlich einer patientenorientierten Kommunikation, dem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses sowie der Information von Patient/-innen zur Therapie, dem Therapieverlauf und möglichen Wirkungen sicher bis sehr sicher zu fühlen. Dagegen gaben etwa 5 bis 10% der Befragten an, in der weiterführenden Beratung von Patient/-innen, bspw. zu Fragen der eigenen Gesundheitsvorsorge, zu Therapieoptionen oder Selbsthilfegruppen sowie in der Beratung von Angehörigen eher unsicher oder unsicher zu sein.

Organisatorische und administrative Aufgaben

In allen Vergleichsländern gaben zwischen 70 und 85% der Befragungsteilnehmer/-innen an, in ihrer Berufspraxis regelmäßig organisatorische Aufgaben, wie Terminplanung oder Aufgaben zur Vor- und Nachbereitung der Therapie, zu übernehmen. Darüber hinaus wurden sowohl Aufgaben der Personalführung (zwischen 27% in F und 70% in GB) und der Praxisanleitung von Lernenden (zwischen 32% in D und 51% in NL) als auch im Rahmen der Nachsorge, wie bspw. die Empfehlung weiterer Therapiemaßnahmen (zwischen 40% in F und 70% D), die Einleitung der Hilfsmittelversorgung

(zwischen 25% in D und 59% in GB) oder die Erstellung eines Hausübungsprogramms (zwischen 43% in F und 82% in A) in allen Länderstichproben von den Befragten als regelmäßige Arbeitsaufgaben benannt. Auch das Klären von Unstimmigkeiten bezüglich der ärztlichen Verordnung (zwischen 13% in NL und 48% in D), das Verfassen von Behandlungsberichten (zwischen 34% in A und 83% in NL) sowie – mit Ausnahme von GB – die Erstellung von Abrechnungen (zwischen 20% in NL und 48% in A) gehören hier dazu.

So gaben in D im Vergleich zu den übrigen vier Ländern verhältnismäßig viele Befragte an, regelmäßig Unstimmigkeiten bezüglich der ärztlichen Verordnung zu klären, was insb. mit der ärztlichen Verschreibungspraxis für physiotherapeutische Behandlungen in D erklärt werden kann. Dagegen gehört die Einleitung der Hilfsmittelversorgung sowie die Begleitung und Anleitung von Lernenden nur bei wenigen Befragten zu den regelmäßigen physiotherapeutischen Arbeitsaufgaben. Dies lässt sich wiederum mit dem hohen Anteil an Befragungsteilnehmer/-innen aus dem ambulanten Physiotherapiebereich in der deutschen Stichprobe erklären, da in niedergelassenen Praxen derartige Aufgaben seltener anfallen.

In F, wo deutlich mehr Befragte im klinischen Bereich tätig waren, war indessen der Anteil jener Befragten im Ländervergleich deutlich geringer, die angaben, regelmäßig Hausübungsprogramme zu erstellen und Aufgaben der Personalplanung durchzuführen. Bedingt durch den relativ hohen Anteil an Personen mit Leitungsfunktion in der Länderstichprobe GB gaben die Befragten hier, im Vergleich zu den anderen

Ländern, am häufigsten an, regelmäßig Aufgaben der Personalplanung und im Rahmen der Patientennachsorge durchzuführen. Jedoch gab keiner der Befragten an, regelmäßig Abrechnungen zu erstellen, was mit der Struktur und Leistungserbringung und -vergütung innerhalb des NHS zusammenhängt.

In NL stellt v. a. das Verfassen von Behandlungsberichten eine regelmäßige patientenferne Tätigkeit dar, was über 80% der Befragten angaben – ein Wert, der sich so in keiner anderen Länderstichprobe wiederfindet. Dagegen gaben im Vergleich zu D, F und A weniger Befragte an, regelmäßig Abrechnungen zu erstellen. Dies wiederum wurde im Ländervergleich in A am häufigsten als regelmäßig durchzuführende Arbeitsaufgabe angegeben. Auffallend ist zudem, dass hier verhältnismäßig wenig Befragte regelmäßig Behandlungsberichte verfassen.

Beteiligung an physiotherapeutischer Forschung

Die Mehrheit der befragten Physiotherapeut/-innen in D, F und A beteiligt sich weder an der Entwicklung von Forschungsfragen noch an der Planung und Durchführung von Forschungs- oder Praxisentwicklungsprojekten (s. Abb. 4.2.2). Dies betrifft zwischen 60 und 70% der Befragungsteilnehmer/-innen in diesen Ländern. Etwa 20 bis 30% gaben an, zumindest gelegentlich zur Entwicklung und Durchführung von Forschungsprojekten beizutragen und ca. 10% regelmäßig. In GB und NL liegen diese Beteiligungen deutlich höher (s. ebd.).

4.2.5.4 Einschätzungen zur intra- und interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen sowie zur Aufgabenteilung

In allen Vergleichsländern arbeiten die befragten Physiotherapeut/-innen regelmäßig mit Ärzte/-innen, Ergotherapeut/-innen, Logopäd/-innen, Pflegenden, dem Sozialen Dienst, Orthopädietechniker/-innen sowie Assistenzpersonal zusammen. Dabei unterscheiden sich die prozentualen Anteile in den Länderstichproben teilweise erheblich (s. Abb. 4.2.3).

Während in F, GB und NL über 80% der Befragten angaben, regelmäßig mit Ärzt/-innen zusammenzuarbeiten, so waren dies in A nur etwa 67% und in D sogar nur 50%. Dies erscheint in Anbetracht der notwendigen ärztlichen Verordnung für Physiotherapie in diesen Ländern als recht wenig. Auch hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Angehörigen der Ergotherapie und Logopädie ergaben sich für D, im Ländervergleich, deutlich geringere Anteile unter den befragten Physiotherapeut/-innen, die dies regelmäßig tun. Hier ist insb. NL hervorzuheben, da hier am häufigsten eine regelmäßige Zusammenarbeit mit anderen Therapieberufen angegeben wurde, was die Erkenntnisse aus der Berufsmigrant/-innenbefragung bestätigt (s. Kap. 4.2.2).

Bei den Fragen nach dem Gelingen der jeweiligen Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen waren die Antwortverteilungen in den Ländern recht ähnlich. Sofern eine Aussage hierzu möglich war, gab die Mehrheit der antwortenden Physiotherapeut/-innen aller fünf Länderstichproben an, sich bei der

Abbildung 4.2.2: Beteiligung der Befragten an physiotherapeutischer Forschung

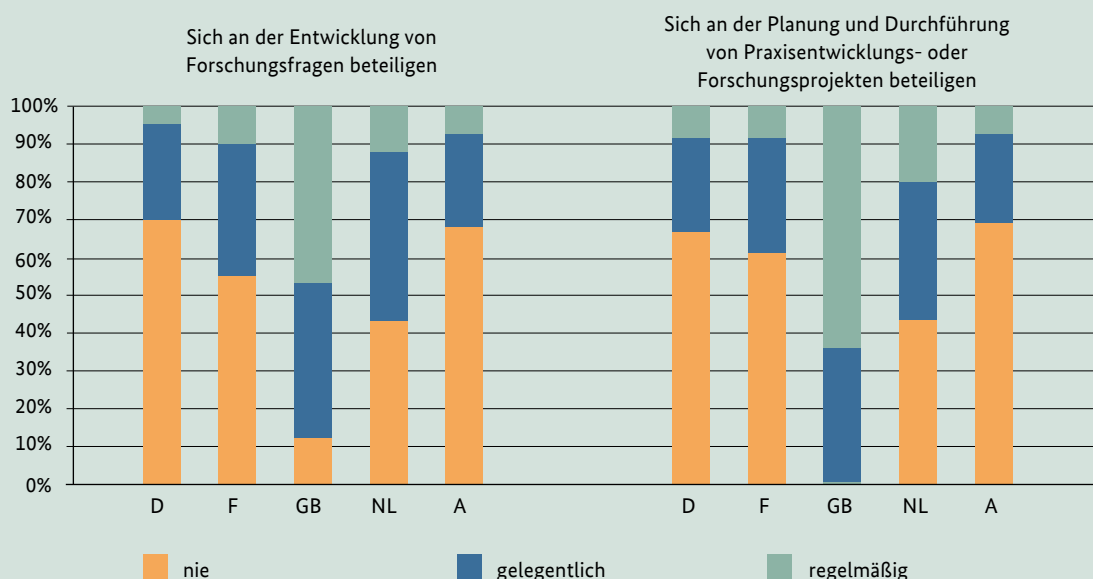
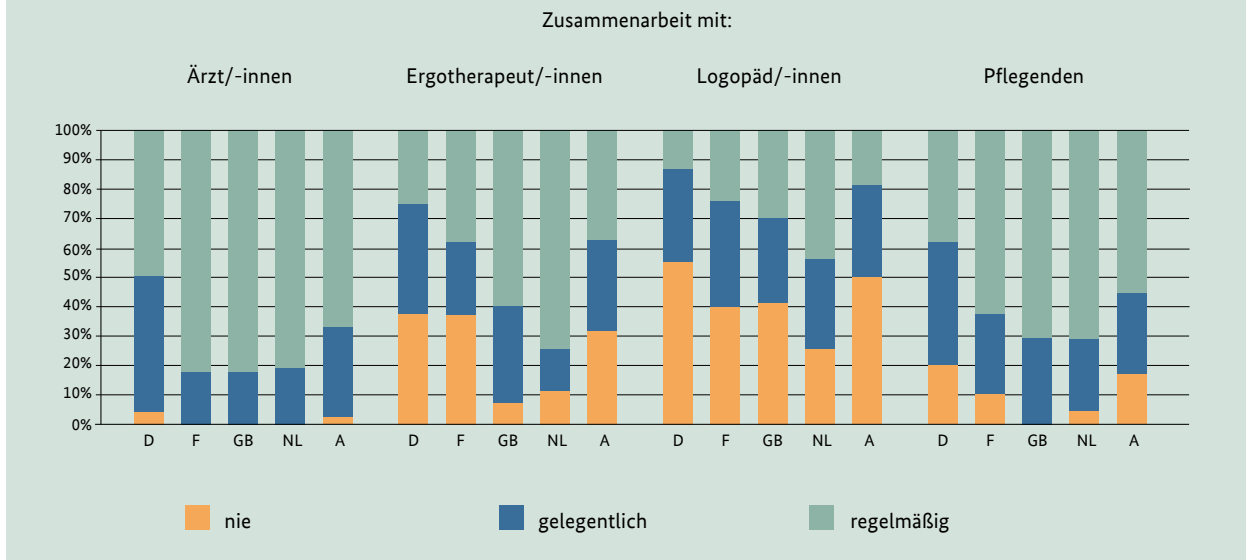


Abbildung 4.2.3: Zusammenarbeit von Physiotherapeut/-innen mit ausgewählten Gesundheitsberufen



interdisziplinären Zusammenarbeit sicher bis sehr sicher zu fühlen.

Nur ein geringer Anteil – i. d. R. unter 10% – gab Unsicherheiten in der Kooperation mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe an. Dabei ist als Ausnahme hervorzuheben, dass in D etwa 23% der Befragten angaben, unsicher in der Zusammenarbeit mit Ärzt/-innen zu sein, was in den Vergleichsländern mit unter 10% deutlich seltener genannt wurde. Zudem wurde in GB und NL insb. die Zusammenarbeit mit Ergotherapeut/-innen und Logopäden/-innen deutlich häufiger, im Vergleich zu D, F und A, mit sehr sicher eingeschätzt.

Die Delegation von Arbeitsaufgaben an andere Berufe gehört in unterschiedlichem Ausmaß in allen Vergleichsländern zum Aufgabenspektrum der Physiotherapeut/-innen. Dabei delegieren etwa 40% in D und A, über 50% in F sowie über 70% in GB und NL regelmäßig oder mind. gelegentlich Arbeitsaufgaben an Assistenzpersonal.

Darüber hinaus werden Aufgaben in D vorwiegend an Ergotherapeut/-innen (17,9%) und Pflegende (15,5%) sowie in F (33,3%) und A (23%) an Pflegende delegiert. In GB und NL gab es – abgesehen vom Assistenzpersonal – diesbezüglich keine weiteren Nennungen. Des Weiteren verweisen die befragten Physiotherapeut/-innen aller Länderstichproben Patient/-innen sowohl an physiotherapeutische Kolleg/-innen als auch an Berufsangehörige der Ergotherapie, Logopädie und Podologie sowie an verschiedene Fachärzt/-innen, Osteopath/-innen und Psycholog/-innen.

Die Antworten auf die Fragen nach der Teilnahme an berufsübergreifenden Beratungen bzw. Fallkonfe-

renzen sowie an Qualitätszirkeln komplettierten die Angaben zur interdisziplinären Zusammenarbeit der Befragungsteilnehmer/-innen. Hierbei zeigt sich, dass in GB und NL dies von der Mehrzahl der dort befragten Physiotherapeut/-innen als regelmäßige Arbeitsaufgabe angegeben wurde. Dagegen nehmen nur etwa 30% der Befragten in F und A sowie 22% in D regelmäßig an berufsübergreifenden Beratungen bzw. Fallkonferenzen teil. Für die regelmäßige bzw. gelegentliche Mitarbeit in Qualitätszirkeln fallen die Antwortverteilungen ähnlich aus.

Neben der interdisziplinären Zusammenarbeit interessierte auch, inwieweit die Befragten der Auffassung sind, berufsfremde Tätigkeiten auszuführen. In D, F, NL und A gab jeweils ca. ein Drittel der Befragten an, Aufgaben zu übernehmen, die nicht zu ihrem Beruf gehören. In GB lag der Anteil mit zwölf von 16 Befragten höher. Dabei nannten diese v. a. Aufgaben aus dem Bereich der Pflege sowie des Sozialen Dienstes. In den übrigen Ländern wurden von den Physiotherapeut/-innen, die angaben, berufsfremde Tätigkeiten auszuführen, insb. pflegerische Tätigkeiten, wie An- und Ausziehen, Lagern und Mobilisieren oder Toilettegänge, ergotherapeutische Tätigkeiten wie das Training der ADLs und der Feinmotorik sowie seelsorgerische Tätigkeiten genannt.

In GB und NL wurde die Frage, ob andere Berufe derzeit Tätigkeiten ausführen, die in den Kernkompetenzbereich der Physiotherapie gehören, mit jeweils 80% verneint. Im Gegensatz dazu waren die Antworten in D, F und A etwa zur Hälfte aufgespalten.

In D wurden dabei insb. Tätigkeiten aus dem ergotherapeutischen Arbeitsbereich genannt. Dies sind v. a. Tätigkeiten wie propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (kurz: PNF), Bobath, Rücken- oder Gangschule, Säuglings- und Bewegungstherapie, die vermehrt auch von Ergotherapeut/-innen angeboten werden. Deutlich wird hierbei, wie stark sich diese beiden Kompetenzbereiche in der Praxis überschneiden, was zu Konflikten beiträgt. Des Weiteren wurden Tätigkeiten aus der Pflege, dem Hebammenwesen und dem ärztlichen Kompetenzbereich genannt. Das sind insb. pflegerische Tätigkeiten, die im Rahmen der aktivierenden Pflege ausgeführt werden, und Maßnahmen der Hebammen, wie Beckenboden-, Wochenbett- oder Rückbildungsgymnastik. Aus dem ärztlichen Aufgabenspektrum werden Tätigkeiten wie die Diagnosestellung insb. bei orthopädischen Beschwerden, die Auswahl von Behandlungsmaßnahmen für die Physiotherapie, die häufig durch Arzt/-innen oder Medizinische Fachangestellte durchgeführte Elektrotherapie sowie die Weitergabe von Hausübungsprogrammen an Patient/-innen, die vielfach ohne oder nicht mit adäquater Anleitung erfolgt, genannt.

In F fanden insb. Aspekte der Rehabilitation, wie Kraft- und Muskelaufbau, Hand-, Rücken-, Gangtraining und Inkontinenztherapie, sowie die Massage und – analog zu D – die ärztliche Diagnostik als Aufgaben für den physiotherapeutischen Kernkompetenzbereich Erwähnung. Nach Ansicht der befragten Physiotherapeut/-innen in A ist dies insb. die Massage und in NL die Haltungstherapie, die dort vorrangig von „oefentherapeut/-innen“ (s. Anhang 9.1) durchgeführt wird.

Etwa ein Drittel der Befragungsteilnehmer/-innen in D und A gab an, sich eine Delegation physiotherapeutischer Tätigkeiten an Assistenz-/Helferberufe vorstellen zu können. In F waren dies 45,7% und in NL 65,7%. In GB, wo mit den „physiotherapy assistants“ bereits eine Helferqualifikation für die Physiotherapie existiert, kann sich knapp die Hälfte der Befragten vorstellen, noch weitere Tätigkeiten als die bisherigen an diese zu übertragen. Die in D, F und A gemachten Angaben bezüglich möglicher delegierbarer Tätigkeiten an Assistenzpersonal bezogen sich vorrangig auf einfache Mobilisationsübungen bzw. Gangschule und Massage. In NL wurde hierbei mehrheitlich die Übertragung von Fitness- bzw. Konditionstraining genannt.

4.2.5.5 Einschätzungen zur Angemessenheit und zum Änderungsbedarf der Ausbildung von Physiotherapeut/-innen

Während in F mit knapp 85% und in D mit etwa 70% jeweils hohe Anteile der Befragungsteilnehmer/-innen der Aussage, dass die Ausbildungsinhalte ak-

tualisiert werden sollten, eher oder voll zustimmten, so lag dieser Anteil in NL und A nur bei der Hälfte der Befragten.

Ebenso viele stimmten in D und NL eher oder voll zu, dass eine stärkere Praxisorientierung der schulischen Ausbildung notwendig sei. Dieser Anteil lag in F etwas höher und war in A mit etwa 70% am höchsten, was die Aussagen der österreichischen Expert/-innen in der durchgeführten Onlinebefragung bestätigt (s. Kap. 4.2.3). Dabei zeigt sich, dass die Absolvent/-innen der Bachelorstudiengänge an Fachhochschulen etwas weniger häufig zu dieser Einschätzung kamen. Gegenteiliges kann für die Aussage, dass eine bessere Praxisanleitung notwendig sei, konstatiert werden, da hier 75% der Hochschul- bzw. 55% der Akademieabsolvent/-innen in A eher oder voll zustimmten. In den übrigen Ländern waren dies etwa zwei Drittel.

Drei Viertel der Befragten in NL sowie die Hälfte der Befragten in A empfinden die vollzogene Verlagerung der Physiotherapieausbildung an die Hochschulen als sinnvollen Schritt. Ein ebenfalls großer Anteil der Befragungsteilnehmer/-innen aus D und F stimmte mit über 50% eher oder voll zu, dass die Physiotherapieausbildung grundsätzlich an Hochschulen absolviert werden sollte.

An einigen Stellen des Fragebogens sollten die Befragten angeben, wie gut sie sich durch ihre Ausbildung auf eine Reihe vorgegebener Tätigkeiten und Arbeitsaufgaben vorbereitet gefühlt haben. Dabei brauchten nur diejenigen zu antworten, deren Ausbildung noch nicht länger als zehn Jahre zurücklag. Die Antworten legen für D, F, NL und A⁵⁰ deutliche Verbesserungsoptionen offen.

Im Einzelnen gaben in D und F u. a. zwischen 65 und 70% der befragten Physiotherapeut/-innen an, durch ihre Ausbildung eher gut oder sehr gut auf die Durchführung von Untersuchungen und Diagnostik vorbereitet worden zu sein. In NL und A waren dies jeweils mehr als 80%.

In allen Vergleichsländern – mit Ausnahme von GB – fühlten sich weniger Befragte eher gut oder sehr gut auf die Auswahl und Einschätzung wissenschaftlicher Untersuchungs- bzw. Assessmentinstrumente

50 Für GB sind aufgrund der geringen Teilnehmer/-innenzahlen hierzu keine fundierten Aussagen möglich. Die Tendenz in den Antworten der befragten, die dazu Auskunft gaben, zeigt, dass sie sich gut bis sehr gut durch ihre Ausbildung auf patientennahe Aufgaben sowie Aufgaben der interdisziplinären Kooperation und Zusammenarbeit vorbereitet gefühlt haben. Geringfügige Abstriche finden sich in Einzelangaben zu Aspekten organisatorisch-administrativer und übergreifender Aufgaben

vorbereitet. Dies waren in F und A etwa die Hälfte sowie in D und NL etwa 60%. Dabei zeigte sich für D ein Unterschied in der Beantwortung hinsichtlich des absolvierten Ausbildungsweges. Bachelorabsolvent/-innen fühlten sich hier besser vorbereitet als die Fachschulabsolvent/-innen.

Zudem gaben in D mit 60% deutlich weniger Befragte als in den übrigen Ländern an, in der Ausbildung eher gut oder sehr gut auf die Durchführung einer systematischen Evaluation von Behandlungsfortschritten und -ergebnissen vorbereitet worden zu sein. Dies bestätigt die Aussagen der deutschen Expert/-innen, die hinsichtlich der Vermittlung wissenschaftlicher Kompetenzen bzw. des Clinical Reasonings Verbesserungspotenzial der deutschen Physiotherapieausbildung konstatierten (s. Kap. 4.2.3).

Ähnliches gilt für die begründete Auswahl von Behandlungsmaßnahmen, auf die sich in D und F lediglich drei Viertel der Befragten eher gut oder sehr gut vorbereitet fühlten, während dies in NL und A jeweils mind. 86% waren. In diesem Zusammenhang gab in D, F und auch A nur ein Drittel der Befragten eine eher gute oder sehr gute Vorbereitung auf die kritische Beurteilung von evidenzbasierten Assessmentverfahren und Behandlungsmaßnahmen durch die Ausbildung an. In NL war dies über die Hälfte der befragten Physiotherapeut/-innen.

Hinsichtlich der Anwendung von Maßnahmen der physikalischen Therapie gaben in F und NL nur 46%

der Teilnehmer/-innen an, hier eine gute bis sehr gute Vorbereitung durch die Ausbildung erfahren zu haben. Dieser Anteil lag in D und A deutlich höher. Darüber hinaus beurteilten 60% der Befragten in F und A die Vorbereitung durch die Ausbildung auf die Anwendung der manuellen Lymphdrainage als eher gut oder sehr gut. Dies waren in D und NL mit 35 bzw. 20% deutlich weniger. Zwischen 65 und 70% der Befragten in D und A gaben dies auch für die Anwendung der manuellen Therapie so an. Hier lagen F und wiederum NL mit etwa 40% deutlich darunter.

Die Durchführung organisatorischer Aufgaben wird nach Einschätzung der Befragungsteilnehmer/-innen nicht zufriedenstellend durch die Ausbildung vorbereitet. So gab in NL lediglich knapp die Hälfte an, sich hierauf eher gut oder sehr gut vorbereitet gefühlt zu haben, und in D, F und A war dies jeweils etwa ein Viertel der Befragungsteilnehmer/-innen.

Im Hinblick auf weitere organisatorisch-administrative und übergreifende Aufgaben zeigte sich, dass nur etwa 10 bis 20% der Befragten in D, F und A angaben, durch die Ausbildung auf Aufgaben wie Personalmanagement, Praxisanleitung oder Forschung eher gut oder sehr gut vorbereitet worden zu sein. In NL lag dieser Anteil jeweils deutlich höher. Gleiches ist für die Vorbereitung auf die Beratung von Patient/-innen und deren Angehörige sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit durch die Ausbildung festzustellen (s. Abb. 4.2.4 und 4.2.5).

Abbildung 4.2.4: Vorbereitung auf die Beratung von Patient/-innen und Angehörigen durch die Ausbildung

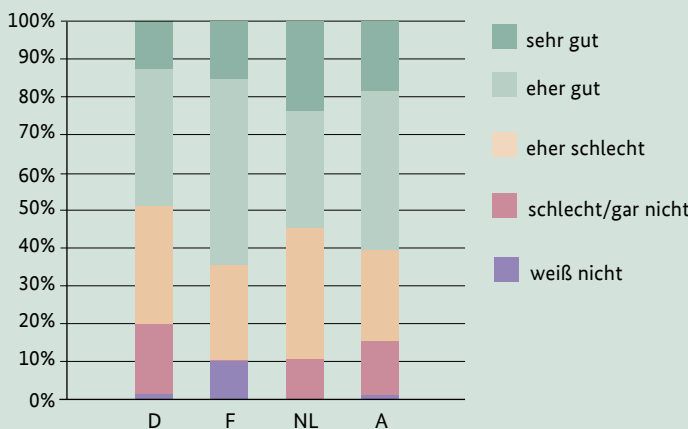
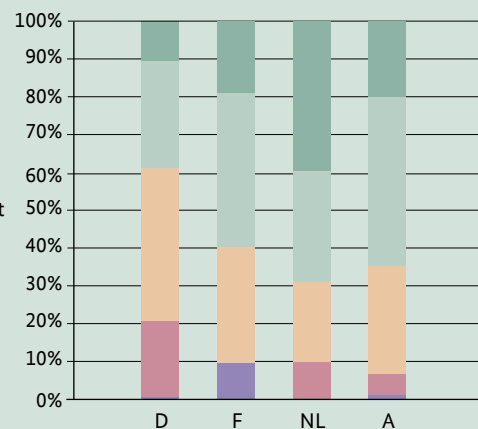


Abbildung 4.2.5: Vorbereitung auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit durch die Ausbildung



4.2.5.6 Einschätzungen zur beruflichen Situation und zu individuellen Entwicklungsmöglichkeiten

Den beiden Aussagen „Ich kann mit körperlichen ...“ bzw. „Ich kann mit emotionalen Belastungen im Beruf sehr gut umgehen“ stimmte die Mehrheit der Befragten in allen Vergleichsländern „voll“ oder „voll und ganz“ zu (zwischen 67% in F und 80% bis 100% in D, GB, NL und A). Knapp 80% können sich in A auch „voll“ oder „voll und ganz“ vorstellen, bis zum Renten- eintrittsalter als Physiotherapeut/-in tätig zu sein. In D, GB und NL stimmten dieser Aussage nur etwa die Hälfte der Befragungsteilnehmer/-innen und in F nur 37% zu.

Auffällig ist, dass nur ein Drittel der Befragten in NL der Aussage „In der Physiotherapie gibt es für mich sehr gute *fachliche* Entwicklungsmöglichkeiten“ „voll“ oder „voll und ganz“ zustimmte. Indessen sind dies in D 82% und in A 91%. In F und GB sieht dies nur etwa die Hälfte der Befragungsteilnehmer/-innen als gegeben an. Dagegen konnten nur zwischen 13 und 40% der Befragten in allen Vergleichsländern der Aussage „voll“ oder „voll und ganz“ zustimmen, dass es in der Physiotherapie sehr gute *berufliche* Aufstiegschancen gibt. Auch hier war der Anteil in NL am geringsten und in GB gefolgt von D und A am höchsten.

In der Konsequenz der o.g. Einschätzungen stimmten in A, gefolgt von D, die meisten der befragten Physiotherapeut/-innen letztlich dann der Aussage

„voll und ganz“ zu, mit ihrem Beruf insgesamt sehr zufrieden zu sein (s. Abb. 4.2.6).

Die Antworten auf die Fragen zum Lebenslangen Lernen zeigen, dass sich in allen Vergleichsländern die befragten Physiotherapeut/-innen in diesem Bereich engagieren. Nahezu alle Befragten nutzten in den zurückliegenden zwei Jahren Fachzeitschriften, -bücher sowie das Internet zur persönlichen Fortbildung. Darüber hinaus nutzte die Mehrheit von ihnen physiotherapiespezifische Fort- und Weiterbildungen (zwischen 66% in F und NL sowie 89% in D und A) sowie Kongresse, Tagungen und Workshops (zwischen 69% in D und 95% in NL). Während in D nur etwa ein Viertel der Befragten angab, in physiotherapeutischen Arbeitsgruppen, Qualitätszirkeln oder Berufsverbänden mitzuarbeiten, waren dies in F und A mit etwa 40% und in NL mit etwas über der Hälfte deutlich mehr als in D. Auch zwölf der 15 Befragten, die in GB hierauf antworteten, gaben eine derartige Mitarbeit an.

Welche weiterführenden Qualifizierungen die befragten Physiotherapeut/-innen der einzelnen Länder für besonders empfehlenswert bzw. notwendig halten, ist in der Tabelle 4.2.6 dargestellt.

Abbildung 4.2.6: Zufriedenheit mit dem Beruf insgesamt unter den befragten Physiotherapeut/-innen

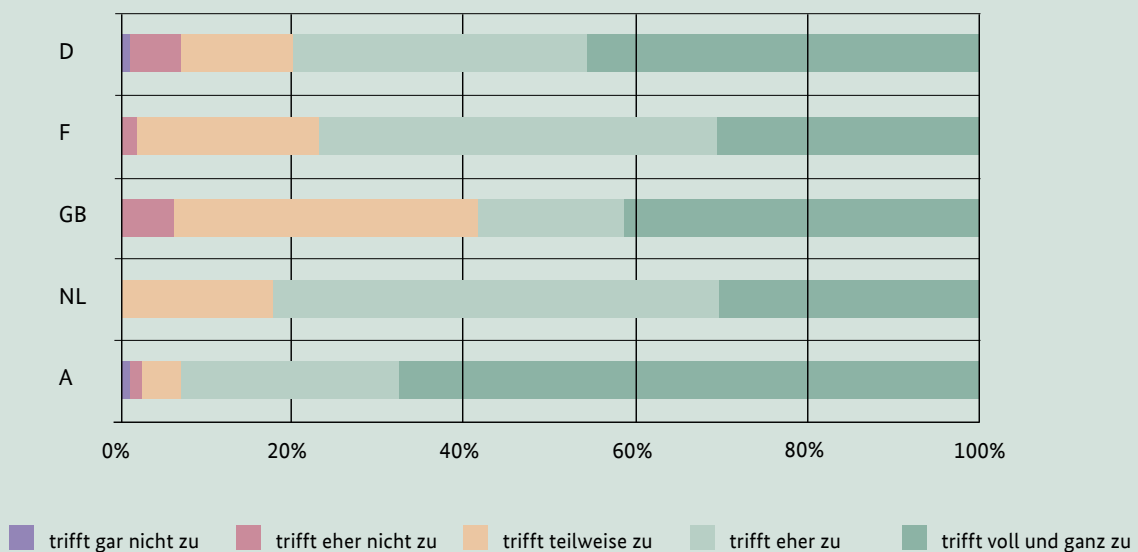


Tabelle 4.2.6: Empfehlenswerte Fort- und Weiterbildungen aus Sicht der befragten Physiotherapeut/-innen (Auswahl häufigster Nennungen)

	Kurz dauernde Fortbildungen (Stunden bis wenige Tage)	Lang dauernde Fortbildungen und Weiterqualifizierungen (mehrere Monate bis Jahre)
Deutschland	Taping Kommunikation Rückenschule	Manuelle Therapie Manuelle Lymphdrainage Bobath
Frankreich	Atemtherapie Manuelle Therapie	Universitätsdiplom (Master, Doktorat) Osteopathie Manuelle Therapie
Großbritannien	keine Häufungen in den Nennungen; lediglich Einzelnennungen	Gesundheitsbezogenes Masterstudium (mit verschiedenen Fachbereichen)
Niederlande	Dry Needling ¹	Manuelle Therapie
Österreich	Taping Kommunikation	Manuelle Therapie Bobath Craniosacrale Therapie

1) Dry Needling (trockenes Nadeln) findet Anwendung in der Triggerpunkttherapie als einer spezifischen physiotherapeutischen Behandlungsform.

4.2.6 Zusammenführung der Ergebnisse zur Qualifikationsanalyse für die Physiotherapie

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der Teiluntersuchungen zur Qualifikationsanalyse für die Physiotherapie (s. Kap. 4.2.1-4.2.5) unter Berücksichtigung der Hauptzielsetzung der GesinE-Studie (s. Kap. 1) schlaglichtartig zusammengeführt.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Ausbildungsgänge und Qualifikationsprofile von Physiotherapeut/-innen in den Vergleichsländern

- In D findet die Ausbildung in der Physiotherapie regulär im sekundären Bildungssektor statt. Darüber hinaus besteht seit 2001 die Möglichkeit, die Ausbildung mit einem parallel angebotenen Bachelor-Studiengang zu kombinieren (sog. „duale Studiengänge“). Seit 2009 ist zudem im Rahmen der Modellklausel des Berufszulassungsgesetzes (vgl. § 9 MPhG) das Belegen berufszulassender Bachelorstudiengänge an Fachhochschulen und Universitäten für die Physiotherapie möglich. Diese entsprechen den regelhaften berufszulassenden Qualifizierungskonzepten in GB, NL und A (s. dazu Kap. 4.2.1). In F ist die Ausbildung bisher ebenfalls im sekundären Bildungssektor verortet. Allerdings ist eine Überführung der Ausbildungsprogramme in den Hochschulsektor, voraussichtlich ab dem Studienjahr 2013/2014, beschlossen.
- Im Gegensatz zu D und A gehören in F, GB und NL auch die eigenständige Befundung sowie das Screening auf Risikofaktoren zu den auszubildenden berufsspezifischen Kompetenzen, da Physiotherapeut/-innen in GB und NL nach dem Prinzip des direkten Zugangs (first-contact) (s. auch Kap. 3.2.3) tätig werden können und in F nach ärztlicher Verordnung eigenverantwortlich die konkrete Ausgestaltung der Therapie übernehmen.
- Die Befunde der Expertenbefragung zeigen, dass die berufsspezifischen Kompetenzen zur eigenständigen Befundung sowie zum Screening auf Risikofaktoren auch durch die Ausbildung in D verstärkt in den Blick genommen werden sollten. Dies wird v. a. im Hinblick auf den auch in D angestrebten direkten Zugang (first-contact) für Physiotherapeut/-innen als essenziell angesehen (s. dazu Kap. 4.2.3).
- In F erwerben die Lernenden Kompetenzen zur Verschreibung von Hilfsmitteln und in GB zur Verschreibung von Medikamenten (s. dazu Kap. 3.2.3, 4.2.1). Diese Kompetenz wiederum kann in GB durch Weiterqualifizierung noch erweitert werden (s. ebd.).

- Gestufte, durchlässige Qualifikationskonzepte für die Physiotherapie – mit Assistenz-, Bachelor-, Master- und Promotionsabschlüssen – sind vollumfänglich bislang nur in GB umgesetzt worden.
- Die in GB tätigen Assistent/-innen (physiotherapy assistants & support workers) sind nahezu einzigartig im Vergleich mit den anderen Ländern. In A existiert bislang mit den diplomierten medizinisch-technischen Fachkräften eine ähnliche Helferqualifikation, welche allerdings zukünftig für den Bereich der Physiotherapie nicht mehr vorgesehen ist (s. dazu Kap. 4.2.1).
- Analog zum gestuften Bildungskonzept in GB existiert für die angestellten Physiotherapeut/-innen des NHS ein Kompetenz- bzw. Karriereleiterkonzept (s. 4.2.1). Diese sehen durch entsprechenden Zugewinn an Berufserfahrung und durch die Weiterbildung beruflicher Kompetenzen eine gestufte Erweiterung des Aufgabenspektrums vor.
- Die Analyse der Stellenanzeigen (s. Kap. 4.2.4) zeigt, dass in keinem anderen Vergleichsland so häufig Fort- und Weiterbildungen von den Bewerber/-innen gefordert werden wie in D. Dies betrifft insb. die Manuelle Lymphdrainage und die Manuelle Therapie, die als Zertifikatspositionen nur von entsprechend weitergebildeten Leistungserbringern durchgeführt und abgerechnet werden dürfen.
- In D sind mit dem Absolvieren der zahlreichen Fort- und Weiterbildungen selten finanzielle Verbesserungen verbunden, was sich insb. in NL anders darstellt (s. dazu Kap. 4.2.2).
- Trotz eines breiten Angebots an Fort- und Weiterbildungen für Physiotherapeut/-innen in D stellen sich die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten – i. S. einer Karriere – in GB am günstigsten dar (s. dazu Kap. 4.2.1). Dennoch sehen immerhin 31% der befragten Physiotherapeut/-innen in D sehr gute berufliche Entwicklungsmöglichkeiten in ihrem Beruf im Vergleich zu lediglich 13% in NL oder 22% in F (s. Kap. 4.2.5).

Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Berufsausübung von Physiotherapeut/-innen

Kompetenz- und Tätigkeitsprofile von Physiotherapeut/-innen

- Das Berufsbild und Aufgabenprofil der Physiotherapeut/-innen stellt sich in den Vergleichsländern prinzipiell ähnlich dar. So werden etwa in den Ländern gleichermaßen Maßnahmen der physikalischen Therapie eher wenig sowie Maßnahmen der Bewegungstherapie sehr regelmäßig eingesetzt (s. dazu Kap. 4.2.5).
- Unterschiede im Aufgabenspektrum der Berufsangehörigen in den hier untersuchten Ländern bestehen in der Anwendung der Manuellen Lymphdrainage. Diese wird deutlich häufiger in D angewendet als in den anderen Ländern. Massagen hingegen zählen in GB und NL deutlich seltener zu den regelmäßig angewandten physiotherapeutischen Maßnahmen als in D, F und A. Maßnahmen zur Verbesserung der Selbstständigkeit und der Partizipation kommen in GB und NL dagegen deutlich häufiger vor als in D, F und A (s. dazu Kap. 4.2.5).
- Die eben genannten Erkenntnisse decken sich mit den Befunden aus der Berufsmigrantenbefragung, in der die Befragten für NL eine deutlich aktivere Therapie sowie für GB und NL einen größeren Fokus auf die Selbstständigkeitsförderung der Patient/-innen im Vergleich zu D hervorhoben (s. dazu Kap. 4.2.2).
- Die größten Unterschiede in der Berufsausübung von Physiotherapeut/-innen ergeben sich aufgrund der unterschiedlich umfangreichen Handlungsautonomie der Berufsangehörigen in den Vergleichsländern.
- Bezogen auf den Direktzugang und die freie Ausgestaltung der Therapie ist das Kompetenzprofil in D und A – unter berufsrechtlichen Gesichtspunkten betrachtet – kleiner als das in den anderen Ländern. In F werden Physiotherapeut/-innen zwar auch auf der Basis einer ärztlichen Verordnung tätig, doch können sie i. d. R. die Therapiemittel und -frequenz selbst auswählen; eine Praxis, die in D und A derzeit – mit Ausnahme eines Modellprojekts in D (s. Kap. 3.2.3) – nicht möglich ist, da hier – offiziell – Ärzt/-innen über die anzuwendenden Therapiemaßnahmen bestimmen.
- Die Befunde der Berufsmigrantenbefragung zeigen, dass diese Praxis – Bestimmung der Therapiemaßnahmen sowie der Dauer und Frequenz der Behandlung durch Ärzt/-innen – in A freier gehandhabt wird als in D (s. dazu Kap. 4.2.2). Ferner

weisen die Befunde der Berufsangehörigenbefragung darauf hin, dass auch in D die Handlungspraxis andere Bedarfe aufzeigt, als im Berufsbild der Physiotherapeut/-innen gesetzlich vorgesehen ist (s. dazu Kap. 4.2.5).

Intra- und interdisziplinäre Aufgabenverteilung und Zusammenarbeit

In allen betrachteten Ländern spielt die interdisziplinäre Zusammenarbeit für Physiotherapeut/-innen eine zentrale Rolle. Dabei sind die Kooperationsbeziehungen zu Ärzt/-innen sowie zu Ergotherapeut/-innen, Pflegenden und Logopäd/-innen besonders häufig vorzufinden (s. dazu Kap. 4.2.2, 4.2.5)

Insb. in D zeigten sich deutliche Überschneidungen der Kompetenzbereiche von Physiotherapeut/-innen und Ergotherapeut/-innen (s. dazu Kap. 4.2.5), die in der Berufspraxis kritisch gesehen werden. Dagegen erscheint die starke Überlappung der Tätigkeitsfelder im Bereich der physikalischen Therapie zwischen Physiotherapeut/-innen und den Medizinischen Bademeister/-innen & Masseur/-innen weniger problematisch, da physikalische Maßnahmen durch Physiotherapeut/-innen lediglich komplementär zu bewegungstherapeutischen Maßnahmen angewendet werden.

Angemessenheit der Ausbildung im Hinblick auf die Anforderungen in der Berufsausübung

- Es existieren kaum Studien, welche im europäischen Vergleich die Physiotherapieausbildung sowie die darin erworbenen Kompetenzen und deren Nutzung in der Praxis untersuchen. Verfügbare Studien thematisieren meist nur einzelne Kompetenzen, nicht die in der GesinE-Studie untersuchten Ländern oder wurden in einem allgemeinen Kontext, d. h. mehrere Gesundheitsberufe betreffend, durchgeführt (s. Kap. 4.2.1.4).
- Anhand der vorliegenden Ergebnisse der GesinE-Studie kann konstatiert werden, dass die Passfähigkeit der jeweiligen Ausbildung von Physiotherapeut/-innen und den Anforderungen der Praxis für die fünf Vergleichsländer unterschiedlich zu beurteilen ist. Dabei sind für alle fünf Länder bzgl. der Angemessenheit der Ausbildung im Hinblick auf die Anforderungen in der Berufsausübung von Physiotherapeut/-innen sowohl positive als auch kritische Aspekte bzw. Vor- und Nachteile beschreibbar.
- Die Angemessenheit der Ausbildung(sinhalte) im Hinblick auf die Bewältigung der Anforderungen im Berufsalltag von Physiotherapeut/-innen fiel in der Experten- sowie der Berufsangehörigenbefragung (s. dazu Kap. 4.2.3, 4.2.5) im Ländervergleich für D und F tendenziell am ungünstigsten aus.
- Dabei wiesen die Expert/-innen aus D, F, GB und NL insb. darauf hin, dass (zukünftig neue) Tätigkeitsfelder, wie die integrierte Versorgung oder die Arbeit mit chronisch Kranken bzw. alten Menschen verstärkt in den Ausbildungen berücksichtigt werden müssen. Andere Bereiche, wie bspw. die physikalische Therapie, werden dagegen – insb. in der Ausbildung in D – zu stark fokussiert, da derartige Maßnahmen in der Praxis nur gelegentlich bzw. kaum Anwendung finden. Hier kann durch die Ausbildung zwar eine gute Vorbereitung auf die Praxis erreicht werden, allerdings kommen die diesbezüglich erworbenen Fähig- und Fertigkeiten kaum zur Anwendung.
- In allen Ländern – insb. aber in D und F – kamen die Befragten der Berufsangehörigenbefragung zu der Einschätzung, dass die Ausbildungsinhalte aktualisiert werden sollten. Gleiches gilt für eine stärkere Praxisorientierung der schulischen Ausbildung, die insb. die Teilnehmer/-innen in F und A für notwendig halten (s. dazu Kap. 4.2.5).
- Die Befunde weisen auch darauf hin, dass v. a. für die Physiotherapieausbildung in D und F eine defizitäre Vermittlung wissenschaftlicher Kompetenzen sowie eine ungenügende Herausbildung von (Selbst-)Reflexions- und Clinical Reasoning-Fähigkeiten stattfindet (s. Kap. 4.2.3, 4.2.5). Auch gab lediglich ein Drittel der Teilnehmer/-innen der Berufsangehörigenbefragung in D, F und A an, durch die absolvierte Ausbildung gut oder sehr gut auf evidenzbasiertes Arbeiten vorbereitet worden zu sein.
- Auch auf die in der Praxis notwendigen organisatorischen Aufgaben von Physiotherapeut/-innen sehen sich die Befragten aller Vergleichsländer nur ungenügend vorbereitet, was im Hinblick auf eine mögliche Selbstständigkeit mit eigener Praxis v. a. für D, F und A besonders problematisch erscheint. Gleiches ist für die Aspekte Beratung und Kommunikation sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit zu verzeichnen. Dabei schätzen v. a. die Befragten in D die Vorbereitung auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit durch die Ausbildung als ungenügend ein.
- Ähnliche Einschätzungen hinsichtlich bestehender Verbesserungsoptionen der Ausbildung wurden auch in der Berufsmigrantenbefragung für D und in der Expertenbefragung für alle Vergleichsländer geäußert (s. dazu Kap. 4.2.2, 4.2.3).

- Gleichzeitig wird für D die praktische Ausbildung als besondere Stärke hervorgehoben (s. Kap. 4.2.2, 4.2.3), da sie den Schüler/-innen frühzeitig und kontinuierlich direkte Patient/-innenkontakte ermöglicht. Dagegen verweisen bspw. die Expert/-innen in GB und A auf eine zu kurze praktische Ausbildungszeit sowie einen ungenügenden Kontakt der Physiotherapiestudent/-innen mit realen Patienten (s. Kap. 4.2.1.4, 4.2.3).
- Für keines der fünf Vergleichsländer wurde in den abgegebenen Einschätzungen die Akademisierung (von Teilen) der Physiotherapie als solche grundsätzlich in Frage gestellt. Sowohl die Experten- als auch die Berufsangehörigenbefragung zeigt, dass die Befragten in D und F eine grundsätzliche Verlagerung der Physiotherapieausbildung an die Hochschulen als einen notwendigen Schritt erachten und dass die vollzogene Verlagerung in GB, NL und A positiv bewertet wird (s. dazu Kap. 4.2.3, 4.2.5).
- Hinsichtlich der bisher an einigen Orten vorgenommenen Einführung von Bachelor- und Masterstudiengängen in D wurde insb. die Unüberschaubarkeit der existierenden Studiengänge mit sehr heterogener Qualität bzgl. der Inhalte und Anforderungen und teilweise zu geringer physiotherapeutischer Orientierung kritisiert. In diesem Zusammenhang wird von den deutschen Expert/-innen die Erweiterung bundeseinheitlicher Vorgaben für die Physiotherapieausbildung, bspw. durch ein bundesweit verbindliches Curriculum gefordert (s. Kap. 4.2.3).
- Einige der Expert/-innen in NL verwiesen auf Qualitätseinbußen der vorhandenen Bachelorstudiengänge seit der Einführung von Masterstudiengängen, wodurch aktuell eine generelle Ausbildung von Physiotherapeut/-innen auf Masterniveau gefordert wird (s. Kap. 4.2.3).
- Von den Expert/-innen in A, wo die Verlagerung der Ausbildung in den hochschulischen Sektor erst wenige Jahre zurückliegt, wurde kritisch angemerkt, dass die Wissensanreicherung der Ausbildung – insb. im Hinblick auf die Vermittlung wissenschaftlicher Kompetenzen – gleichzeitig mit einer Verringerung der praktischen Ausbildungsanteile und Lernphasen einherging, was es in ihren Augen wieder zu verbessern gilt (s. Kap. 4.2.3).

4.3 Gesundheits- und Krankenpflege

4.3.1 Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege im Ländervergleich

Pflegende bilden in allen Vergleichsländern die größte Berufsgruppe des Gesundheitswesens (vgl. European Commission Ed. 2012b, S. 63). Sie sind in allen Bereichen tätig: vom Rettungsdienst über die Pflege im Krankenhaus bis hin zur Versorgung in Rehabilitationseinrichtungen, im häuslichen Umfeld und in der stationären Langzeitpflege. Dabei haben sie es mit Personen jeden Alters und sozialen Hintergrunds zu tun, die sie entweder direkt versorgen oder für die sie, je nach Qualifikationsgrad, individuell das Versorgungsgeschehen betreuen (vgl. NHS Careers 2012f). Entsprechend variabel fallen die Aufgabenprofile der einzelnen Pflegenden aus (vgl. Currie & Carr-Hill 2012).

International – einschließlich in den Vergleichsländern – stellen Pflegende, trotz der gemeinsamen Definition von Kernmerkmalen ihrer Qualifizierung und Aufgaben, eine heterogene Berufsgruppe dar (vgl. ICN 2008b, S. 4; Currie & Carr-Hill 2012). Es ist davon auszugehen, dass diese Heterogenität fortbestehen und sich durch den verstärkten Einsatz von Assistenzpersonal auf der einen und von weiterqualifizierten Pflegenden auf der anderen Seite weiter verstärken wird (vgl. ebd.). Der Weltverband der Pflegenden (International Council of Nurses, ICN) hat auf diese Situation reagiert und in einem orientierenden Rahmenpapier fünf Qualifikationsstufen innerhalb des Pflegepersonals definiert, denen Kompetenzen von jeweils unterschiedlicher Komplexität zugeordnet sind (vgl. ebd.).

Die im Rahmen der GesinE-Studie mit den entsprechenden Qualifikations- und Kompetenzprofilen in F, GB, NL und A zu vergleichenden deutschen Ausbildungen in der *Gesundheits- und Krankenpflege*, *Gesundheits- und Kinderkrankenpflege* sowie *Altenpflege* – bzw. (allgemeiner) die Ausbildungsprogramme für „Pflegefachpersonen“⁵¹ – sind im ICN-Rahmenpapier auf der dritten von fünf Stufen angesiedelt (vgl. ICN 2008b). Diese Stufe charakterisiert Pflegende i. S. von selbstständig und eigenverantwortlich handelnden Gesundheitsprofessionsangehörigen auf der Basis einer erfolgreich absolvierten, staatlich anerkannten (bzw. ggf. registrierten und/oder akkreditierten) mind. dreijährigen Ausbildung. Ihr Handeln hat sich dabei am ICN-Ethikkodex (vgl. ICN 2006) sowie an der Definition professioneller Pflege des ICN (vgl. ICN 2010) auszurichten.

51 In der vorliegenden Darstellung wird die Bezeichnung „Pflegefachpersonen“ anstelle der in D vielfach verwendeten, dem Sozialrecht entliehenen technokratischen Bezeichnung „Pflegefachkräfte“ bevorzugt genutzt.

Demnach umfassen die Aufgaben von Pflegefachpersonen die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung – allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen – von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Dies schließt Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sowie die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben bestehen in der Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy) ihrer Patient/-innen, in der Förderung einer sicheren Umgebung, in der Mitwirkung an der Forschung(-sanwendung) und in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und der Bildung (vgl. DBfK 2010).

Einteilung der Pflegeberufe in den Vergleichsländern

Die in D zu findende Aufteilung in drei grundständig ausgebildete Pflegeberufe – Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege – findet sich in dieser Form in den anderen Vergleichsländern nicht.

Die größte Ähnlichkeit i. S. einer Aufteilung in drei Abschlüsse besteht dabei in A. Die Ausbildungen führen dort innerhalb des sog. „Gehobenen Dienstes für die Gesundheits- und Krankenpflege“ zu Abschlüssen in der „Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege“, in der „Kinder- und Jugendlichenpflege“ sowie in der „Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege“ (vgl. §1 GuK-AV 1999).

In F kennt man nur *eine* Krankenpflegeausbildung. Ein spezifischer Abschluss für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist durch eine zwölfmonatige Verlängerung der Krankenpflegeausbildung möglich oder durch den späteren Besuch einer ebenfalls zwölfmonatigen Weiterbildung (vgl. Hartwig 2010, S. 328). Eine eigenständige Altenpflegeausbildung existiert nicht, wohl aber vertiefende Studienmöglichkeiten in Gerontologie, d. h. der Wissenschaft vom Alter(n), die sich spezifisch (auch) an Pflegefachkräfte richten (vgl. ebd.).

In GB werden nach einer gemeinsamen einjährigen Grundqualifizierungsphase in der Ausbildung auf der Stufe von Pflegefachpersonen vier Vertiefungsrichtungen angeboten: Erwachsenenkrankenpflege (adult nursing), Kinderkrankenpflege (children's nursing), Psychiatrische Pflege (mental health nursing) und Behindertenpflege (learning disability nursing) (vgl. NHS Careers 2011f).

In NL sind die berufszulassenden Ausbildungen für Pflegende seit Mitte der 1990er Jahre in einem zusammenhängenden, fünfstufigen System geordnet. Die fünf Stufen sind mit jeweils unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen verbunden, bauen aufeinander auf und bilden zugleich in sich selbstständige, abgeschlossene Qualifizierungsangebote (vgl. de Jong & Landenberger 2005, S. 119 ff.). Dieses Prinzip ist mit dem in GB zu findenden sog. „Grade-Mix“, d. h. der Zusammensetzung von Pflegeteams mit unterschiedlich qualifizierten Mitarbeiter/-innen (vgl. Scott 2003) sowie dem Qualifikationsstufen-Konzept des ICN vergleichbar.

Pflegefachpersonen sind in NL dabei den Stufen 4 und 5 zugeordnet. Zum Erwerb dieses Abschluss sind zwei Wege möglich: eine Ausbildung für „verpleegkundige“ (MBO, Niveau 4) im sekundären Bildungssektor und eine für „verpleegkundige“ (HBO, Niveau 5)⁵² im tertiären Bildungssektor.

In einer ersten Phase sind beide Ausbildungen berufsfeldbreit angelegt. Anschließend folgt eine Differenzierungsphase. Die Lernenden können dabei in der MBO-Ausbildung (Niveau 4) im letzten Jahr ihrer drei- bis vierjährigen Ausbildung zwischen fünf Richtungen wählen: (1) Pflege im Krankenhaus (verpleegkunde in ziekenhuizen, ZH), (2) Pflege in Alten- und Pflegeheimen und in der Hauskrankenpflege (v. in de verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg, VVT), (3) Psychiatrische Pflege (v. in de geestelijke gezondheidszorg, GGZ) und (4) Behindertenpflege (v. in de gehandicapenzorg, GHZ) (vgl. ROC.NL 2012a).⁵³ In der HBO-Ausbildung (Niveau 5) entscheiden sich die Lernenden im dritten und vierten Studienjahr für eine von drei Vertiefungsrichtungen: (1) Allgemeine Pflege (algemeene gezondheidszorg, AGZ), (2) Psychiatrische Pflege (geestelijke gezondheidszorg, GGZ) oder (3) „Public Health“ (maatschappelijke gezondheidszorg, MGZ) (vgl. Sesink et al. 2003, S. 407).

Trotz der Differenzierungen innerhalb der Ausbildungen führen die Absolvent/-innen in GB und NL einheitlich die Bezeichnung „nurse“ bzw. „verpleegkundige“ (MBO) oder „verpleegkundige“ (HBO). An diese wird dann eine ergänzende Beschreibung angefügt. Das Einsatzfeld der Absolvent/-innen ist durch die gewählte Vertiefungsrichtung nicht beschränkt.

52 Diese Zuordnung ist *nicht* zu verwechseln mit der Zuordnung zu den Stufen des Europäischen Qualifikationsrahmens.

53 Die genannten vier Richtungen werden noch nicht an allen Ausbildungsstandorten umgesetzt. An einigen Orten wird noch nach einem älteren, berufsfeldbreit angelegten Programm ausgebildet, welches jedoch ausläuft (vgl. ROC.NL 2012b).

Tabelle 4.3.1: Ausbildungen auf Pflegefachpersonen- sowie -helferstufe in den Vergleichsländern				
Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Niederlande	Österreich
Pflegefachpersonen				
<i>drei Berufe:</i> - Gesundheits- und Krankenpflege - Gesundheits- und Kinderkrankenpflege - Altenpflege	<i>ein Beruf:</i> Infirmiere	<i>ein Beruf mit vier Vertiefungsrichtungen:</i> Nursing - Erwachsenenpflege - Kinderkrankenpflege - Psychiatrische Pflege - Lernbehindertenpflege	<i>zwei Berufe mit vier bzw. drei Vertiefungsrichtungen:</i> Verpleegkunde MBO (Niveau 4) - Ziekenhuizen - Verpleegen Verzorgingshuizen en Thuiszorg - Geestelijke Gezondheidszorg - Gehandicaptenzorg Verpleegkundige HBO (Niveau 5) - Allgemeine Pflege - Psychiatrische Pflege - Public Health	<i>drei Berufe:</i> - Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege - Kinder- und Jugendlichenpflege - Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege
Pflegeassistent-/-helferqualifikationen (mit ein bis zwei Jahren Dauer)				
<i>mehrere</i> auf Bundesländerebene geregelte 1-, 1,5- und 2-jährige Ausbildungen, z. B.: (Gesundheits- und) Krankenpflegehilfe, (Gesundheits- und) Pflegeassistent und Pflegefachhilfe	<i>eine</i> landesweite einheitliche 2-jährige Ausbildung: Aide-soignante	<i>mehrere</i> 1-, 1,5- und 2-jährige, oft berufsbegleitende Ausbildungen mit den Oberbegriffen auf zwei Stufen: - Healthcare assistants - Assistant practitioners	<i>Helferausbildungen auf drei Stufen:</i> - Zorghulp (MBO Niveau 1, 1 Jahr) - Helpende Zorgen Welzijn (MBO Niveau 2, 1 bis 2 Jahre) - Verzorgende Individuele gezondheidszorg (MBO Niveau 3, 2 bis 3 Jahre)	<i>eine</i> 1-jährige bundesweit einheitliche Ausbildung: Pflegehilfe

Helferqualifikationen in der Pflege

Pflegehelferausbildungen bestehen in allen Vergleichsländern. In D finden sie unter verschiedenen gesetzlich geschützten Bezeichnungen, in ein-, seltener in 1,5- oder zweijährigen Programmen nach Bundesländerrecht statt. Auch in GB bestehen diverse, unterschiedlich lange, oft berufsbegleitende Ausbildungen für „healthcare assistants“ (HCAs) und „assistant practitioners“ (APs).⁵⁴ In F, NL und A hingegen gibt es landesweit

einheitlich geregelte Helferausbildungen mit definierten Anforderungen an die Inhalte und die Festschreibung von Kompetenzprofilen (s. Tab. 4.3.1).

Hinzu kommen in allen fünf Ländern eine Vielzahl unterschiedlichster Qualifikationen von weniger als einem Jahr Umfang. Personen mit diesen Abschlüssen werden v. a. in Langzeitpflegeeinrichtungen eingesetzt. Dies wird vielfach kritisch betrachtet und in Bezug auf

54 Die beiden Begriffe werden im Allgemeinen als Oberbegriffe für unterschiedliche Titel, wie bspw. „auxiliary nurses“ und „enrolled nurses“ (vgl. NHS Careers 2012e, S. 11) oder „healthcare nurses“ verwendet (vgl. RCN 2012). „Healthcare assis-

tants“ (HCAs) haben i. d. R. eine Qualifikation auf Level 2 oder 3 des 8-stufigen Qualifikationsrahmenkonzepts innerhalb des „National Health Services“ (NHS career framework) (vgl. NHS Careers 2012g). „Assistant practitioners“ (APs) sind hingegen auf dem Level 4 einzuordnen (vgl. NHS Careers 2012h).

eine angemessene Betreuung hoch vulnerabler Klient/-innen, insb. z. B. von Personen mit Demenzerkrankungen hinterfragt.

Auffallend in F und GB ist der im Vergleich zu D und A deutlich höhere Anteil von Personen mit Helferabschlüssen am Gesamtpflegepersonal. In F etwa machen die zweijährig qualifizierten „aide-soignantes“ ca. 50% des Krankenhauspflegedienstes aus, während der Helfer/-innen-Anteil in D und A bei unter 10% liegt. NL nimmt hier eine Mittelstellung ein.

Der Makel der Geringqualifizierung und Jedermann-/frau-Tätigkeit, der in D (Pflege-)Helferqualifikationen vielfach anhaftet, trifft insb. für F eher nicht zu (vgl. Daydé et al. 2010). Mit der gesetzlichen Verankerung zentraler Aspekte ihrer Qualifizierung und Berufsausübung und der 2005 novellierten, kompetenzorientierten Ausbildung gelten „aides-soignants“ heute in F als weitgehend eigenverantwortlich tätige Pflegenden in ihren Aufgabenbereichen – obwohl sie unter der Supervision von „infirmiers“ stehen (vgl. Daydé et al. 2010; Infirmiers.com 2012).

Da in der GesinE-Studie neben dem Vergleich der Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der Altenpflege in D mit den entsprechenden Qualifikations- und Kompetenzprofilen in F, GB, NL und A insb. eine Qualifikationsanalyse spezifisch für die *Gesundheits- und Krankenpflege* vorzunehmen war, beziehen sich die weiteren Ausführungen vordergründig auf dieses Qualifikationsprofil.

Kompetenzprofile von Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen

In den fünf Vergleichsländern werden in ähnlicher Weise innerhalb des Aufgaben- und Verantwortungsbereichs von Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (D) bzw. von „infirmiers“ (F), „nurses“ (GB), „vepleegkundige“ (MBO und HBO) (NL) sowie „Gesundheits- und Krankenschwestern/-pflegern“ (A) drei Handlungskompetenzbereiche unterschieden. Es handelt sich – jeweils etwas anders bezeichnet – um (1) einen eigenverantwortlichen, (2) einen mitverantwortlichen und (3) einen interdisziplinären Bereich. Am Beispiel von A – zugleich aber vergleichbar mit den Beschreibungen für D und die anderen Vergleichsländer – bedeutet dies Folgendes (vgl. §§14-16 GuKG 1997):

(1) *Zum eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich* werden Aufgaben, wie die Erhebung der Pflegebedürfnisse und die Beurteilung des Pflegebedarfs (Pflegediagnostik), die Pflegeplanung, Organisation, Durchführung und Bewertung/Evaluation der pflegerischen Maßnahmen sowohl im stationären Bereich

(z. B. Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, Rehabilitationszentren) als auch im ambulanten Bereich (z. B. Hauskrankenpflege) sowie Aufgaben der Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege wahrgenommen.

Dazu gehören auch die Anleitung sowie die Überwachung des Pflegeassistenten- bzw. Hilfspersonals. Im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich tragen die Pflegefachkräfte Anordnungsverantwortung und, sofern sie die Pflegemaßnahmen selbst durchführen, entsprechend Durchführungsverantwortung.

(2) *Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich* umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, wie z. B. die Verabreichung von Medikamenten, die Vorbereitung und Durchführung von Blutentnahmen, Injektionen/Infusionen, das Legen von Magensonden u. a., auf ärztliche Anordnung. Die Pflegefachkräfte sind dabei für die sachgerechte Durchführung verantwortlich.

(3) *Im interdisziplinären Tätigkeitsbereich* schließlich arbeiten die Pflegefachkräfte mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens zusammen. In diesem Bereich haben sie ein sog. „Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht“. Im Mittelpunkt dieses Tätigkeitsbereichs stehen Aufgaben, wie die Verhütung von Krankheiten und Unfällen, die Gesundheitsförderung und die Entlassungsvorbereitung aus dem Krankenhaus.

Im Vergleich der Länder wurde in Bezug auf den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich zuerst in GB das Ziel formuliert, dass Pflegefachpersonen eine patientenzentrierte Pflege und Betreuung sicherzustellen haben, die auf *wissenschaftlichem Wirksamkeitsnachweis* (Evidenz-Basierung) und gesundheitsförderlichem sowie präventivem Handeln beruht. Dabei sollen sie als „knowledgeable practitioners“ – in etwa: kenntnisreiche, reflektierende Praktiker – agieren können (vgl. NMC 2004).

Dieser Anspruch findet sich sinngemäß auch in zentralen Dokumenten zur Regelung der Ausbildung und Berufsausübung der Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen in den anderen Vergleichsländern wieder (vgl. z. B. für D: §3 KrPflG; für F: Code de la santé publique; für NL: GGZ Nederland 2005; NIZW 2005; für A: GuKG 1997, FH-GuKG-AV 2008).

4.3.1.1 Gesetzliche Grundlagen der Berufsausübung und Ausbildung

Die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnungen in der Gesundheits- und Krankenpflege (und auch in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) sowie zentrale Punkte der Ausbildung werden in D im, zum 01.01.2004

novellierten, Krankenpflegegesetz sowie in der dazugehörigen Krankenpflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung geregelt (vgl. KrPflG 2003; KrPflAPrV 2003). Auf dieser Basis liegt es in der Verantwortung der Bundesländer, darüber hinausgehende Regelungen zur curricularen Gestaltung und zur Qualitätssicherung der Ausbildungen zu treffen.

Vergleichbare, für A zutreffende Regelungen enthält dort das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz von 1997 (vgl. GuKG 1997/ i. d. F. von 2009) sowie derzeit zwei Gesundheits- sowie Krankenpflege-Ausbildungsverordnungen (vgl. GuK-AV 1999; FH-GuK-AV 2008) (s. weiter unten).

Eine gesetzlich verpflichtende *Registrierung beruflich Pflegenden* gibt es weder in D noch in A. In beiden Ländern bestehen lediglich Möglichkeiten der freiwilligen Registrierung. Im Gegensatz dazu besteht in F, GB und NL für Pflegefachpersonen eine berufliche Registrierungspflicht. Um diese aufrechtzuerhalten, sind definierte Fortbildungsaktivitäten verpflichtend nachzuweisen.

In F ist es der „Code de la santé publique“, der die Tätigkeit und zentrale Punkte der Ausbildung der Pflegenden wie auch die anderer Gesundheitsberufe regelt. Er enthält ein nationales Rahmencurriculum für die Pflegeausbildung sowie einen differenzierten Berufskodex. Die Beachtung des Kodexes ist ebenso wie die Registrierung im „ADELI-Register“ und seit 2009 im Register des Nationalen Pflegeberufsverbandes (Ordre National des Infirmiers, ONI)⁵⁵, der zugleich als Berufskammer fungiert, Voraussetzung für die Aufnahme der Tätigkeit als Pflegefachperson (vgl. ONI 2012a).

In GB formuliert auf der gesetzlichen Grundlage von „The Nursing and Midwifery Order 2001“ der „Nursing and Midwifery Council“ (NMC) die Standards für die Ausbildung und deren Akkreditierung sowie die Berufstätigkeit der Pflegefachpersonen (und Hebammen) (vgl. NMC 2009). Dies geschieht in Kooperation mit dem Berufsverband „Royal College of Nursing“.

Um als „nurse“ in GB tätig sein zu können, ist eine berufliche Registrierung beim NMC notwendig (vgl. NMC 2004a). Hierfür war bislang eine erfolgreich abgeschlossene „diploma“- oder „degree“-Ausbildung nachzuweisen. Ein „diploma“-Abschluss als Zugang zur beruflichen Registrierung wird nur noch für die Anfang 2013 auslaufenden Ausbildungsgänge akzeptiert,

55 Noch sind in F nicht alle Berufsangehörigen als Mitglied im ONI bzw. im Register eingetragen. Ende September 2012 waren erst ca. 121.000 der rund 520.000 „infirmiers“ registriert (vgl. ONI 2012b). Bislang werden – innerhalb einer 5-jährigen – Übergangsfrist – noch keine Sanktionen für Nicht-Registrierungen verhängt. Gleiches gilt für den (Nicht-) Nachweis der inzwischen verpflichtenden Fortbildungsaktivitäten.

anschließend berechtigt nur noch ein „degree“, d. h. ein Bachelorabschluss zur Registrierung (vgl. NHS Careers 2012e).

Die berufszulassenden Ausbildungen und zentralen Aspekte zum Schutz der Berufsausübung für „verpleegkundige“ (MBO und HBO) sind in NL im Gesetz über die Berufe in der individuellen Gesundheitsversorgung (Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg) geregelt (vgl. Wet BIG 1993). Dies schließt u. a. die verpflichtende berufliche Registrierung im sog. „BIG-Register“ ein.

4.3.1.2 Bildungssystematische Zuordnung der Ausbildung

In D findet die dreijährige Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung regulär im sekundären Bildungsbereich statt. Der Unterricht wird dabei in staatlich anerkannten Schulen an Krankenhäusern oder in mit Krankenhäusern verbundenen Schulen vermittelt (vgl. §4 KrPflG 2003).

Seit 2004 besteht in D zudem durch die sog. *Modellklausel* (vgl. §4 Abs. 6 KrPflG 2003) die Möglichkeit, berufszulassende Bachelor-Pflegestudiengänge zu absolvieren. Unter der Maßgabe, das gesetzlich verankerte Ausbildungsziel (vgl. §3 KrPflG 2003) und die Vereinbarkeit der Ausbildung mit der Richtlinie 2005/36/EG nicht zu gefährden, werden dabei in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Studienkonzepte innerhalb von drei bis viereinhalb Jahren umgesetzt (vgl. z. B. Stöver 2010).

Eine ähnliche Situation wie in D findet sich derzeit auch in A. Neben der bisher regulär im sekundären Bildungsbereich angesiedelten dreijährigen Ausbildung in der „Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege“ an Gesundheits- und Krankenpflegeschoolen werden zunehmend auch berufszulassende Bachelor-Pflegestudiengänge an Universitäten und Fachhochschulen (FHs) angeboten. Auch hier variieren die Konzepte und die Studiendauer. Dabei gibt es für Studiengänge an FHs bundesrechtlich angesiedelte Ausbildungsverordnungen einen Rahmen vor (vgl. FH-GuK-AV 2008). Eine reguläre Überführung der Pflegeausbildung an die FHs, wie sie 2005 für eine Reihe von Gesundheitsberufen erfolgte, steht in A derzeit aus.

In F erfolgte zum Studienjahr 2009/2010 eine Verlagerung der Krankenpflegeausbildung aus dem post-sekundären in den tertiären Bildungsbereich. Seither endet die dreijährige Ausbildung regulär mit einem Bachelor-Abschluss (vgl. Debout et al. 2012). Bei der Umstellung der Ausbildung blieben die bisherigen Krankenpflegeschoolen weitestgehend erhalten. Sie gingen auf regionaler Ebene Kooperationen mit Medizinischen Fakultäten ein. Diese wiederum müssen nun

mind. 27% des Rahmenlehrplaninhalts der Krankenpflegeausbildung abdecken (vgl. ebd.).

In GB enden im Studienjahr 2012/13 die letzten sog. vorakademischen Pflegeausbildungen an tertiären Bildungseinrichtungen (Higher Education Institutions, HEIs), die neben den drei- und an manchen Orten vierjährigen Bachelorstudiengängen bestanden haben. Damit führen in GB ebenfalls nur noch Bachelorstudiengänge zu einem Berufsabschluss auf dem Niveau der Pflegefachperson.

In NL schließlich ist seit den 1990er Jahren sowohl ein Abschluss über den mittleren Berufsausbildungsweg (MBO) innerhalb von drei oder vier Jahren im sekundären Sektor an regionalen Ausbildungszentren (ROCs) möglich, als auch ein Abschluss über den höheren Berufsausbildungsweg (HBO) innerhalb von vier Jahren im tertiären Sektor an Hogescholen.

Die Gesamtverantwortung für die Organisation und Koordination der theoretischen und praktischen Ausbildung liegt in D bei den Schulen (bzw. Hochschulen). Diese Situation ist vergleichbar mit den Regelungen in F, GB und A. Sie gilt auch in NL, und zwar für die Ausbildung an Hogescholen, und auf MBO-Niveau an den ROCs, sofern diese den „beroepsopleidende leerweg (BOL)“ absolvieren. Bei dieser Ausbildungsform schließen die Lernenden einen Ausbildungsvertrag mit einem ROC und absolvieren die praktischen Teile der Ausbildung im Status von Praktikant/-innen. Anders ist das bei der Form der MBO-Ausbildung auf dem „beroepsbegeleidenden leerweg“ (BBL). Bei dieser auch als Lehrlingsausbildung bezeichneten Form haben die Lernenden einen Arbeits- und Ausbildungsvertrag z. B. mit einem Krankenhaus geschlossen, erhalten eine Vergütung und gehen i. d. R. einen Tag pro Woche zur Schule. Die Verantwortung für die Sicherstellung der Ausbildung ist dabei, vergleichbar der dualen Ausbildung in D, zwischen praktischem und theoretischem Lernort aufgeteilt.

4.3.1.3 Ziel, Inhalt und Struktur der Ausbildung

Die Ausbildung von Pflegefachpersonen in den Vergleichsländern orientiert sich an der Richtlinie 2005/36/EG zur gegenseitigen Anerkennung der Berufsqualifikationen in der Europäischen Union (EU). Die Einhaltung der darin festgelegten Mindestanforderungen an die Pflegeausbildung bildet innerhalb der EU die Voraussetzung für die freie Beweglichkeit „der Krankenschwester und des Krankenpflegers, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind“ (vgl. EU Parlament & Rat der EU 2005, S. 23). Mit „allgemeiner Pflege“ (general nursing) ist ein berufsfeldbreites Handeln gemeint, das prinzipiell durch die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege in D bzw. einer

entsprechend damit vergleichbaren Ausbildung in den Vergleichsländern möglich ist.

Für die Zulassung zur (Allgemeinen) Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung ist nach der Richtlinie 2005/36/EG eine mind. zehnjährige allgemeine Schulbildung notwendig⁵⁶ (vgl. ebd., S. 40).

Die Mindestausbildungsdauer beträgt drei Jahre oder 4.600 Stunden theoretischen Unterricht und praktische Unterweisung. Das theoretische Element darf dabei nicht weniger als ein Drittel und das praktische Element nicht weniger als die Hälfte der Mindestausbildungsdauer betragen (vgl. ebd.). Zudem sind mind. die im Punkt 5.2.1 der Richtlinie 2005/36/EG festgehaltenen Themen und Fachgebiete in das Ausbildungsprogramm zu integrieren. Nähere Vorgaben zum Umfang und zur Tiefe der Auseinandersetzung mit den benannten Themen werden nicht gemacht (vgl. ebd.).

Die Ausbildung soll dabei den Erwerb folgender Kenntnisse und Fähigkeiten gewährleisten (vgl. EU Parlament & Rat der EU 2005, S. 41):

- angemessene Kenntnisse in den Wissenschaften, auf denen die allgemeine Krankenpflege beruht, einschließlich ausreichender Kenntnisse über den Organismus, die Körperfunktionen und das Verhalten des gesunden und kranken Menschen sowie über die Einflüsse der physischen und sozialen Umwelt auf die Gesundheit des Menschen;
- ausreichende Kenntnisse in der Berufskunde und in der Berufsethik sowie über die allgemeinen Grundsätze der Gesundheit und Pflege;
- angemessene klinische Erfahrung, die der Ausbildung dient und unter Aufsicht von qualifiziertem Pflegepersonal an Orten zu erwerben ist, die aufgrund ihrer Ausstattung und wegen der in ausreichender Anzahl vorhandenen Personals für die Krankenpflege geeignet sind;

⁵⁶ Im Dezember 2011 wurde ein Modernisierungsentwurf der Richtlinie 2005/36/EG vorgelegt. Er sah u. a. eine Anhebung von zehn auf zwölf allgemeinbildende Schuljahre als Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege vor (vgl. Europäische Kommission 2011, S. 37). Diese Regelung wird bereits in 24 von 27 EU-Staaten umgesetzt (vgl. Europäische Kommission – Vertretung in Deutschland 2012). Im Januar 2013 hat nun der Ausschuss Binnenmarkt des EU-Parlaments einen Kompromiss zur heftig umstrittenen Frage des Zugangs zur Ausbildung verabschiedet. Dieser kam v. a. auf Druck der deutschen Bundesregierung durch die Mobilisierung einer Sperrminorität im EU-Parlament zu Stande. Es wurde festgelegt, dass von der Richtlinie zukünftig sowohl berufliche Ausbildungen auf der Grundlage von zehn als auch hochschulische Ausbildungen auf der Grundlage von zwölf Jahren Allgemeinbildung erfasst werden. Zudem wurde von der Europäischen Kommission beschlossen, einen Kompetenzkatalog als Mindestanforderung für alle Gesundheits- und Krankenpfleger/innen zu verfassen (vgl. DBfK 2013).

- die Fähigkeit, an der Ausbildung des mit der gesundheitlichen Betreuung befassten Personals mitzuwirken, sowie Erfahrung in der Zusammenarbeit mit diesem Personal und
- Erfahrung in der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufsangehörigen.

Diese recht allgemein gehaltenen Aspekte sowie die in der Richtlinie 2005/36/EG genannten Rahmenvorgaben konnten bei der Analyse der Ausbildungen für die *Gesundheits- und Krankenpflege* in den Vergleichsländern – wenngleich in unterschiedlicher Ausprägung – alle identifiziert werden.⁵⁷

4.3.1.4 Weiterführende Qualifizierungen und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten

In den Pflegeberufen gibt es eine sehr große und in allen fünf Ländern wachsende Vielfalt an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Aufgaben im direkten Patient/-innenkontakt sowie für Pflegemanagement-, -bildungs- und -forschungsaufgaben.

Anders als in D, wo pflegerische (Fach-)Weiterbildungen nicht in die Regelungskompetenz des Bundes fallen, sind für F, GB, NL und A für zentrale Fachgebiete und Kompetenzbereiche Mindestanforderungen an die Gestaltung der Qualifizierungsgänge und an die zu erwerbenden Kompetenzen auf staatlicher Ebene bzw. in den Standards der von staatlicher Seite autorisierten Berufsorganisationen vorgegeben.

Je nach Weiterqualifikationsprofil sind dabei v. a. für Pflegende in F, GB und NL deutlich erweiterte Handlungskompetenzen – i. S. einer „Advanced Nursing Practice“ – verbunden. Dazu gehört z. B. eine – je nach erworbener Zusatzqualifikation – unterschiedlich breit ausgestattete Befugnis, Medikamente, Verbandstoffe und (Pflege-)Hilfsmittel zu verschreiben sowie Überweisungen an Mediziner/-innen oder andere Gesundheitsberufe, z. B. Physiotherapeut/-innen, auszustellen (s. auch Kap. 3.2.3). In D und A sind solche Rollen bislang nicht bzw. erst in Ansätzen etabliert und werden – mit Bezugnahme auf Positionspapiere und Analysen zur erweiterten Pflegepraxis auf internationaler Ebene – von den Pflegeberufsverbänden eingefordert (vgl. z. B. DBfK Hrsg. 2011; DBfK et al. 2013).

Auf Masterebene haben Weiterqualifikationen für Pflegende innerhalb Europas in GB die längste Tradition (vgl. Whyte et al. 2000). Der britischen Entwicklung folgend wurden auch in NL seit den 2000er Jahren mit den „nurse practitioners“ (NP) und den „physician assistants“ (PA) – zunächst im Rahmen von Modellprojekten evaluierte – neue (pflegerische) Berufsbilder auf Masterniveau eingeführt (vgl. z. B. HBO 2003 a, b). Die NPs diagnostizieren und behandeln i. d. R. in Krankenhäusern definierte Patientengruppen, z. B. mit Diabetes mellitus oder chronischen Lungen- oder Hauterkrankungen. Dies tun sie eigenverantwortlich innerhalb interdisziplinärer Teams und dabei im Austausch, aber *nicht* auf Anweisung von Mediziner/-innen (vgl. z. B. Derckx 2006; de Jong 2008; Schuttelaar et al. 2010). PAs hingegen sind unter ärztlicher Anweisung und Supervision tätig und z. B. in Hausarztpraxen für sog. „minor ailments“ (kleinere Gebrechen) zuständig (vgl. Crommentuyn 2002).

Das Ziel einer systematischen Weiterentwicklung nach dem Konzept des lebensbegleitenden Lernens und in Orientierung am Stufenkonzept „Assistenzqualifikation – Bachelor – Master – Promotion“ haben in den Pflegeberufen bislang nur GB und NL umfänglich erreicht.

Zwar bestehen auch in D und A seit nunmehr ca. 20 bzw. knapp zehn Jahren für Pflegende Möglichkeiten, gesundheits- und pflegebezogene Studiengänge zu absolvieren, doch sind diese bisher überwiegend nicht berufszulassend konzipiert und zudem so, dass sich die Absolvent/-innen i. d. R. für Tätigkeiten in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, für Management- und Leitungspositionen oder für die Wissenschaft qualifizierten und somit dem Arbeitsfeld der unmittelbaren Patientenpflege meist verloren gingen (vgl. Spirig & Geest 2004, S. 235). Wenn sie nach Beendigung ihres Studiums in die Beschäftigung „am Patientenbett“ zurückkehren, so ist dies derzeit i. d. R. noch damit verbunden, dass sie hier überwiegend für Tätigkeiten eingesetzt werden, für die sie laut Stellenbeschreibung und Vergütung keinen Hochschulabschluss benötigen (vgl. Höhmann et al. 2008, S. 79). Dieses Bild wandelt sich langsam und es werden sowohl in A als auch – verzögert – in D weiterqualifizierende pflegerische Studiengänge für patientennahe Tätigkeiten eingerichtet.

Die in den Vergleichsländern vorzufindenden vielfältigen, unterschiedlich geregelten Weiterqualifikationen geben Anlass zu der Vermutung, dass die berufszulassenden Ausbildungen zur „Pflegefachperson“ die aktuellen und zukünftigen Qualifikationsbedarfe für die Leistungserbringung im pflegerischen Handlungsfeld nicht umfänglich abdecken können. Sie stellen

⁵⁷ Sie finden sich insb. für D und A in den Berufsgesetzen und den Ausbildungs- und (Prüfungs-)Verordnungen (vgl. für D: KrPflG 2003; KrPflAPrV 2003 & für A: GuKG 1997; GuK-AV 1999; FH-GuK-AV 2008), in F in den Artikeln L 4311-1 ff. des Code de la santé publique, in GB in den „Standards of proficiency for pre-registration nursing education“ des „Nursing and Midwifery Council“ (vgl. NMC 2004) und in NL in den für die Konzeption der Ausbildungsprogramme maßgeblichen Kompetenzprofilen für „verpleegkundige“ (HBO u. MBO) (vgl. GGZ Nederland 2005; NIZW 2005).

vielmehr für einen beträchtlichen Teil der so qualifizierten Personen eine „Basis-/Sockelqualifikation“ für darauf aufbauende Spezialisierungen mit zunehmend mehr individuell gestalteten Berufsbiografien dar.

(Kaum) Erkenntnisse zur Angemessenheit der Ausbildung in Bezug auf die Berufspraxis

Europäisch-vergleichende Studien zur Pflegeausbildung, der darin erworbenen Kompetenzen und ihrer Nutzung auf dem Arbeitsmarkt sind rar. Vorhandene Studien tangieren i. d. R. lediglich Teilaspekte des Themas und beziehen sich häufig auf Länder, die für die GesinE-Studie nicht relevant sind (vgl. insb. Spitzer & Perrenoud 2006; Nolan & Brimblecombe 2007; Saarikoski et al. 2007; Goodman et al. 2008; Jackson et al. 2009; Salminen et al. 2010).

Die Frage nach dem Verhältnis von in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen und ihrer Angemessenheit für die Nutzung auf dem Arbeitsmarkt tangierend, wurden in D in den vergangenen Jahren zahlreiche wissenschaftlich begleitete Modellprojekte zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe durchgeführt. Meist jedoch beschränkten sich die Evaluationsergebnisse der Projekte auf Aussagen zur Machbarkeit neuer Ausbildungsmodelle. Aus ihnen wurde i. d. R. geschlossen, dass eine inhaltliche Zusammenführung der drei Ausbildungen – Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege – möglich sei (vgl. z. B. Oelke & Menke 2005, S. 53 f.; Müller 2009). In den Evaluationen blieben aber entscheidende Fragen, insb. zur Passung der Ausbildungen auf die Versorgungsbedarfe und zu ihrer Verwertbarkeit auf dem Arbeitsmarkt, außen vor (vgl. Dielmann 2009). Kritisch zu hinterfragen sind die verwendeten Studiendesigns, die vielfach keine hinreichend robusten Aussagen zu den Forschungsfragen zulassen (vgl. Darmann-Finck & Foth 2011). Zu verweisen ist zudem darauf, dass für die durchgeführten Modelle insb. deutlicher Klärungsbedarf hinsichtlich der Integration v. a. der Kinderkrankenpflege bzw. der Relation zwischen generalisiertem und spezialisiertem Wissen innerhalb einer neu gestalteten Pflegeausbildung bestehen bleibt (vgl. Stöver 2010, S. 176).

Dennoch wurden die aus den Modellprojekten gezogenen Schlussfolgerungen wesentlich in die Argumentation und Eckpunkte des Entwurfs eines neuen Pflegeberufgesetzes integriert (vgl. Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012; s. auch Anhang A 13.5).

Die umfassende, gesetzlich verankerte Evaluation der nach § 4(6) KrPflG und § 4(6) AltPflG (sog. „Modellprojektklauseln“) zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten, die einen berufszulassenden

Abschluss im Hochschulsektor vorsehen, steht derzeit aus. Gleiches gilt für F für die umfassende, gesetzlich vorgesehene Evaluation der Pflegeausbildungsreform von 2009 (Stand: 01.2013).

In GB wurde mehrfach diskutiert, ob die vier Vertiefungsrichtungen innerhalb der Pflege-Erstausbildung – „adult nursing“, „children’s/paediatric nursing“, „mental health nursing“ sowie „learning disability nursing“ – in Übereinstimmung mit der Pflegeausbildung in den meisten anderen Ländern zu einer einzigen generalistisch angelegten Qualifizierung zusammengeführt werden sollten (vgl. Bradley 2003; Davies 2008a, b). Dabei stand insb. die Vertiefungsrichtung für die Kinderkrankenpflege zur Diskussion (vgl. Davies 2008a). Die Befürworter ihrer Weiterführung als Vertiefungsrichtung fordern, dass weitere Pflegeausbildungsreformen auf rational nachvollziehbaren, evidenz-basierten Entscheidungsfindungsprozessen beruhen sollten. Dies sei aufgrund fehlender Studien zum Zusammenhang von Qualifizierungsprozessen und der Versorgungs- und Ergebnisqualität in der (Kinder-)Krankenpflege derzeit nicht möglich (vgl. Bradley 2003; Davies 2008a, b).

Mehrere Studien aus GB zeigen zudem auf, dass mit der Verlagerung der Pflegeausbildungen in den Hochschulsektor (bzw. zuletzt mit der Umstellung des Abschlusses „Diploma in Higher Education“ auf einen Bachelorabschluss) die Studierenden die Ausbildungsprogramme zwar mit einem hohen Maß an theoretischen Kenntnissen, aber ohne hinreichende praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten verlassen (vgl. z. B. Elkan & Robinson 1995, Girot 2000; Bradshaw & Merriman 2008). Bradshaw & Merriman (2008) gelangen in einem auf einer Übersichtsarbeit beruhenden Positionspapier zu dem Schluss, dass derzeit nicht sichergestellt ist, dass aus den berufszulassenden Ausbildungsprogrammen in GB in jedem Fall kompetent handelnde „registered nurses“ hervorgehen. Ähnliche Einschätzungen – hier zugleich mit Bezug auf die Fragestellung, ob die Pflegeausbildung in GB hinreichend auf die zukünftig zu erwartenden Anforderungen vorbereitet – finden sich auch in Übersichtsartikeln und Stellungnahmen anderer Autor/innen (vgl. z. B. Holland et al. 2010; Taylor et al. 2010).

Um insb. dem Problem der als zu gering herausgebildeten praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten bei Berufseintritt entgegenzuwirken, gewannen in den vergangenen Jahren diverse Konzepte zur Anbahnung klinischer Kompetenzen an Bedeutung. Dazu gehören das Lernen in Skills-Labs, in simulierten Situationen und auf interdisziplinären Ausbildungsstationen (Interprofessional Training Practice Areas), das Arbeiten mit Praxislernaufgaben sowie die gezielte Lernbegleitung

und Anleitung in den Praxismodulen, einschließlich der systematischen Lernstands- und -erfolgskontrolle (Mallik & McGowan 2007; Glen 2009). Trotz dieser Initiativen sei weiterhin – hier für GB festzuhalten – i. d. R. nach Abschluss des Studiums eine umfassende Einarbeitung neu registrierter Pflegefachpersonen unumgänglich (vgl. ebd.).

Für NL ist auf das Projekt „Verpleeging & verzorging 2020 – Leren van de toekomst“ (sinngemäß: „Pflegeberufe 2020 – Lehren aus der Zukunft“ („V&V 2020“-Projekt; vgl. V&VN 2012e) zu verweisen. Im Auftrag des Gesundheitsministeriums wurden darin unter der Leitung des Pflegeberufsverbandes „Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland“ (V&VN) zwischen 2010 und 2012 die bestehenden Berufsprofile auf ihre Zukunftsfähigkeit hin geprüft und im März 2012 neue Profile für Pflegeassistent/-innen (verzorgende), Pflegefachpersonen (verpleegkundige) und für Fachpflegende (verpleegkundig specialisten) vorgestellt (vgl. V&VN 2012b, c, d). Als spezifische Antworten auf die Herausforderungen eines altersgewandelten Gesundheitssystems wurden dabei spezifisch Qualifikationsprofile für Fachpflegende mit erweiterten Kompetenzen in der gemeindenahen Versorgung und im Case Management für Personen mit Demenz konzipiert (vgl. V&VN 2012f, g). Ein weiteres zentrales Ergebnis des Projekts besteht darin, dass das neue Profil für die Qualifizierung von „verzorgenden“, d. h. von Pflegeassistent/-innen, anders als das bisherige generalistische Profil, Schwerpunktsetzungen für einzelne Gruppen von Patient/-innen bzw. Pflegebedürftigen vorsieht. Die verschiedenen, am ICN-Stufenkonzept angelehnten und auf den niederländischen Kontext angepassten Qualifikationsprofile werden im sog. „Beroepenhuis V&V 2020“ (sinngemäß: „Berufshaus“) zusammengefasst. In diesem neuen Gesamtkonzept der Pflegeberufe in NL gibt es keinen Abschluss mehr für Pflegefachpersonen im sekundären Bildungssektor, d. h. für „verpleegkundige (MBO, Niveau 4)“. An ihre Stelle rückt der Abschluss für „zorgkundige (MBO, Niveau 4)“ (vgl. V&VN 2012h, S. 34 f.). Die Beschreibung des angedachten Kompetenzprofils der „Zorgkundigen“ zeigt eine weitestgehende Übereinstimmung mit den bisherigen „verpleegkundigen (MBO, Niveau 4)“ (vgl. V&VN 2012b).

Für A wurden die (nicht im Einzelnen publizierten) Ergebnisse der Evaluierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (vgl. GuK 1997) für die Ableitung von Reformmaßnahmen in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung bzw. – ähnlich wie in NL – zur Entwicklung eines Gesamtkonzeptes zur Qualifizierung in den Pflegeberufen herangezogen (vgl. Rottenhofer 2009). Das Ergebnis ist der Entwurf eines „Kompetenzmodells für Pflegeberufe in Österreich“ (vgl. ÖGKV 2011). Dieses Modell sieht ein gestuftes, auf

den österreichischen nationalen Kontext angepasstes Qualifikationsstufenkonzept in Anlehnung an das „Nursing Care Continuum Framework“ des ICN vor (vgl. ÖGKV 2011, S. 14; s. Anhang A 13.5).

4.3.2 Erkenntnisse aus der Befragung von Berufsmigrant/-innen

4.3.2.1 Zu den befragten Pflegenden sowie den Gründen und Rahmenbedingungen ihrer Migration

Die Auswertung der Befragung der Berufsmigrant/-innen aus der Pflege basiert auf Interviewaussagen von 16 Personen (F: 3, GB: 3, NL: 3, A: 7; insgesamt 12 Frauen und 4 Männer). Bis auf eine Berufsmigrantin aus A, die mehrere Jahre in GB tätig war, und einen Befragten aus F, der seine Ausbildung in D absolviert hat, stammen alle anderen 14 Befragten aus D. Sie alle haben dabei mind. ihre Pflegeausbildung in D absolviert, waren in vielen Fällen auch hier tätig und haben dann i. d. R. mehrere Jahre in einem der Vergleichsländer gearbeitet (fünf Personen) oder waren zum Befragungszeitpunkt noch immer dort tätig (elf Personen). Eine Frau lebt dabei in D und pendelt zur Arbeit nach NL.⁵⁸

Die Gründe für die Aufnahme einer Tätigkeit in den Vergleichsländern waren etwa gleich häufig von privater oder beruflicher Natur oder von beidem zugleich geprägt. Ein Mann und vier Frauen zogen aufgrund des Lebensmittelpunktes ihrer/s Partner/-in nach F bzw. nach GB und A. Vier weitere gaben an, dass sie, aufgrund einer allgemeinen Unzufriedenheit, etwas Neues kennenlernen oder etwas Grundlegendes ändern wollten. Drei von ihnen reagierten dabei auf Zeitschrifteninserate von Personalvermittlungsagenturen und fanden über diese eine Anstellung in GB bzw. NL.

Für zwei weitere Befragte ergab sich im Anschluss an ihre Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung keine Anstellung in einem Krankenhaus in ihrer Region. Sie bewarben sich, nachdem eine Vermittlung über eine Agentur nach GB nicht zustande kam, in A.

Zwei Frauen, die beide über mehrere Jahre Berufserfahrung verfügten, fanden im Zuge einer „Kündigungswelle im Krankenhaus“ (A_N1), von der sie mit betroffen waren, über die Kontaktierung früherer Kolleg/-innen, die bereits nach A gegangen waren, ebenfalls dort eine Anstellung. Von beiden war dieser

58 Eine nähere Vorstellung der Befragungsteilnehmer/-innen findet sich im Anhang B 3.1. Die Befragten bilden eine Gelegenheitsstichprobe. Ihre Einschätzungen vermitteln einen Einblick in die Berufstätigkeit und Qualifizierung von Pflegefachpersonen in den Vergleichsländern. Aus ihnen sind – was auch nicht Zielsetzung dieser Teiluntersuchung war (s. Kap. 2.2.1) – keine verallgemeinerbaren Schlussfolgerungen ableitbar.

Schritt als vorübergehende Lösung gedacht. Inzwischen schließen sie die Rückkehr nach D aus.

Drei Befragte – zwei davon in NL und eine Person in A – gaben an, dass für sie der Weggang aus der Pflege in D die Alternative zu einem kompletten Ausstieg aus dem Pflegeberuf gewesen sei.

Die Anerkennung ihres Berufsabschlusses gestaltete sich, abgesehen von dem insb. für A als bürokratisch und zeitaufwendig empfundenen Verfahren, für die nach den 1990er Jahren weggegangenen Personen als problemloser „Verwaltungsakt“ (NL_N2). In A hat die Ausstellung der Anerkennung – die sog. Nostrifikation – in zwei Fällen mehr als drei Monate gedauert. Eine Befragte gab dabei an, aufgrund von Personal-mangel bereits zwei Monate zuvor als „Gesundheits- und Krankenschwester“ eingestellt worden zu sein (A_N4).

Wenn eine Rückkehr nach D bzw. in je einem Fall nach F und A erfolgte, so wurde dies mit familiären Gründen und Heimweh begründet. Dass die gesammelten Berufserfahrungen im Ausland ihre jetzige Tätigkeit beeinflussen, bestätigten die Befragten mit einer Ausnahme. Sie ermöglichte z. B. die Anstellung als „Pflegeexpertin“ in einem Krankenhaus. In zwei Fällen führte sie dazu, nicht mehr in deutschen Krankenhausstrukturen tätig sein zu wollen. Eine Frau trat dabei in den Berufsverband ein und begann ein pflegebezogenes Studium, „um an Strukturen etwas ändern zu können“. Eine andere sprach davon, sich eine Nische „im ambulanten Dienst“ gesucht zu haben: „Hier [glaubt sie] kannst du in Deutschland wohl noch am ehesten Pflege halbwegs umsetzen“ (GB_N3, S. 4).

4.3.2.2 Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Berufsausübung von Pflegefachpersonen in den Vergleichsländern

Einschätzungen zu den Rahmenbedingungen der Berufsausübung

Die Bedingungen an ihren Arbeitsorten außerhalb von D befanden alle, bis auf zwei Befragte, die für A sprachen, als zufriedenstellender im Vergleich zu D. Mehrere berichteten in diesem Zusammenhang davon, dass sie sich mit Wertschätzung wahrgenommen erleb(t)en und sich einbringen konnten bzw. können. Fast alle sprachen zudem davon, an ihren Arbeitsplätzen außerhalb von D weniger Arbeitsdruck empfunden zu haben bzw. zu empfinden.

„Hier darf ich wieder Mensch sein und muss nicht wie eine Maschine funktionieren und möglichst die Klappe halten. Hier wird gefragt, was ich meine und

hier hab ich das Gefühl, dass ich das machen und leisten kann und darf, was für mich Pflege ausmacht. Das [...] macht zufrieden.“ (NL_N3, 27:30)

„In Deutschland war ich oft für drei oder auch vier Patienten auf der ITS zuständig und hier meist für einen, manchmal für zwei. Dabei sind die Patienten hier nicht noch kränker wie in Deutschland und es ist auch nicht so, dass man nicht ausgelastet ist, man hat [...] gut zu tun, aber es ist weniger gefährlich und du hast nicht ständig die Sorge im Kopf, dass nicht was passiert, [...]“ (NL_N2, 14:20)

Einschätzungen zum Aufgabenspektrum und dem pflegeberuflichen Handeln

Für A wurden von den Befragten unterschiedliche Einschätzungen zu ihren Aufgaben im Vergleich zu D abgegeben. Zwei sahen keine Unterschiede, drei gaben an, in A „als Vollschwester weniger zu dürfen als vorher in Deutschland“ (A_N3), und zwei, dass ihre Aufgaben nun umfangreicher wären. Als Beispiele führten sie an, jetzt Blutentnahmen zu machen, venöse Zugänge zu legen und Infusionen mit Chemotherapie anzuhängen. Beide gaben an, dass dies nicht überall so sei, sondern für ihr Krankenhaus individuell so geregelt wäre, dass Pflegenden diese Aufgaben übernehmen dürften.

Für F beschrieben alle drei Befragten das Gesundheitssystem und dabei insb. die Rolle der Pflegenden als stärker auf die Ärzteschaft ausgerichtet. Pflege stelle sich hier „mehr als Hilfskraft des Arztes dar, anstatt als 'ne Profession, die wirklich [...] einen eigenen Aufgabenbereich hat“ (F_N1 09:13).

Zudem berichteten alle drei davon, dass sie verstärkt Bemühungen wahrnehmen würden, Pflegekräfte mit erweiterten Kompetenzen auszustatten. Das habe v. a. mit dem zunehmenden Mangel an Mediziner/-innen und mit Sparzwang zu tun und auch damit, dass man sich „auch in Frankreich Gedanken machen muss, wie man den Pflegeberuf attraktiver macht, Karriere möglich macht quasi, damit genug junge Leute den Beruf gut finden“ (F_N3, 33:15). Die Befragten nahmen diese Entwicklung zwiespältig wahr. Einerseits begrüßten sie sie, andererseits verwiesen sie darauf, „dass die Erweiterung der Kompetenz im Moment ausschließlich auf ärztliche, medizinische Kompetenzen zutrifft“ (F_N1, 37:17), wobei jedoch „der pflegerische Bereich ein bisschen an Profil verloren hat“ (F_N2 09:49).

Ähnliche Beschreibungen zur Funktion von Pflege finden sich auch in den Einschätzungen der Berufsmigrant/-innen für GB und NL, sofern sie sich auf das Handeln im Krankenhaus beziehen:

„Also als Intensivschwester [in England], [...], hatte ich nach einem halben Jahr etwa fast so viel Befugnis wie ein Turnusarzt. [...] Ich durfte dort alles spritzen, ich durfte dort alles anhängen, wofür man in Österreich einen Arzt rufen muss.“ (N_GB 1, 20:30) [...] „Also in England, [...], [ist] die Pflege da mehr auf die Assistenz des Arztes ausgerichtet. [...] In Österreich machen Pflegenden mehr Pflege in dem Sinne. So haben wir [...] mit Pflegevisite angefangen. Dafür hätte man dort [...] wenig Verständnis, wüsste man gar nicht, was das soll.“ (N_GB 1, 32:14). (N_GB 1, 31:50)

„Also man geht davon aus heute, dass Pflegenden [in den Niederlanden] ein großes medizinisches Wissen haben müssen [...] [und] Fertigkeiten, um zum Teil den Arzt nicht zu ersetzen, aber zumindest überbrücken zu können.“ (NL_N1, 22:45) [...] „Bei alledem ist [mein] Eindruck, dass die Pflege, [...] das eigene Berufsbild [...] so wie ich das in Deutschland kenne, so ein bisschen hinter sich zurückgelassen hat.“ (NL_N1, 22:36).

Zur Pflege im ambulanten Sektor konnte nur eine Berufsmigrantin Einschätzungen abgeben. Sie pendelt aus D über die Grenze nach NL zur Arbeit. Dort versorgt sie zwischen acht und neun Patient/-innen pro Tag. Zuvor in D wären es oft sechs bis sieben pro Stunde gewesen. Ihre Arbeit beschreibt sie als verantwortungsvoller als in D. Eine Rückkehr nach D schließt sie aus. Dadurch, dass die Patient/-innen in NL einige Leistungen selbst zahlen müssten, würden sie – ihrer Einschätzung nach – stärker hinterfragen, was an Unterstützung notwendig sei und sich aktiver in die Pflege einbringen, als in D. Dadurch seien wiederum die Pflegenden darauf bedacht, verantwortungsvoll mit den Ressourcen umzugehen, Unterstützungsangebote begründet auszuwählen und auch die Angehörigen bewusster anzuleiten und zu unterstützen. Dies sei ihr zwar auch in D wichtig gewesen, doch hätten ihr hier die Möglichkeiten, v. a. Zeit gefehlt:

„Ich beantrage so viel Zeit, wie ich meine für meine Patienten zu brauchen. Ich habe Verantwortung. Das ist herausfordernd, aber schön.“ (NL_N3, 18:35)

„Ich hab endlich Zeit für meine Patienten, Zeit für die Pflege im engeren Sinn, also Körperpflege, Mobilisieren, und für das, was mindestens auch gleich wichtig ist, nämlich für das Anleiten, Zeigen, für Patienten und auch für die Angehörigen. Ich hab Zeit zuzuhören und auf die Weise zu helfen. Das ist Pflege. Das ist für mich eine ganz neue Erfahrung, dass das überhaupt möglich ist.“ (NL_N3, 08:40).

Einschätzungen zur intra- und interdisziplinären Zusammenarbeit

Für F wurde beschrieben, dass es viel weniger dreijährig ausgebildete Fachpersonen und dafür mehr Pflegehelfer auf den Krankenhausstationen gibt. Dabei wurden die Aufgaben von allen drei Befragten als sehr konkret zugeordnet befunden:

„Die Aufgaben von *infirmiers* und *aidé soignants* sind grundsätzlich klar nach Funktionsbeschreibungen aufgeteilt. Dass die Pflegehelferin Arbeiten macht, die eigentlich nicht in ihrem Ressort sind oder von Vollschwestern eben auch, das kommt bei uns seltener vor. [...] Aber man unterstützt sich gut gegenseitig und ist nicht so hierarchisch, wie sich das vielleicht erst mal anhört.“ (F_N2, 11:30).

Ähnliche Beschreibungen finden sich in zwei Interviews für GB und in einem für NL. Hier – wie auch für F – wurde dabei die Patientensituation kritisch angesprochen:

„Ich find's für den Patienten schwierig, weil der dann permanent mit ganz vielen verschiedenen [Pflegerinnen] konfrontiert wird, die alle nur 'n Teilbereich machen.“ (NL_N1, 14:20).

Zwei Befragte, je eine für A und eine für NL, deuteten auch Herausforderungen im Hinblick auf effektive Arbeitsabläufe – hier in der stationären Langzeitpflege – durch den hohen Einsatz von gering(er) qualifiziertem Pflegepersonal an. So beschrieb die Befragte für A, dass sich der Einsatz von „Heimhelfer/-innen“⁵⁹ für die im Pflegeheim anfallenden Aufgaben und Abläufe nicht bewähre:

„Wenn ich nämlich mit 'ner Heimhelferin im Dienst bin und die vieles ja nicht darf bei pflegeaufwendigen Patienten, muss ich die Arbeit alleine machen. [...] einige Dinge darf ich nicht delegieren.“ (A_N7, 07:10.)

Und die Befragte für NL sprach davon, dass in Pflegeheimen nur wenige Pflegefachpersonen (verpleegkundige) tätig sind. Der überwiegende Teil des Personals werde durch Personen auf den Niveaustufen zwei, maximal drei gebildet, die von den „verpleegkundigen“ angeleitet und supervidiert werden müssen. Dies führe zu Überforderungssituationen und gefährde die Qualität der Versorgung der Bewohner/-innen, die hauptsächlich von gering(er) qualifizierten Personen erbracht wird.

59 „Heimhelfer/-innen“ werden in einem Lehrgang im Umfang von 200 Unterrichtsstunden Theorie und 200 Unterrichtseinheiten Praxis qualifiziert. „Heimhilfe“ ist eine Ausbildung für Erwachsene und kein Ausbildungsberuf (vgl. AMS 2012).

Im Hinblick auf *Mediziner/-innen* berichteten jeweils alle drei für GB und für NL Befragte von einer engen und von gegenseitiger Anerkennung getragenen Kooperation. Diese sei deutlich anders, als sie sie zuvor in D und A erlebt hätten. Sie führten dies v. a. auf die in GB und NL geringere Ärztedichte zurück. Diese „zwingt geradezu zu einem effektiven Austausch“ (GB_N3, S. 5):

„Wenn der Arzt dort anruft und fragt wie es dem Patienten geht und ich sage, dass alles passt, dann hat der mir vertraut. Das muss er auch, weil er kann ja nicht alles alleine schaffen. Und umgedreht kann ich aber auch anrufen [...], wenn ich ein Problem sehe und dann stimmen wir uns ab und dann muss er kommen [...] und [...] ich mich auch drauf verlassen können [...], dass er dann auch hilft.“ (GB_N1, 20:45).

Für F und A hingegen finden sich neben positiven auch kritische Einschätzungen. Hier berichteten mehrere Befragte davon, dass „noch ein hierarchisches Denken mitunter herrsche [...] und von Schwestern wie von Patienten [...] so ‘ne ziemliche Unterwürfigkeit [...] den Ärzten gegenüber [zeigt]“ (A_N5, 34:10). Dahingehend äußerte zudem eine Berufsmigrantin für A, dass sie den Eindruck habe, dass die Patient/-innen in A – anders als sie dies während ihrer Tätigkeit in GB empfunden habe – „Krankenschwestern nicht ganz ernst nehmen und ihnen wenig zutrauen und dass umgedreht die Schwestern und Pfleger auch nicht viel dazu beitragen, dieses Bild zu ändern.“ (GB_N1, 43:25). Den Grund dafür sah sie in Defiziten der österreichischen Pflegeausbildung und erhoffte sich dahingehend Veränderungen von dem zunehmenden Angebot von Pflegestudiengängen.

4.3.2.3 Einschätzungen zur Pflegeausbildung und zu beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten

Zur *Qualität der Ausbildung* in D und den Vergleichsländern befragt, schnitt die deutsche Ausbildung in den Antworten aller 13 Befragten, die hierzu Angaben machen konnten, besser ab:

„Wenn man direkt nach Vorbildern für die Ausbildung guckt, dann ist es aber schon noch Deutschland, das da ein gewisses Vorbild ist. Die Kollegen, die von dort kommen, die können schon was.“ (GB_N1, 58:45).

In diesem Zusammenhang berichteten sechs von der – ihrem Empfinden nach – ebenfalls hohen, „wenn nicht noch höheren Qualität“ (A_N6) der Ausbildung von Kolleg/-innen aus der Slowakei, Tschechien und Ungarn. An der Ausbildung in A wurde insb. die als zu gering befundene Vermittlung medizinischen Grundlagen bemängelt. Zudem würden viele Inhalte

theoretisch in der Schule zwar vermittelt, dürften jedoch in der Praxis nicht geübt werden.⁶⁰

Die Ausbildung in F wurde von allen drei Befragten als stark medizinorientiert beschrieben. Die seit dem Studienjahr 2009/10 umgesetzte Bachelorausbildung erlebten die Befragten als noch nicht geglückt umgesetzt. Dass ein Teil der Inhalte nun an Universitäten vermittelt werden muss und dass dieser Part hauptsächlich von Ärzt/-innen geleistet wird, beschrieben zwei als fraglich hinsichtlich der Herausbildung eines pflegerischen Verständnisses:

„Das heißt, selbst wenn es eine universitäre Ausbildung ist, muss man trotzdem in Frage stellen, inwieweit hier tatsächlich eine pflegerische Kompetenz gefördert wird oder ob hier einfach [...] eine ärztliche Hilfskraft ausgebildet wird.“ (F_N1, 22:20).

In Bezug auf die Ausbildung in GB waren die Antworten der zwei Befragten dahingehend gleich, dass der Pflegeberuf dort im Vergleich zu anderen Ausbildungen im Gesundheitssektor vielfach als weniger attraktiv befunden wird. „[Die] Verlagerung der Ausbildung an die Universitäten [habe] sicher geholfen, gute Leute zu bekommen“, könne ihrer Einschätzung nach aber den fortschreitenden Mangel an Fachkräften nicht aufhalten, „weil sicher auch viele eigentlich geeignete junge Menschen wegen dem Respekt vor einem richtigen Studium nun nicht in die Pflege kommen.“ (GB_N2, 26:50).

Im Hinblick auf die *beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten* ist zu erwähnen, dass insb. die drei Befragten für GB von guten Perspektiven berichteten. Zwar sei der Entwicklungswille unterschiedlich ausgeprägt, aber die Idee des lebenslangen Lernens wäre allgemein präsenter. Zwei sprachen an, dass sie es für gut befänden, dass länger dauernde weiterführende Qualifizierungen in GB i. d. R. modularisiert angeboten und Teile der einen Qualifizierung oft auf weitere angerechnet würden. So sei ein Vorankommen in Etappen auch neben dem Beruf und mit familiären Verpflichtungen gut möglich.

Zwei sprachen aber auch kritisch an, dass es nicht für alle Themen Kurse geben würde oder man diese nicht in jedem Fall besuchen müsste, um bestimmte Aufgaben, wie z. B. das Schreiben und Interpretieren von EKGs, ausführen zu dürfen. Vieles würde auch beim Arbeiten erlernt und eingeübt werden, „[wo] ich

⁶⁰ Drei Befragte gaben hierzu keine Einschätzung ab. Sie begründeten dies damit, dass sie wenig oder nicht mit Lernenden in Kontakt kommen und/oder ihr Weggang aus D schon länger zurückliegt, so dass eine Einschätzung hierzu lediglich auf Vermutungen oder auf „Hören-Sagen“ (NL_N2) beruhen würde.

denke, ei das gibt's doch nicht'. Da denke ich, können die Engländer schon noch etwas lernen von uns, effizienter und auch sicherer zu arbeiten“ (GB_N1, 38:20).

4.3.3 Erkenntnisse aus der Online-Expertenbefragung

Die Auswertung der Online-Expertenbefragung für die Gesundheits- und Krankenpflege basiert auf den Antworten von insgesamt 68 Teilnehmer/-innen (D: 26, F: 8, GB: 5, NL: 10, A: 19).⁶¹ Zentrale Antworten auf die acht z. T. mehrgliedrig gestellten Fragen werden im Folgenden in drei Themenkomplexen zusammengefasst. Meist orientiert sich die Darstellung dabei an der Länderreihenfolge D, F, GB, NL und abschließend A. Wo dies aufgrund z. B. ähnlicher Einschätzungen sinnvoll erscheint, wird von dieser Reihenfolge abgewichen.

4.3.3.1 Einschätzungen zur Ausbildung im Hinblick auf die Anforderungen an Pflegefachpersonen – Ist-Stand und Perspektiven

In einem ersten Fragenkomplex wurden die Expert/-innen darum gebeten einzuschätzen, ob die derzeitige Ausbildung hinreichend auf die Berufsausübung als Pflegefachperson vorbereitet. Sie sollten angeben, worin sie im Hinblick auf die Aufgaben und notwendigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen Stärken und Schwächen sowie zugleich Verbesserungsmöglichkeiten der derzeitigen Ausbildung sehen. Dies schloss eine Frage danach ein, ob und ggf. welche Qualifikationen und Kompetenzen, die derzeit Fort- und Weiterbildungsbestandteile sind, bereits in die Ausbildung integrierbar erscheinen. Zudem sollten Angaben dazu gemacht werden, in welchen Bereichen bei Berufsanfänger/-innen der größte Unterstützungsbedarf besteht.

Eine erste allgemeine Einschätzung zur Passung von Ausbildung und Berufspraxis

Die Einschätzungen der Expert/-innen, ob die derzeitige Pflegeausbildung hinreichend auf die Berufsausübung vorbereitet, stellen sich in den fünf Vergleichsländern geteilt dar. Dabei sind die Antworten aus F und GB auffallend negativ konnotiert.

Für D lassen sich die Einschätzungen der Expert/-innen in zwei ähnlich große Gruppen teilen. In der einen Gruppe wurde ein Abgleich vorgenommen zwischen den in der Ausbildung vermittelten Kompetenzen und jenen, die davon in der *derzeitigen* Pflegepraxis abgerufen werden. Hierbei fielen die Einschätzungen zur Angemessenheit der Ausbildung zunächst überwiegend zustimmend aus.

In der anderen Gruppe wurde für die Einschätzung die in den Pflegeberufszulassungsgesetzen benannten Ausbildungsziele und/oder ein professionelles Pflegeverständnis in Orientierung an der Definition des ICN (s. Kap. 4.3.1) genutzt. Hier dominierte dann die Wahrnehmung, dass Diskrepanzen zwischen den in der Ausbildung vermittelten bzw. zu vermittelnden Kompetenzen einerseits und der Art und Weise der Berufsausübung unter den gegebenen sowie zukünftig zu erwartenden Rahmenbedingungen und Versorgungsbedarfen andererseits bestehen.

Für D wurde mehrfach geäußert, dass die Ausbildungen für Pflegefachpersonen in allen drei Richtungen (Gesundheits- und Kranken-, Gesundheits- und Kinderkranken- sowie Altenpflege) anspruchsvoll sind und ein breites Qualifikationsspektrum abdecken. Die zu vermittelnden Kompetenzen könnten dabei nach Einschätzung mehrerer Teilnehmer/-innen aber v. a. aufgrund widriger Rahmenbedingungen in der Praxis vielfach nicht genutzt werden. Eine Reihe der deutschen Befragten gelangte dabei zu der Einschätzung, dass die Pflegeausbildungen häufig verwertungsorientiert an den Interessen der ausbildenden Einrichtungen und an einem tradierten, medizinischen, assistierenden Berufsverständnis ausgerichtet sind.

Trotz der gesetzlich vorgegebenen Einsätze im ambulanten Sektor liegt der Fokus der Ausbildungen, in der Wahrnehmung mehrerer Expert/-innen, nach wie vor auf dem stationären Versorgungsbereich. Die vorgesehenen praktischen Lernphasen im ambulanten – gemeint: häuslichen – Sektor würden dabei von vielen Ausbildungsträgern als Einsätze in Krankenhausbambulanzen umgedeutet.

Einige Befragte schätzten die praktische Qualifizierung innerhalb der deutschen Pflegeausbildung als gut ein und als eine Stärke im Vergleich zur Ausbildung internationaler Kolleg/-innen. Mehrfach wurden aber auch Schwächen angeführt. Sie betreffen v. a. den Umstand, dass kaum verbindliche Rahmenvorgaben bestehen. Die einzelnen Praxiseinsätze erscheinen vielfach als zu kurz. Dabei könne zudem die eigentlich zur Verfügung stehende Lernzeit aufgrund von Personal-mangel oft nicht genutzt werden. Das führt nach Meinung der Expert/-innen dazu, dass es den Lernenden oft nicht gelingt, sich nach einer notwendigen „Einge-

⁶¹ Zur Auswahl und Beschreibung der Teilnehmer/-innen an dieser Befragung s. Kap. 2.2.3 und Anhang B 3.2. Die Reichweite der hier festgehaltenen Einschätzungen ist aufgrund der geringen Teilnehmer/-innenzahlen von acht bzw. fünf Expert/-innen für F und GB deutlich begrenzt. Die Angaben der Befragten lassen allenfalls Einblicke in die Situation der berufszulassenden Ausbildungen sowie zur Berufsausübung von Pflegefachpersonen zu. Der Anspruch auf Verallgemeinerbarkeit wird nicht erhoben (zur Methodenreflexion und begrenzten Reichweite der Ergebnisse s. auch Kap. 5.1).

wöhnungsphase“ am jeweiligen praktischen Lernort weiterzuentwickeln. Zudem würden nach Angabe von vier Befragten v. a. viele ambulante Pflegeeinrichtungen noch immer keinen lernfördernden Rahmen organisieren können. Hinzu kommen Mängel in der Kooperation zwischen Schule und praktischen Lernorten.

Zwei der sechs französischen Expert/-innen kamen eindeutig zu dem Schluss, dass die derzeitige Pflegeausbildung in F nicht hinreichend auf die Berufsausübung vorbereitet. Auch in den übrigen Antworten finden sich ähnliche Hinweise. So wurde geäußert, dass die in den gesetzlichen Grundlagen für die Ausbildung und in den dazugehörigen Lernmaterialien beschriebenen Kompetenzen zwar aktuell und prinzipiell auf die sich verändernden Bedarfe der Bevölkerung ausgerichtet sind. Allerdings sei sowohl in der seit 2009 neuen universitären Pflegeausbildung als auch in der Berufspraxis aber bislang wenig von einem neuen, selbstbewussteren Pflegeverständnis und -handeln zu bemerken.

Von den fünf britischen Befragten, die sich zu diesem Thema äußerten, stimmte niemand eindeutig zu, dass die grundständige Pflegeberufsqualifizierung in GB ausreichend auf die Berufstätigkeit vorbereitet. In drei Antworten wurde die grundsätzliche Ausrichtung der Ausbildung am Konzept des Kompetenzerwerbs und an der Wissenschaftsorientierung für gut befunden, nicht aber in jedem Fall die Art und Weise der Umsetzung. Als defizitär würde sich besonders die Anbahnung praktischer Fertigkeiten darstellen. Das erwähnten vier der fünf Antwortenden. Dieses Defizit wurde dabei v. a. mit den kurzen Lernzeiten in der realen Pflegepraxis begründet. Das Üben in Skills-Labs könne keine Praxis ersetzen.

Der in NL wie in GB verfolgte generalistische Ansatz der Ausbildung für Pflegefachpersonen führt nach Einschätzung einiger Befragter in NL zu einer breitgefächerten Ausbildung, die eine Basis für Spezialisierungen bietet. Mehrere Befragte wiesen hierbei darauf hin, dass aufgrund der Breite der Ausbildung die Inhalte einen recht geringen Vertiefungsgrad aufweisen.

Ihre Antworten lassen zugleich aber auch die Vermutung zu, dass in NL dabei ein Bewusstsein dafür entstanden ist, dass von Berufsanfänger/-innen kein Maß an eigenverantwortlicher Handlungskompetenz erwartet werden könne. Stattdessen sei – so die Äußerung von drei Befragten – eine Weiterentwicklung der beruflichen Kompetenzen nach Abschluss der Grundausbildung durch gezielte Einarbeitungskonzepte im jeweiligen Praxisort sowie durch kontinuierliche Fortbildung und Spezialisierung i. S. einer Weiterqualifizierung zur *Fachkrankenpflegeperson* notwendig.

Fünf Befragte aus NL kritisierten zudem die starke Fokussierung der Ausbildung auf den Krankenhaussektor und Akuterkrankungen bei einer gleichzeitig zu geringen Vorbereitung auf die Bedarfe chronisch kranker und alter Menschen, v. a. im ambulanten Versorgungsbereich.

Das Antwortspektrum der österreichischen Expert/-innen ähnelt stark den Antworten aus D. Auch hier wurde von mehreren Personen z. B. eine starke Fokussierung der Ausbildung auf den Krankenhausbereich sowie eine Orientierung an den Verwertungsinteressen der Ausbildungsträger geäußert. Bedarfe in den Bereichen der ambulanten und stationären Langzeitversorgung und von chronisch kranken und alten Menschen sowie Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention würden nach Einschätzung einer Reihe von Expert/-innen noch zu wenig berücksichtigt werden. Auch das Nichteinfordern von Kompetenzen im Praxisfeld, v. a. jener im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich, wie das Pflegeprozesshandeln (vgl. §14 GuKG 1997), wurde von mehreren Befragten bemängelt.

Bewerberklientel

Zum Bewerberklientel für eine Pflegeausbildung finden sich in allen fünf Ländern kritische Anmerkungen. Mehrfach wurde auf die geringe Schulabschlussqualität verwiesen. Die Voraussetzungen und das Lernvermögen der Pflegestudierenden stehe – so explizit für GB und NL berichtet – im Allgemeinen hinter dem der Studierenden anderer Gesundheitsberufe zurück. Die definierten Lernziele seien dabei von vielen kaum erreichbar. Nicht zuletzt aufgrund zurückgehender Bewerberzahlen bei zunehmendem Personalmangel werden dabei häufig auch für ungeeignet befundene Lernende zu einem Berufsabschluss geführt. Diese Aussagen finden sich vereinzelt auch für D und A. Für D wurde in diesem Zusammenhang zugleich mehrfach angemerkt, dass ein Hauptschulabschluss i. d. R. nicht genügt, um die hohen Lernziele der geltenden Pflegeberufsgesetze ohne erhebliche Abstriche zu erreichen.

Curriculare Ausgestaltung in Theorie und Praxis

In dem großen (Interpretations-)Spielraum, den die Ausbildungsstätten auf der Basis der wenig konkreten Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen sowie ggf. vorhandener Rahmenvorgaben der einzelnen Bundesländer in D in der Gestaltung der Curricula haben, wurden von acht Personen sowohl Chancen als auch Risiken für eine gute Berufsvorbereitung gesehen. Defizite in der Herausbildung beruflicher Handlungskompetenzen wurden dabei auch auf die defizitäre und häufig nicht vorhandene akademische Qualifizierung der Lehrenden sowie Praxisanleiter/-innen zurückge-

führt. Ähnliche Beschreibungen finden sich auch bei den französischen Expert/-innen.

Für GB sprachen vier Teilnehmer/-innen die Vielfalt in der Pflegeaus- und Weiterbildung kritisch an. Obwohl es mit dem „Nursing & Midwifery Council“ (NMC) eine Regulierungsbehörde gibt, lassen die vorhandenen Richtlinien des NMC ihrer Einschätzung nach großen Gestaltungsspielraum zu. Diese Situation birgt ihrer Wahrnehmung nach Gefahren für die Qualität der Ausbildungsergebnisse. Auch wurde von drei Personen darauf verwiesen, dass mit der Einführung des NHS-Karriererahmens mit seinen Laufbahnmustern (s. Kap. 3.2.5) Inhalte, wie Blutentnahmen, das Legen von Venenzugängen und die Gabe intravenöser Medikamente, aus der Grundausbildung herausgelöst und in weiterführende Qualifizierungen integriert wurden. Dies schränkt den Handlungsspielraum der Absolvent/-innen der grundständigen Studiengänge ein und erschwert die reibungslose Patientenversorgung. Für GB wurde zudem für fraglich befunden, dass trotz der landesweit einheitlichen Rahmenvorgaben zu Laufbahnmustern (NHS-Karriererahmen) nach wie vor viele Fortbildungen keinen nationalen Standards unterliegen und somit nicht überall anerkannt werden. Bei einem Wechsel des Arbeitgebers müssen sie deshalb häufig wiederholt werden.

Schwächen und Verbesserungsmöglichkeiten der Ausbildung

Neben den oben angeführten gelungenen und weniger gelungenen Aspekten in Bezug auf eine erste allgemeine Einschätzung zur Passung von Ausbildung und Berufspraxis in den Vergleichsländern werden im Folgenden weitere von den Expert/-innen benannte Punkte v. a. unter dem Fokus von Verbesserungsoptionen der Ausbildungen in den Ländern zusammengefasst.

Als mehrfach angeführte Schwäche der Pflegeausbildungen in D beschrieben die Expert/-innen die mit der Reform der Pflegeausbildungen von 2003/04 (vgl. AltPflG 2003, KrPflG 2003) vorgenommene Reduzierung naturwissenschaftlicher und medizinischer Inhalte der Ausbildung. Dieser Aspekt, wurde auch von vielen Befragten der anderen Länder kritisiert. So wurde z. B. für GB mehrfach explizit bemängelt, dass das derzeitige berufszulassende Studium zu wenige grundlegende medizinische Kenntnisse über Krankheiten und Behandlungen vermittelt und u. a. nicht ausreichend auf die Primärversorgung und Gemeindepflege vorbereitet. Dies erscheint ihnen paradox, da diese Einsatzfelder zunehmend bedeutsamer und auch von Seiten des Gesundheitsministeriums und des „Nursing & Midwifery Council“ (NMC) in offiziellen Papieren betont werden.

Für D wurde zudem mehrfach angegeben, dass die Schüler/-innen zum Ausbildungsende noch deutliche Grenzen in den kommunikativen, personalen und methodischen Kompetenzen aufweisen. Dies schließt v. a. die Fähigkeiten zur wissenschaftlich gestützten Reflexion des eigenen Handelns und zur Einnahme einer kritischen Haltung gegenüber den Gegebenheiten ihres Handlungsfeldes ein.

Ferner wurde für D die Differenzierung in drei Pflegefachberufe von mehreren Befragten als veränderungsbedürftig befunden. Sie plädierten für eine generalistische Ausbildung. Dem stehen mehrere andere Expert/-innen skeptisch gegenüber. Sie äußerten, dass die damit gegebene Breite der Ausbildung die Tiefe des Wissens und Könnens gefährden würde. Diese Tiefe erscheint den Expert/-innen aber als zentral, um mit der notwendigen beruflichen Handlungskompetenz nach dem Ausbildungsabschluss optimal agieren zu können. Sie befürchten dabei, dass die, bei einer möglichen Generalisierung der pflegerischen Erstausbildung, als notwendig erachtete Vertiefung in Form von Weiterbildungen, u. a. aus finanziellen Gründen, für viele Pflegende nicht ermöglicht und stattdessen lediglich durch diverse Trainings am Arbeitsplatz ersetzt werden könnte.

Verbesserungsbedarfe der deutschen Ausbildung werden von mehreren Befragten weiterhin in der besseren Anbahnung der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen sowie innerhalb der Gruppe der Pflegenden – auch im Hinblick auf unterschiedliche Ausbildungsniveaus – gesehen. Außerdem wurde mehrfach eine verstärkte Berücksichtigung von Aspekten der Körperarbeit sowie der Techniknutzung als notwendig herausgestellt.

Die angeführten Verbesserungsmöglichkeiten in der derzeitigen Ausbildung von Pflegefachpersonen in F, GB und NL betreffen gleichermaßen Nachjustierungen in der Art und Weise der Akademisierung der Pflegeausbildung, die nach Einschätzung von Befragten aller drei Länder geprägt ist von einer Wissensanreicherung bei einem gleichzeitigen Verlust an ausreichendem Lern- und Erfahrungsraum in der Praxis bzw. im direkten Patientenkontakt (im Detail s. weiter unten).

Für NL wurde in diesem Zusammenhang – ähnlich wie auch in GB (s. o.) – u. a. mehrfach die kompetenzorientierte Ausbildungsgestaltung kritisiert. Diese Ausbildungsform sei zur Anbahnung von Selbstständigkeit und Reflexionsvermögen prinzipiell sinnvoll, scheint in der Umsetzung aber nur teilweise gut gelungen zu sein. Die Lernenden sind dabei in Form selbst organisierter Lerneinheiten viel auf sich allein gestellt, was für viele eine Überforderung darstellt. Die mit der Einführung des kompetenzorientierten Lernens verbundene

Reduzierung an Kontaktstunden bzw. Phasen klassischer Vorlesungen hat sich nach Einschätzung einiger Expert/-innen negativ auf das Wissensniveau der Absolvent/-innen ausgewirkt.

Für A findet sich u. a. die Einschätzung, dass der Fokus der Ausbildung in tradierter Weise auf der Vermittlung pflegerischen Fachwissens liegt. Zukünftig sollte – so die explizite Einschätzung von sieben Befragten – mehr Wert auf interdisziplinäres und selbst organisiertes sowie auf problem- und fallbasiertes Lernen gelegt werden. Auch wurde mehrfach erwähnt, dass es einfacher werden sollte, nach Abschluss der Pflegeausbildung spezifische Kompetenzen i. S. von Sonderausbildungen, z. B. für Psychiatrie, OP, Anästhesie oder Nierenersatztherapie zu erwerben. Dieser Aspekt wurde v. a. im Hinblick auf die mögliche Umsetzung einer generalistischen Pflegeausbildung für wichtig befunden.

In die Ausbildung ergänzend integrierbare Qualifikationen und Kompetenzen

Ob und ggf. welche ergänzenden Qualifikationen in die Ausbildung integriert werden sollten, wurde von den Expert/-innen – v. a. in D und A – zweigeteilt gesehen. Einerseits nannten mehr als die Hälfte der Befragten aus ihrer Sicht wünschenswerte Aspekte, wie z. B. Wund- und Schmerzmanagement, Palliative Care, spezifische Beratungsinhalte sowie gerontopsychiatrische Fachexpertise. Andererseits verwiesen mehrere darauf, dass von einer Grundausbildung nicht zu viel erwartet werden könne und eine Überfrachtung drohe.

Für die französische Pflegeausbildung wurde das Anbahnen von Kompetenzen zu klinischen (pflegediagnostischen) Untersuchungen für sinnvoll befunden. Derzeit handelt es sich dabei um Weiterbildungsinhalte. Auch die verstärkte Auseinandersetzung mit gerontologischen und gerontopsychiatrischen Inhalten wurde mehrfach angesprochen.

Für GB hielten es zwei Befragte für überlegenswert, die Kompetenzen zur Erlangung einer Verschreibungsbefugnis bereits in der berufszulassenden Ausbildung zu vermitteln. Als weitere mögliche integrierbare Inhalte benannten die Teilnehmer/-innen aus GB klinische Untersuchungen und Testverfahren, wie die Spirometrie (Lungenfunktionsprüfung), sowie eine Erweiterung der Möglichkeiten zur eigenständigen Interpretation vorliegender Untersuchungsergebnisse.

Für NL wurde zweimal angesprochen, dass es möglich ist und z. T. auch umgesetzt wird, ergänzende Qualifikationen für HBO-Studierende, meist im Umfang eines Semesters, in das Bachelorstudium zu integrieren.

Das betrifft z. B. Inhalte der Intensivpflege, Dialyse und Kinderkrankenpflege. Für MBO- und auch für HBO-Absolvent/-innen sind diese Inhalte aber nach wie vor auch als Weiterbildungsmodule absolvierbar. Einzelnennungen möglicher weiterer in die Ausbildung integrierbarer Inhalte betrafen die Vorbereitung auf das Abhalten von Pflegesprechstunden sowie von Koordinations-/Case-Management-Aufgaben. Bei einem gleichzeitigen Begrüßen der Integration von Weiterbildungsinhalten in das Bachelorstudium betonten einige Befragte – ähnlich wie auch in D und A (s. o.) – die Sinnhaftigkeit, nach Abschluss der Ausbildung Weiterbildungen zu absolvieren, um das eigene pflegerische Verständnis sowie die Handlungspraxis und Patientenversorgung weiterentwickeln zu können.

Unterstützungsbedarf von Berufsanfänger/-innen zu Beginn ihrer beruflichen Tätigkeit

In ihren Einschätzungen bzgl. des Unterstützungsbedarfs von Pflegeberufsanfänger/-innen verdeutlichten mehrere Expert/-innen für D, F und A, dass diese i. d. R. in personell knapp ausgestatteten Bereichen tätig werden und aufgrund des verdichteten Arbeitsaufkommens meist ohne fundierte Einarbeitung komplexe Situationen bewältigen müssten. Dabei wird erwartet, dass sie – anders als in GB und NL – unmittelbar nach ihrem Berufsabschluss „fit“ für den jeweiligen Einsatzbereich sind.

Mehrere der deutschen Expert/-innen wiesen darauf hin, dass aufgrund begrenzter Ressourcen, hoher Belastungen und mangelnder Zeit im Berufsalltag die Weiterentwicklung personaler und sozial-kommunikativer Kompetenzen leicht durch – gemessen am Verständnis professioneller Pflege – widersprüchliche Anforderungen in den Hintergrund gedrängt wird. Hierbei käme es bei den Berufseinsteiger/-innen zu Verunsicherungen, die häufig bereits in der Ausbildung erlebt werden. Bereits hier sei eine intensive Begleitung notwendig, um reflektiert und konstruktiv mit den Herausforderungen umgehen zu lernen.

Die Absolvent/-innen benötigen – so die Sicht einiger Befragter aus D, F und A – v. a. Unterstützung, um das erworbene Wissen in der Praxis nutzen und es vom Allgemeinen auf den spezifischen, individuellen Einzelfall übertragen zu können. Gleichfalls bedarf es ihrer Wahrnehmung nach Hilfestellungen beim Erkennen der Komplexität von Situationen, beim Setzen von Prioritäten und in Bezug auf das Entwickeln eines methodisch-fachwissenschaftlichen, empathischen Handelns sowie zur Herausbildung einer beruflichen Identität, die sich reinen Verwertungsinteressen entzieht.

Auch von den britischen Expert/-innen wurde betont, dass Berufseinsteiger/-innen in der ersten Zeit ein unterstützendes Umfeld benötigen, um ihre Fähigkeiten zu festigen bzw. um „berufsfähig zu werden“ (N 328). Drei Personen begrüßten dabei den Ansatz vieler NHS-Trusts (s. Kap. 3.1), die ersten zwölf Monate im Beruf als Lernphase zu deklarieren und durch ein Lern- und Einarbeitungskonzept zu strukturieren.

Für alle Vergleichsländer gleichermaßen wurde zudem ein besonderer Unterstützungsbedarf der Berufseinsteiger/-innen bei einem Tätigwerden in der ambulanten pflegerischen Versorgung gesehen.

Veränderungen durch die Akademisierung der Pflegeausbildung

In einem weiteren Themenkomplex wurde gefragt, welche Veränderungen in der Pflegeausbildung der letzten Jahre die Expert/-innen als gelungen und welche sie als weniger gelungen beurteilen. Dabei sollten sie einschätzen, welche Auswirkungen diese Veränderungen auf die Berufsausübung hatten und haben. Diesbezüglich wurden sie insb. auch um Bewertungen von Aspekten der (möglichen) Verlagerung der Pflegeausbildung in den Hochschulbereich gebeten. Aufgrund des unterschiedlichen Entwicklungsstandes in den Vergleichsländern variierten die Blickrichtungen bei dieser Frage. Für D und A ging es um eine noch ausstehende regelhafte (teilweise) Verlagerung an die Hochschulen, in F um den gerade ablaufenden Akademisierungsprozess und in GB sowie NL um eine rückblickende Einschätzung.

D und A als Länder mit modellhaften grundständigen Pflegestudiengängen

Alle befragten Expert/-innen in D, und mit einer Ausnahme auch in A, äußerten sich zu den Fragen hinsichtlich der (möglichen bzw. begonnenen) Akademisierung in den Pflegeberufen. Eine klare Ablehnung findet sich dabei in keiner Einschätzung, wohl aber eine Reihe kritischer Kommentierungen. So wurde u. a. angemerkt, dass in der derzeitigen Vielfalt an Modellstudiengängen in D, die durch nur wenige Vorgaben in den Berufszulassungsgesetzen und den dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen bedingt ist, die Vergleichbarkeit der Angebote erschwert und die Qualität nicht in jedem Fall sichergestellt erscheint. Diese Kommentierungen berührten auch generalistisch ausgerichtete Modellausbildungen im sekundären Sektor, die derzeit z. T. für „([N]och) nicht gelungen“ (N 110) befunden werden. Sie würden sich, so mehrfach geäußert, auf die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege konzentrieren und die Herausforderungen in der Kinderkranken- und Altenpflege sowie allge-

mein die Langzeitversorgung im ambulanten Sektor vernachlässigen.

Zugleich wurde mehrfach angesprochen, dass mit der Novellierung der Pflegeberufsgesetze von 2003 und den damit veränderten Ausbildungen und/oder explizit mit den Modellprojekten „schon ein wichtiger Schritt gegangen [sei]“ (N 161). Diese Einschätzungen beziehen sich v. a. auf die damit verbundene Notwendigkeit, Lehrende besser zu qualifizieren sowie Lernprozesse anders begründet umsetzen zu müssen. So würden im Ergebnis kritischer reflektierende und argumentierende Absolvent/-innen in die Berufspraxis gelangen, was dort wiederum Veränderungen bewirken dürfte.

Im Angebot grundständiger Bachelorstudiengänge wird von mehreren Befragten, in D und A gleichermaßen, u. a. auch eine Chance gesehen, dem drohenden Fachkräftemangel zu begegnen. Das soll v. a. dadurch möglich sein, dass die Absolvent/-innen Steuerungsfunktionen in der Patientenversorgung übernehmen und dabei die Arbeit von zukünftig mehr Assistenzpersonal steuern.

Jene Expert/-innen aus D, die angaben, Einblicke in verschiedene Pflegeausbildungsrichtungen und -modelle zu haben, verwiesen darauf, dass Bachelor-Studierende anfangs Schwierigkeiten haben, sich in der Praxis zurechtzufinden. Dies hänge v. a. mit der bislang ungenügend konzeptualisierten Praxisausbildung in den Studiengängen zusammen. Bei dual angelegten Studiengängen sei dieses Problem weniger gravierend. Die duale Studienform wurde von insgesamt sieben Befragten als besonders überlegenswert herausgestellt. Fünf Personen verwiesen zudem darauf, dass inzwischen bewusst an der besseren Zusammenarbeit zwischen Praxiseinrichtungen und Hochschulen gearbeitet werde.

Einige Befragte aus D und A, v. a. jene, die in Bachelorstudiengängen unterrichten oder sonstige Berührungspunkte zu modellhaften Pflegeausbildungen haben, führten an, dass die dort erworbenen Kompetenzen über das Tätigkeitsprofil von Pflegefachpersonen, die nach bisherigem Muster qualifiziert werden, hinausgehen.

Die Fähigkeiten etwa zur Literaturrecherche und Bewertung von Studien als Basis evidenzbasierter Pflegehandeln sind Kompetenzen, die die Studierenden dabei in den Berufsalltag mitbringen, für die es aber bislang kaum entsprechende Vorbilder und Stellen(beschreibungen) gibt, die deren Anwendung einfordern bzw. „erlauben“ (N 523). Hier sei es wichtig, entsprechende Praxisentwicklungsaufgaben und den notwendigen Raum dafür einzuräumen. Derzeit seien die Absolvent/-innen, sowohl in D als auch in A, viel-

fach selbst herausgefordert, ihre Handlungsfelder in der Praxis mit zu definieren „und erst mal zu erobern“ (N 105). Die Erwartungen, die hier an Personen mit einem grundständigen Bachelorabschluss gerichtet sind, seien vielfach zu hoch und eher für Masterabsolvent/-innen realistisch, die zugleich „bereits älter sind und Berufs- und Lebenserfahrung gesammelt haben“ (N 114).

Sowohl mehrere Befragte in D als auch in A merken an, dass der Akademisierung der Erstausbildung die Entwicklung aufsetzender fachlicher/klinischer Weiterqualifizierungen auf Masterniveau folgen müssten, die die bisherigen Fachweiterbildungen (in D) bzw. Sonderausbildungen (in A) i. S. von „Advanced Nursing Practice“ (s. Kap. 4.3.1) ersetzen oder ergänzen.

Angesichts des zunehmenden Bedarfs an qualifiziertem Pflegepersonal wurde weiterhin mehrfach für D und A darauf verwiesen, dass es bei den notwendigen Bemühungen um eine Akademisierung von zentraler Bedeutung ist, für zahlenmäßig ausreichende Nachwuchskräfte zu sorgen. Hierfür müsse – so explizit viermal für D und zweimal für A formuliert – eine hochwertige berufliche Ausbildung für Personen mit einem mittleren Bildungsabschluss bzw. ohne Hochschulreife erhalten bleiben. Diese Ausbildung sollte nach Einschätzung von drei deutschen Expert/-innen fördernde Elemente enthalten, um auch lernschwache Schüler/-innen so auszubilden, dass sie auf einem erreichbaren guten Qualifikationsniveau zuverlässige Akteure im Pflegeteam werden. Für sinnvoll wurde dabei eine zweijährige Ausbildung für jene jungen Menschen befunden, *„die für die Pflege geeignet wären, [aber derzeit] [...] an den relativ hohen Voraussetzungen der dreijährigen Ausbildung [scheitern]“* (N 133). Dahingehend befanden es mehrere Befragte aus D als bedauerlich, dass die Ausbildung in der Pflegeassistenz nicht bundesgesetzlich geregelt ist.

In D und A gleichermaßen äußerten sich eine Reihe der Befragten bzgl. der möglichen Auswirkungen der Modernisierungen der Ausbildungen insgesamt zurückhaltend, mit dem Verweis darauf, dass entweder keine Begleituntersuchungen und abschließende Evaluationen stattgefunden haben bzw. stattfinden, dass diese noch ausstehen oder auch, dass vorhandene Evaluationen keine ausreichenden Antworten auf die sich stellenden Fragen liefern würden.

F als Land mit gerade stattfindender Verlagerung der Pflegeausbildung an die Universitäten

Auch für F verwiesen die Expert/-innen mehrheitlich auf die ausstehende Evaluation der aktuellen Umbruchsituation durch die Novellierung der Pflegeausbildung von 2009.

Von drei Personen wurde kritisiert, dass die Ausbildung weiterhin unter einem starken Einfluss der Medizin stehe. Die Medizindominanz und die wenig entwickelte eigenständige Rolle der Pflege führen ihrer Einschätzung nach dazu, dass Pflegende in F wenig selbstinitiativ sind und ihren Handlungsspielraum vielfach nicht ausschöpfen. Von der Akademisierung der Pflege wird dahingehend Veränderungspotenzial durch anders qualifizierte Absolvent/-innen erwartet. Damit meinen sie, ähnlich wie in den anderen Ländern, kritisch fragende und reflektiert handelnde Berufsangehörige.

Die gleichen drei Expert/-innen aus F erwähnten zudem die ausstehende Anerkennung der Pflege als akademische Disziplin. Sie verwiesen auf die Notwendigkeit, dass an den Universitäten eigene Pflegeforschungsstrukturen sowie Master- und Promotionsprogramme entwickelt werden müssten. Allein die Ansiedlung der Ausbildung an Universitäten ohne Vorhandensein eines Lernumfeldes, das durch Forschung bzw. ein *„Wissen erzeugendes Klima“* (N 239) geprägt ist, könne wenig bewirken.

GB und NL als Länder mit vollzogener Akademisierung der Pflegeausbildung

Die bisherige Akademisierung der Pflege in GB wurde von den Expert/-innen in keiner abgegebenen Einschätzung grundsätzlich infrage gestellt, wohl aber finden sich hier, wie auch für NL, Hinweise auf wenig günstige Begleiterscheinungen. So wurde von vier der fünf britischen Befragten u. a. eingeschätzt, dass mit dem Wechsel zu einem akademischen Berufsabschluss auf Bachelorebene und der damit verbundenen Einstellung der „Enrolled-Nurses-Ausbildung“ sowie der „diploma“-Ausbildungsgänge viele geeignete Bewerber/-innen aus Respekt vor einem Bachelorstudium von einer Pflegeausbildung abgehalten werden, was den bestehenden Pflegepersonal-mangel zusätzlich verschärft.

Weiterhin erscheint den Befragten aus NL der Ausbau universitärer Master- und Promotionsprogramme notwendig. Die bisher überwiegende Verortung der Ausbildung an den Hogescholen, die wenig Forschung betreiben, führt ihrer Ansicht nach kaum zur Erweiterung des Wissensbestandes der Pflege.

4.3.3.2 Einschätzungen zu den Veränderungen in der Berufspraxis von Pflegefachpersonen

In einem abschließenden Themenkomplex wurden die Expert/-innen gefragt, welche veränderten Rahmenbedingungen des Gesundheits- und Sozialsystems ihres Landes die Berufsausübung von Pflegefachperso-

nen ihrer Ansicht nach derzeit besonders beeinflussen und wie diese Veränderungen konkret wirken. Damit verbunden und zugleich den Kreis zur ersten Frage schließend, in der es um mögliche Verbesserungsbedarfe bezüglich der Ausbildung ging, wurde abschließend nach Veränderungsbedarf in der Berufsausübung von Pflegefachpersonen gefragt.

Die Ergebnisse der Befragung für D und A fallen sehr ähnlich aus. Als besonders relevante Faktoren, die die Berufsausübung beeinflussen, nannten eine Reihe der Expert/-innen v. a. die Prozesse, die mit dem demografischen Wandel verbunden sind, wie bspw. die Zunahme chronisch kranker und alter Menschen, ein verändertes Erkrankungsspektrum, die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitssystems sowie den wachsenden Fachkräftemangel bei einem gleichzeitigen Bewerberrückgang.

Einige Befragte – in D und A gleichermaßen – gehen davon aus, dass diese Veränderungen nicht nur negative, sondern auch positive Effekte auf die Weiterentwicklung der Pflege(berufe) mit sich bringen (können). So wurde erwartet, dass die gesellschaftlichen und gesundheits- und sozialsystembezogenen Veränderungen sowie die Akademisierung der Pflege einen Bedeutungszuwachs und eine verstärkte Anerkennung der Berufsgruppe der Pflegenden mit sich bringen. Für wahrscheinlich gehalten wird eine Zunahme der Zusammenarbeit „auf Augenhöhe mit anderen Berufsgruppen“ (N 103) (s. auch weiter unten), eine Veränderung des pflegerischen Aufgabenzuschnitts sowie zugleich mehr „eigenverantwortliche Gestaltungsräume für anspruchsvolles und sinnstiftendes Handeln“ (N 102). Als Beispiele wurden dabei mehrfach die verstärkt wahrzunehmenden Fall- und Prozesssteuerungsaufgaben durch Pflegenden sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich erwähnt.

Auch der zunehmende „Ärztmangel“ – v. a. im ländlichen Raum – wurde von den Expert/-innen in D und A angesprochen. Dahingehend wurden v. a. auf die Sinnhaftigkeit der Einführung einer Verschreibungsbefugnis für bestimmte Medikamente sowie auf die mögliche reguläre Verankerung der Familiengesundheitspflege und/oder Gemeindepflege hingewiesen. Zudem wurden mehrfach Empfehlungen zur Erweiterung der Kompetenzen von Pflegenden für ein verstärktes Tätigwerden in der Primärversorgung in Zusammenarbeit mit ambulant tätigen Ärzten formuliert.

Der zunehmende „Ärztmangel“ birgt aus Sicht der Befragungsteilnehmer/-innen die o. g. Chancen, aber auch Risiken. Risiken werden darin gesehen, dass die Pflegenden lediglich zur Kompensation medizinischer Personalengpässe herangezogen werden und sich dabei vom eigentlichen Kern pflegeberuflichen Handelns

entfernen könnten. Dahingehend befürchten einige Expert/-innen, dass die Pflege – hier verstanden als weiterzuentwickelnde eigenständige Profession – dabei nicht ihre spezifische eigenständige Leistungsfähigkeit zur Lösung der sich stellenden Herausforderungen eines altersgewandelten Gesundheitssystems herausbilden und einzubringen lernt.

Des Weiteren enthalten die Antworten beinahe aller Expert/-innen zu den Veränderungsbedarfen der Berufsausübung in D – und mehrfach auch in A – Hinweise auf die zunehmende Notwendigkeit von beweisbasiertem Pflegehandeln.

Veränderungen durch die Akademisierung der Pflege und Aufgabenneuverteilungen

Entscheidend käme es zukünftig auch darauf an – so v. a. eine Reihe der Befragten aus D und A –, das Personal in Anzahl und Qualifikation so zusammensetzen und ihr Zusammenwirken sinnvoll abzustimmen, dass die anstehenden Herausforderungen ohne Gefährdung der Patienten-/Bewohnersicherheit bewältigt werden können. Dazu müssten die Handlungsfelder innerhalb der Pflege stärker ausdifferenziert sowie Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten in Abhängigkeit von der Qualifikation der einzelnen Teammitglieder klarer geregelt und die Mitarbeiter/-innen auf den unterschiedlichen Ebenen für ihre je spezifische Rolle in der Leistungserbringung sensibilisiert werden. Dabei wurde auch die Notwendigkeit einer angemessenen finanziellen Honorierung, v. a. für Leitungs- und Lehrpersonen, weitere Verantwortungsträger sowie allgemein für Hochschulabsolventen angesprochen.

Sowohl für D als auch für A sprachen einige Befragte an, dass der zunehmende Zugang von akademisch qualifizierten Pflegenden in die Patientenversorgung, etwa durch den Einsatz von Pflegenden mit Masterabschluss als Prozessverantwortliche oder Pflegeexpert/-innen, bereits zu einer anderen Kommunikation zwischen den Berufsgruppen, v. a. zwischen Pflegenden und Ärzt/-innen, geführt hat. Diese Pflegenden werden, in der Wahrnehmung der Befragten, im interdisziplinären Dialog mit Respekt wahrgenommen, sofern sie sich aktiv in Aushandlungsprozesse einbringen. Zudem habe sich durch sie die fachliche Diskussion in den Teams verbessert und die Betreuung der Patient/-innen mit „mehr Weitblick und Tiefgang“ (N 521) positiver gestaltet.

Zugleich berichteten die Befragungsteilnehmer/-innen aber auch von Spannungen, Konflikten und „Machtkämpfe[n]“ (N 107). Diese bringen sie v. a. mit Ängsten, Verunsicherungen, Gefühlen der Abwertung und mit Überforderungen der im Praxisfeld Tätigen,

nach bislang gängigem Muster qualifizierten Pflegenden in Zusammenhang. Dieser Umstand führt zu der Beobachtung, dass „die ‚Studierten‘ [...] breit diskriminiert [werden]“ und „[d]ie Leitungen [...] unter Druck [kommen]“ (N 101). Hier sehen die Befragten verstärkten Bedarf an Leitungskompetenz und an Konzepten zur Arbeitsteilung und Delegation. Auch erwarten sie eine länger dauernde Phase, ehe ein tragfähiges Zusammenwirken unter Berücksichtigung der jeweiligen Kompetenzniveaus und der formellen wie informellen Kompetenzen der unterschiedlich erfahrenen Mitarbeiter/-innen in den Einrichtungen verankert ist.

In diesem Zusammenhang wurde auch angesprochen, dass Pflegestudienangebote (auch) Bewerber/-innen anziehen, die nicht an einer direkten Pflege-tätigkeit interessiert sind, sondern „an einem höheren Posten, den sie mit dem Studium erreichen können“ (N 111). Dieser „andere Typ“ an zukünftigen Pflegenden wird Prozesse steuern, Aufgaben delegieren und koordinieren. Die Auswirkungen auf das Zusammenspiel der Mitarbeiter/-innen und auf die Versorgungsqualität sind dabei noch unklar. Daran angrenzend wurde für D geäußert, dass „Pflege [...] aus Sicht der Klienten [...] v. a. diejenigen [umsetzen], die mit ihnen gemeinsam die Pflegeleistungen erbringen“ (N 105), und dies seien in der zukünftigen Versorgung verstärkt Hilfskräfte und eben nicht hoch qualifizierte Personen.

Ähnliche Einschätzungen wurden v. a. auch für GB geäußert. Hier verwiesen drei Personen darauf, dass sich um die direkte Patientenversorgung immer mehr ungelernete oder wenig qualifizierte Pflegepersonen kümmern würden, während die studierten Pflegenden administrative Aufgaben erledigen. Dieser Umstand ist ihrer Einschätzung nach für die Versorgungsqualität im direkten Patientenkontakt und für das Bild von Pflege in der Gesellschaft fraglich. Im Hinblick auf das Zusammenwirken unterschiedlich qualifizierter Pflegepersonen in GB wurde angesprochen, dass aufgrund erheblicher Reibungsverluste zunehmend klarere Konzepte umgesetzt werden und auch in der Ausbildung darauf eingegangen wird. Dies würde inzwischen positive Effekte zeigen.

Für NL wurde mehrfach angemerkt, dass in der Berufspraxis bislang kaum Unterschiede zwischen Pflegefachpersonen der Niveaustufen 4 (MBO, sekundäre Ausbildung) und 5 (HBO, tertiäre Ausbildung) gemacht werden. Vielfach würden HBO-Absolvent/-innen Aufgaben, die eigentlich auf dem Niveau 4 und mitunter darunter angesiedelt sind, übernehmen. Die Expert/-innen befanden diese Situation für veränderungsbedürftig.

Rolle der Pflege in einem sich wandelnden Gesundheitssystem

Im Zusammenhang mit den aktuellen Veränderungen in den Rahmenbedingungen wurde von mehreren Expert/-innen sowohl in D als auch in A auf die berufspolitische Schwäche der Pflege verwiesen und „daraus resultierend [auf] ihre mangelnde Vertretung in gesundheitspolitisch und gesundheitssystemisch machtvollen Gremien/Strukturen“ (N 123). Dies wirke bei einer gleichzeitigen Dominanz der Medizin „fortschrittshemmend“ (N 135).

Ähnliche Einschätzungen äußerten auch Befragte aus F, GB und NL. So haben nach Einschätzung von zwei der fünf französischen Expert/-innen, die sich zu diesem Themenkomplex äußerten, das Gesetz „hôpital, patients, santé et territoire“ (in etwa: Krankenhaus, Patienten, Gesundheit und Territorium) sowie die Novellierung der Krankenpflegeausbildung die medizinisch-orientierte, assistierende Ausrichtung des Pflegeberufs verstärkt. Die übrigen drei berichteten von bisher noch wenig „Weiterentwicklung des pflegeberuflichen Handelns“ (N 205) durch die Veränderungen im Gesundheitssystem der vergangenen Jahre. Solche Prozesse werden für die nahe Zukunft erwartet oder würden gerade einsetzen. Dabei ergeben sich – so drei Expert/-innen – widersprüchliche Situationen. Zum einen wird in F ein Bedarf an einer Kompetenzerweiterung für Pflegenden und ein verändertes Berufsbild gesehen, zum anderen würden aber z. B. Modellprojekte nur zögerlich umgesetzt werden, was v. a. mit der bislang hohen Assistenzfunktion des Pflegeberufes für die Medizin zu tun habe. Zwei Befragte sprachen zugleich auch ein fortschrittshemmendes Verhalten innerhalb der Pflege an. Dahingehend sollten ihrer Ansicht nach Stellen- und Verantwortungsbeschreibungen spezifiziert und strikter umgesetzt werden. Sie meinten, dass sich somit eine eigenverantwortlichere Pflege erreichen ließe.

In den Entwicklungen des Gesundheitssystems in GB dominieren in der Wahrnehmung der Expert/-innen eine strikte Sparpolitik bzw. eine allgemein widrige Finanzlage, ein zunehmend eingeforderter Nachweis der Effektivität und Effizienz der Leistungserbringung, verstärkte Wettbewerbselemente und eine Auslagerung von Leistungen aus dem NHS in den privaten Sektor. Diese Entwicklungen gefährden – so mehrere Expert/-innen – professionelles, umfassendes Pflegehandeln, dessen Leistungen sich häufig nicht mit den im Gesundheitssystem geltenden Outcome-Kriterien abbilden lassen.

Positive Effekte erwarteten zwei Befragte aus GB aktuell von der Gesetzesvorlage für die regelhafte Im-

plementierung von Familiengesundheitspfleger/-innen und -hebammen.

Für NL berichteten mehrere Teilnehmer/-innen – vergleichbar mit D, A, F sowie GB bei ähnlich beschreibbaren Veränderungen in den Rahmenbedingungen des Gesundheits- und Sozialsystems – gleichfalls von einer Aufgabenverschiebung zwischen Medizin und Pflege. Auch hier wurde eine Dominanz der Medizin mit bremsenden Wirkungen in gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen wahrgenommen. In NL folgen – so mehrere befragte Expert/-innen – zahlreiche Weiterbildungs- und Masterprogramme für Pflegenden einem medizinischen Denkmodell und führen zur Übernahme ehemals ärztlicher Aufgaben. Die Weiterentwicklung pflegefachlicher Expertise werde dabei eher randständig mit berücksichtigt. Zwei Expert/-innen begrüßten dabei die Nähe der Pflege zur Medizin und „befürworten“ die Übertragung von Aufgaben von Ärzten an Pflegenden. Das eröffnet Pflegenden, ihrer Einschätzung nach, neue Entwicklungsmöglichkeiten und erscheint ihnen in einer sich demografisch wandelnden Gesellschaft notwendig. Andere Expert/-innen aus NL mahnten hingegen (auch) eine Aufgabenausdifferenzierung unter Beibehaltung eines pflegerischen Kerns und einer eigenständigen pflegerischen Position in der interdisziplinären Erbringung von Gesundheitsleistungen an.

4.3.4 Erkenntnisse aus der Stellenanzeigenanalyse

Die Erkenntnisse aus der Stellenanzeigenanalyse für die „Gesundheits- und Krankenpflege“ werden aufgrund der in Kapitel 2.2.2 skizzierten methodischen Herausforderungen im Folgenden für die untersuchten Länder D, F, GB und A separat wiedergegeben.⁶²

Für D wurden die Anzeigen der auflagenstärksten Pflegefachzeitschrift „Die Schwester Der Pfleger“ für 2011 herangezogen. In dem monatlich erscheinenden Heft finden sich je ca. 100-130 Anzeigen.

In der Analyse fiel auf, dass v. a. in den alten Bundesländern Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen gesucht werden. Nahezu alle Stellen waren dabei in unbefristeter Vollzeittätigkeit und vorrangig an Krankenhäusern, einschließlich Universitätskliniken, ausgeschrieben. Potenzielle Bewerber/-innen können zwischen Stellen aus zahlreichen Fachbereichen wählen, wobei die Bereiche OP, Intensivstation und Anästhesie auffallend oft benannt waren. Entsprechend häufig wurden Zusatzqualifikationen i. S. von Fachweiterbildungen in den Feldern „Pflege im OP-Dienst“ sowie „Intensivpflege & Anästhesie“ erwartet.

62 Für NL erfolgte keine detaillierte Analyse. Hier konnte keine geeignete Grundgesamtheit, etwa ein umfangreicher regelmäßiger Stellenanzeigenteil innerhalb einer Fachzeitschrift oder ein repräsentatives Online-Portal identifiziert werden.

Insgesamt waren jedoch die Anzeigen, in denen eine bestimmte Zusatzqualifikation genannt wurde, etwa gleich häufig vertreten wie solche, in denen diese nicht gefordert wurde oder im Zuge einer Beschäftigung in der inserierenden Einrichtung erworben werden kann.

In etwa jeder zehnten Anzeige waren leitende Positionen ausgeschrieben, wobei ein abgeschlossenes Studium fast ausschließlich nur für die Besetzungen von Pflegedirektionsstellen erwartet wurde. Etwa gleich häufig fanden sich Inserate für Lehrtätigkeiten in Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflege- sowie seltener in Altenpflegeschulen.

Häufig wurde in den Stellenanzeigen betont, dass besonderer Wert auf die Einarbeitung neuer Kolleg/-innen sowie die Ermöglichung zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen gelegt wird.

In jeder Ausgabe fanden sich zudem Anzeigen, in denen Stellen im europäischen Ausland oder eine Vermittlung dorthin angeboten wurden, wobei besonders häufig für die Schweiz und die Niederlande, gefolgt von Großbritannien, Schweden und Norwegen inseriert war.

Die Analyse für F bezog sich auf die Anzeigen in zwölf Heften der Jahre 2010 und 2011 der monatlich erscheinenden Pflegezeitschrift „L'Infirmiere-Magazine“. Diese nimmt eine ähnliche Funktion ein wie die Zeitschrift „Die Schwester Der Pfleger“ in D.

Die meisten der 178 Anzeigen stammten aus Krankenhäusern, gefolgt von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen. Anzeigen aus Universitätskliniken waren im Gegensatz zu D die Ausnahme. Besonders häufig kamen Inserate aus privaten Einrichtungen, wobei von mehreren Institutionen unterschiedlicher Größe gleichzeitig mehrere Stellen in verschiedenen Bereichen angeboten wurden. Weiterqualifizierungen wurden in den ausgeschriebenen Stellen kaum gefordert. Wenn Nennungen erfolgten, dann bezogen sie sich auf Weiterbildungen für den OP, die Anästhesie sowie für Leitungsaufgaben. Der zukünftige Einsatzbereich war in den Anzeigen häufig nicht erkennbar. Wenn Nennungen erfolgten, dann bezogen sich diese am häufigsten auf die Geriatrie, Chirurgie und Psychiatrie.

Für GB wurden alle 124 Stellenanzeigen für „nurses“, die im Online-Stellenanzeigenportal des „National Health Service“ – <http://www.jobs.nhs.uk> – am 07. Juli 2011 verzeichnet waren, analysiert. Die meisten Anzeigen bezogen sich auf den stationären Krankenhausbereich. Als Einsatzfelder wurden am häufigsten die Psychiatrie, die Neonatologie/Pädiatrie sowie Tageskliniken/-stationen genannt. Anders als in D, F und A wurden für GB auch Stellen für die Gesundheitsvorsorge an Schulen (school nursing), für die

Gemeindepflege und primäre Gesundheitsversorgung (z. B. community nursing, primary care sister) sowie für Praxisentwicklungsaufgaben (practice development nurses) ausgeschrieben. Elf Mal wurden explizit Pflegenden mit Zusatzqualifikationen gesucht, die zu einer erweiterten Handlungspraxis (Advanced Nursing Practice) berechtigen (s. Kap. 4.3.1), wie z. B. „emergency care practitioner“ oder „advanced children’s nurse“. Aussagen zu den gesuchten Pflegefachpersonen im privaten Sektor, d. h. außerhalb des NHS, können mit der vorgenommenen Analyse nicht getroffen werden.

Für die Analyse in A wurden insgesamt 93 Anzeigen aus zwölf Heften der Jahre 2010 und 2011 der „Österreichischen Pflegezeitschrift“ sowie die 23 Anzeigen genutzt, die am 21.08.2012 auf der Homepage des „Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes“ (ÖGKV) als Herausgeber der Zeitschrift verfügbar waren.

In nahezu allen Anzeigen wurde ein „Diplom“⁶³ in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege als Abschluss gefordert. Etwas mehr als die Hälfte der Inserate kam aus Krankenhäusern, die übrigen überwiegend aus Pflegeheimen. Etwa 10% der Stellengebote betrafen leitende Positionen, wobei für vier zu besetzende Pflegedirektionsstellen explizit ein Studienabschluss erwünscht war.

In einer ganzen Reihe von Anzeigen wurde den Bewerber/-innen der Beschäftigungsumfang freigestellt – eine Option, die für D eher selten und für F und GB nicht zu finden war. In der Mehrzahl der österreichischen Inserate wurde betont, dass *keine* Berufserfahrung notwendig sei, was so explizit in D, F und GB wiederum nur in Ausnahmefällen genannt war. Vergleichbar mit D und F fanden sich mehrfach Stellenangebote für die Bereiche OP und Anästhesie sowie vergleichbar mit F und GB auch für die Psychiatrie. Ähnlich wie in D wurde in mehr als einem Drittel der Inserate die Möglichkeit zur Fort- und Weiterbildung im künftigen Unternehmen betont.

4.3.5 Erkenntnisse aus der Online-Berufsangehörigenbefragung

4.3.5.1 Zu den befragten Pflegefachpersonen und dem verwendeten Fragebogen

Die Ergebnisdarstellung zur Berufsangehörigenbefragung in der Pflege basiert auf insgesamt 2.588 ausgewerteten Fragebögen (D: 1.689; F: 224; GB: 49; NL: 77; A: 549). Die Qualifikationsanalyse sollte sich gemäß der

Leistungsbeschreibung der GesinE-Studie spezifisch auf die Berufsausbildung und -ausübung von „Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen“ beziehen. Aufgrund ihrer sich überschneidenden Qualifikations- und Kompetenzprofile sowie Handlungsfelder (s. Kap. 4.3.1 und Anhang 13.1.2) wurden letztlich jedoch alle Pflegenden auf die in Kapitel 2.2.4 skizzierten Weise zur Teilnahme an der Befragung eingeladen, die in den Vergleichsländern auf der Stufe von *Pflegefachpersonen* qualifiziert werden.⁶⁴ Daher wird in der Ergebnisdarstellung i. d. R. übergreifend die Bezeichnung „Pflegefachpersonen“ genutzt oder z. T. kurz von „Pflelegenden“ gesprochen.

Die meisten Pflegenden, die sich an der Befragung beteiligten, waren in Krankenhäusern tätig. Teilnehmer/-innen aus der stationären Langzeitpflege und der ambulanten Pflege waren hingegen in deutlich kleinerem Umfang vertreten. Eine detaillierte Beschreibung der Befragten bzw. der Länderstichproben findet sich in Anhang B 3.3.

Im Folgenden werden ausgewählte zentrale Ergebnisse entlang der – z. T. zusammengefassten – Themenblöcke des verwendeten, für die fünf Länder weitgehend gleichen Fragebogens dargestellt. Vergleichende Aussagen werden zurückhaltend und unter Berücksichtigung der Limitierungen getroffen, die sich aus der v. a. für GB und NL kleinen Befragtenzahlen ergeben (s. Anhang B 3.3). Zudem ist zu berücksichtigen, dass in GB ein Großteil der Befragten angab, eine (stellvertretende) Leitungsfunktion auszuüben. Der damit verbundene höhere administrative Aufwand könnte zu einem geringeren direkten Patientenkontakt beitragen. Aus den Antworten der Befragten aus GB kann deshalb weniger zuverlässig auf die Grundgesamtheit der Pflegefachpersonen geschlossen werden, als aus den Angaben der Befragungsteilnehmer/-innen der anderen Länder. Aus diesem Grund fließen die Antworten aus GB in einigen Themenblöcken *nicht* in die hier erfolgende Ergebnisdarstellung ein, sondern sind erst für spätere Detailanalysen sinnvoll nutzbar. Dort, wo deutliche Unterschiede in den Antworten der Befragten mit verschiedenem Ausbildungshintergrund und/oder aus verschiedenen Handlungsfeldern bestehen, wird darauf hingewiesen.

Die Entwicklung des verwendeten Fragebogens orientierte sich wesentlich an den Frageninventaren

63 Das österreichische „Diplom“ als Titel für Berufsabschlüsse im sekundären Sektor in A ist nicht zu verwechseln mit den universitären Diplomen in D.

64 In D gehören dazu auch Gesundheits- und Kinderkranken- sowie Altenpfleger/-innen, die mit 13 bzw. 10,9% in der hier vorliegenden Stichprobe vertreten sind. In A sind auch Kinder- und Jugendlichenpfleger/-innen sowie Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen gemeint. Ihr Anteil unter den Befragungsteilnehmer/-innen aus A beträgt 6,3 bzw. 8%. In NL sind „verpleegkundige“ sowohl auf HBO- als auch auf MBO-Niveau gemeint, von denen die Stichprobe 27 bzw. 32 Personen umfasst (s. Tab. 4.1, Anhang A 13.1.2 und B 3.3).

aus diversen vorangegangenen Untersuchungen in verschiedenen Ländern zur Selbsteinschätzung von erworbenen Qualifikationen und Handlungskompetenzen, zur Beschreibung von Kompetenzprofilen sowie zur Eruerung des Vorkommens verschiedener Einzel-tätigkeiten und komplexer Aufgaben im Arbeitsalltag von Pflegefachpersonen (vgl. insb. Meretoja et al. 2004a; Clinton et al. 2005; Menke 2005; Cowan et al. 2008; Dellai et al. 2009). Auch wurden für die Erarbeitung einer geeigneten Fragebogengliederung Konzepte und Schemata zur Einordnung und Beschreibung von pflegerischen Kompetenzen sowie von Tätigkeiten und Arbeitsaufgaben herangezogen (vgl. insb. Benner 1997; Glaser 1997; Beratender Ausschuss 1998; DBR 2002; Blättner et al. 2005; Tzeng 2004; Defloor et al. 2006).

4.3.5.2 Tätigkeiten und komplexe Aufgaben im Kompetenzbereich von Pflegefachpersonen

Körpernahe Pflgetätigkeiten

Die Häufigkeit, mit der Pflegefachpersonen in den Vergleichsländern körpernahe pflegerische Tätigkeiten ausüben, stellt sich in den Antwortverteilungen für D, NL und A ähnlich dar. Diese Tätigkeiten – wie das Unterstützen von Patient/-innen bei der Körperpflege, dem Lagewechsel, der Mobilisation, der Nahrungsaufnahme und der Ausscheidung sowie Tätigkeiten im Zusammenhang mit Aufräumarbeiten und hauswirtschaftlichen Diensten oder dem Warten und Reinigen von Hilfsmitteln – gehören in diesen Ländern für den überwiegenden Teil der Befragten zu den sehr oft/regularmäßig auszuführenden Handlungen. Dabei fallen die

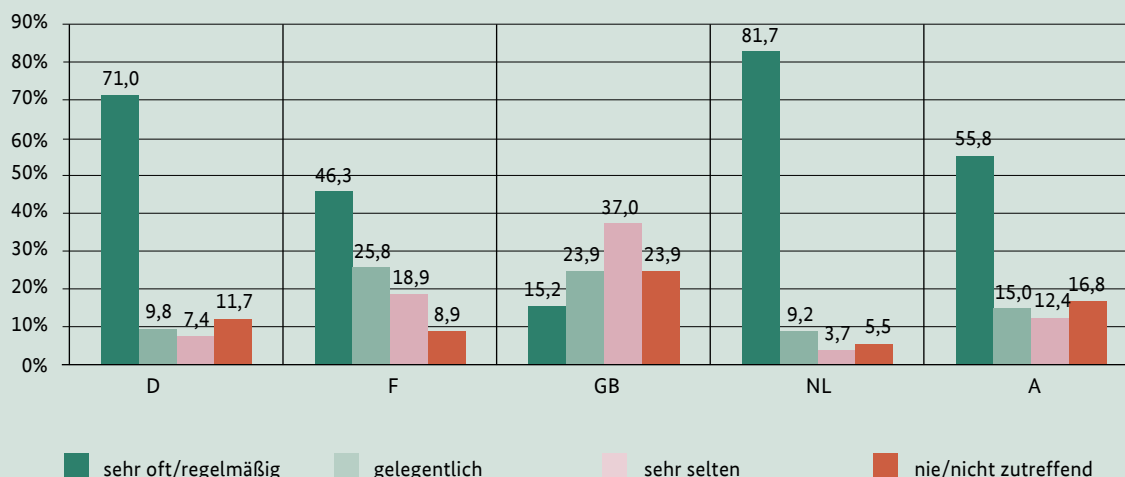
Anteile der Pflegenden, die dies angegeben haben, in D und NL durchgehend am höchsten aus. Eine explizit für D vorgenommene Detailanalyse zeigt zudem, dass diese Tätigkeiten in der stationären Langzeitpflege sowie im ambulanten Dienst von mehr Personen „sehr oft/regularmäßig“ durchgeführt werden als im Krankenhaus.

Das Antwortprofil für F nimmt eine Mittelstellung ein. Hier gaben für die einzelnen Tätigkeiten meist deutlich mehr als 50% der Pflegefachpersonen an, diese nur gelegentlich, sehr selten oder nie auszuführen. Das kann mit dem in F im Gegensatz zu D, NL und A deutlich höheren Anteil an zweijährig qualifizierten Pflegeassistent/-innen innerhalb des Pflegepersonals im Krankenhausbereich zusammenhängen. Auch das Verständnis der Rolle von Pflegefachpersonen in F, die dort stärker als in D, NL und A auf prozesssteuernde Aufgaben ausgerichtet ist, kann eine Erklärung dafür sein (s. Anhang 13.1.3 und 13.2).

In GB schließlich wurde von noch deutlich weniger Befragten als in F angegeben, diese Tätigkeiten sehr oft/regularmäßig oder gelegentlich auszuführen. Auch hier ist denkbar, dass der ähnlich hohe Anteil an Assistenzpersonen wie in F sowie der hohe Anteil an Leitungspersonen in der britischen Stichprobe zum Antwortbild beigetragen hat.

Exemplarisch zeigt Abbildung 4.3.1 das Antwortmuster auf die Frage, wie häufig die Befragten in ihrem Arbeitsalltag Patient/-innen bei der Körperpflege unterstützen.

Abbildung 4.3.1: Vorkommen der Tätigkeit „Patient/-innen bei der Körperpflege unterstützen“ im Aufgabenprofil der Pflegefachpersonen

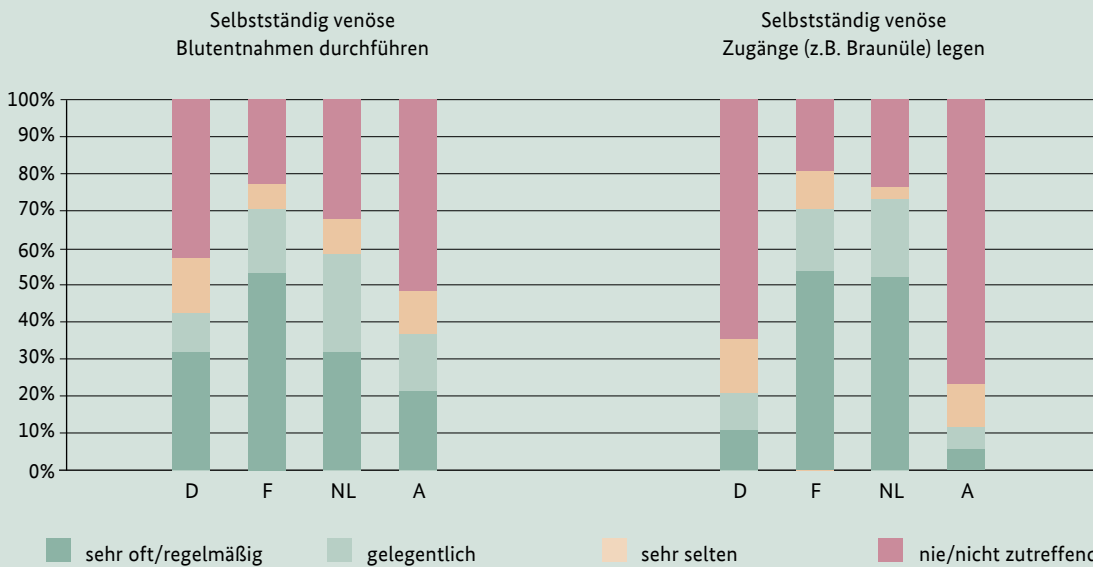


Tätigkeiten im Rahmen der Mitwirkung bei ärztlicher Diagnostik und Therapie

In einem zweiten Fragenblock wurde das Vorkommen einer Auswahl an Tätigkeiten im Praxisalltag erfragt, die im Zuge der Mitwirkung bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie⁶⁵ von Pflegefachpersonen

selbstständig legen“, „Transurethrale Blasenkatheter legen“ und „Wundverbände selbstständig anlegen und wechseln“ – zeigten sich keine relevanten Unterschiede in den Antwortbildern für die Vergleichsländer. Dabei fiel nur auf, dass in A der Anteil derjenigen, die diese Tätigkeiten sehr oft/regelmäßig übernehmen, jeweils am kleinsten war.

Abbildung 4.3.2: Ausgewählte Tätigkeiten im Rahmen der Mitwirkung bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie



ausgeführt werden. Die Relevanz dieser Tätigkeiten zu erfragen, erschien im Hinblick auf die in D vielfach diskutierte Übertragung einer Reihe formal dem ärztlichen Aufgabengebiet zugeordneter Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen angezeigt (s. Kap. 3.2.4). Es wurde erwartet, dass einige dieser Tätigkeiten in den Vergleichsländern häufiger von Pflegenden ausgeführt werden als in D. Dies wiederum könnte als Hinweis gewertet werden, dass diese Aspekte selbstverständlicher Bestandteil im Kernkompetenzbereich von Pflegefachpersonen in D sein sollten.

Die formulierte Erwartung bzgl. der Antworten für D bestätigte sich letztlich lediglich für die Aspekte „Selbstständig venöse Blutentnahmen durchführen“ und „Selbstständig venöse Zugänge (z. B. Braunüle) legen“ (s. Abb. 4.3.2). Diese Tätigkeiten werden, im Vergleich zu D, insb. in F und NL von deutlich mehr Befragten sehr oft/regelmäßig oder gelegentlich ausgeführt.

Für die weiteren erfragten Punkte – z. B. „Ärztliche Visiten begleiten und ausarbeiten“, „Infusionen selbstständig anlegen und wechseln“, „Magensonden

Dieses Ergebnis lässt in Bezug auf D u. a. die Annahme zu, dass die diskutierte Übertragung von Tätigkeiten aus dem ärztlichen in den pflegerischen Aufgabenbereich i. d. R. bereits in der Praxis umgesetzt wird. Die Detailanalyse für D zeigte allenfalls geringe Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeit dieser Tätigkeiten im Krankenhaus, der stationären Langzeitpflege und im ambulanten Dienst.

Komplexes pflegerisches Handeln

Neben den Fragen nach dem Vorkommen einzelner Tätigkeiten wurden auch komplexere Aufgaben und Handlungsketten thematisiert. Gemeint sind hier Aufgaben im Zusammenhang mit der Umsetzung z. B. eines umfassenden Wundmanagements, des Entlassungs-/Überleitungsmanagements von Patient/-innen mit andauerndem Pflege- und Betreuungsbedarf (etwa aus dem Krankenhaus in eine ambulante Nachbetreuung) sowie Informations-, Anleitungs- und Beratungsaufgaben für Patient/-innen und deren Angehörige/Bezugspersonen. Hier gaben jeweils – mit Anteilen zwischen 44,1% in F und 76,7% in NL – relativ viele Befragte an, regelmäßig Patient/-innen zu erklären, was bestimmte medizinische Diagnosen und Maßnahmen

⁶⁵ In D werden diese Tätigkeiten vielfach (veraltet) auch unter der Bezeichnung „Behandlungspflege“ subsummiert.

für sie bedeuten. In allen fünf Ländern schätzten die Pflegenden dabei mit hohen Anteilen zwischen 76,6% in F und mehr als 95% in GB ein, sich dabei sehr sicher oder sicher zu fühlen (s. Abb. 4.3.3).

Dabei sei angemerkt, dass diese hohen positiven Selbsteinschätzungswerte der Pflegefachpersonen bzgl. ihrer empfundenen Sicherheit bei der Ausübung der genannten Aufgaben keine direkte Schlussfolgerung auf die Qualität ihres Informations-, Anleitungs- und Ber-

tungsangebots zulässt. Festhalten lässt sich hier nur, dass diese Aufgaben zum regulären Handeln eines großen Anteils der Pflegefachpersonen gehören und die Anbahnung der Kompetenzen dafür folglich Berücksichtigung in der Ausbildung finden sollte (s. auch Kap. 4.3.5.6).

Die für D vorgenommene Detailanalyse zeigt zudem, dass die in Abbildung 4.3.4 genannten Informations-, Anleitungs- und Beratungsaufgaben von mehr Befragten in der stationären Langzeit- und v.a. in der

Abbildung 4.3.3: (a) Häufigkeit, Patient/-innen zu erklären, was bestimmte medizinische Diagnosen und Maßnahmen für sie bedeuten und (b) die dabei empfundene Sicherheit

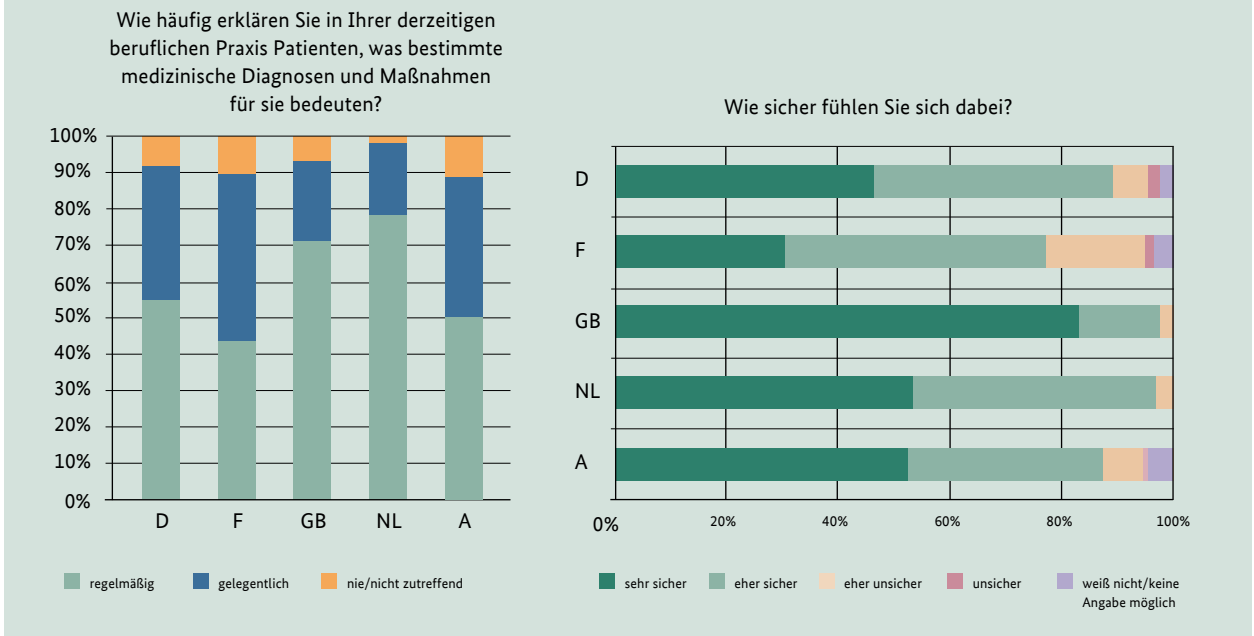
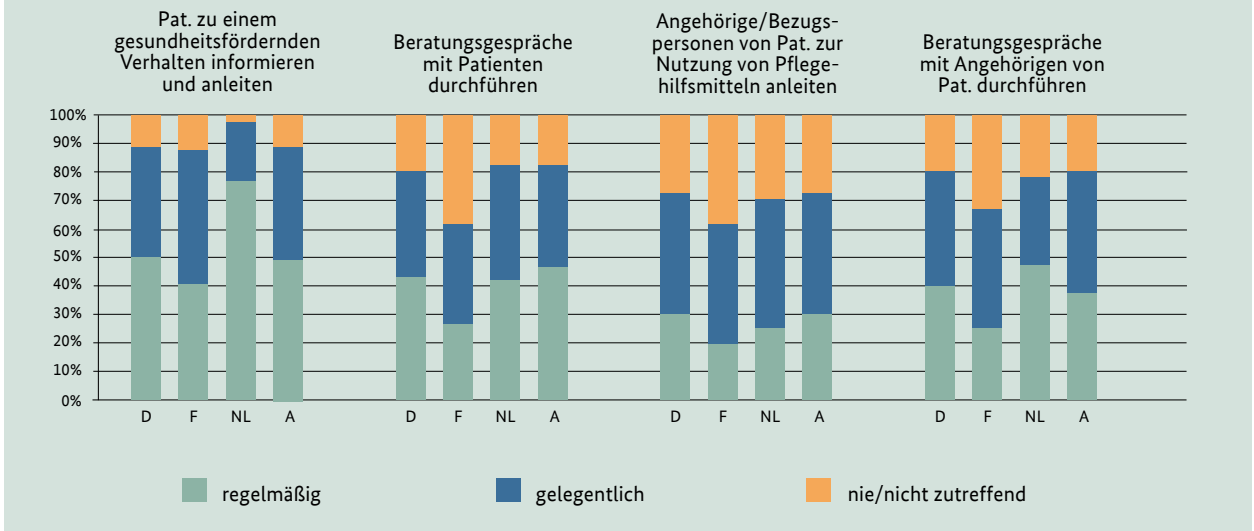


Abbildung 4.3.4: Häufigkeit exemplarischer Informations-, Anleitungs- und Beratungsaufgaben im Alltag der befragten Pflegenden



ambulanten Pflege regelmäßig erbracht werden als im Krankenhaus.

Für den Fall, dass sie Beratungsaufgaben erfüllen, sollten die Pflegenden in zwei offenen Fragen angeben, was häufige Themen ihrer Beratungen sind. Besonders oft wurden hier Aspekte (1) zum Umgang mit und der Bewältigung von (chronischen) Erkrankungen sowie (2) zur Weiterversorgung etwa nach einem Krankenhausaufenthalt und (3) zur Sicherung der Versorgung im häuslichen Umfeld bei Pflegebedürftigkeit genannt. Diese Themen finden sich in jeweils mehr als 20% der Einzelnennungen für D, F und GB sowie in ca. 15% der Nennungen für NL und A. Gleichfalls wurden mit je über 10% der Einzelnennungen aus den fünf Ländern (4) Ernährungsthemen, etwa in der Behandlung von Diabetes mellitus oder anderen Stoffwechselerkrankungen, als Beratungsthemen angegeben. Es folgten Nennungen, die sich unter die Themenfelder (5) „Zuhören und Gespräche zu allgemeinen Lebensfragen und Zukunftsängsten“, (6) „Hilfsmittelversorgung und Mobilisierung“ sowie (6) „Fragen zu diagnostischen, präventiven und therapeutischen Maßnahmen“ subsumieren lassen.

4.3.5.3 Pflegebedarfsabklärung, -prozessgestaltung und Dokumentation

Die Umsetzung des Konzepts des Pflegeprozesses als Problemlösungs- und Beziehungsprozess sowie dessen Dokumentation stellen Kernmerkmale beruflicher bzw. professioneller Pflege dar. Diesbezüglich wurde erfragt, ob und mit welcher Häufigkeit die Befragten in den Vergleichsländern mit den einzelnen Elementen des Pflegeprozesses und deren Dokumentation befasst sind. Im Ländervergleich zeigen sich gewisse Unterschiede in der Umsetzung der Dokumentation der einzelnen Prozessschritte (s. Tab. 4.3.2). Dies kann mit der allgemeinen – unterschiedlich nachdrücklich eingeforderten und „ritualisierten“ – Dokumentationspraxis in den Vergleichsländern zusammenhängen.

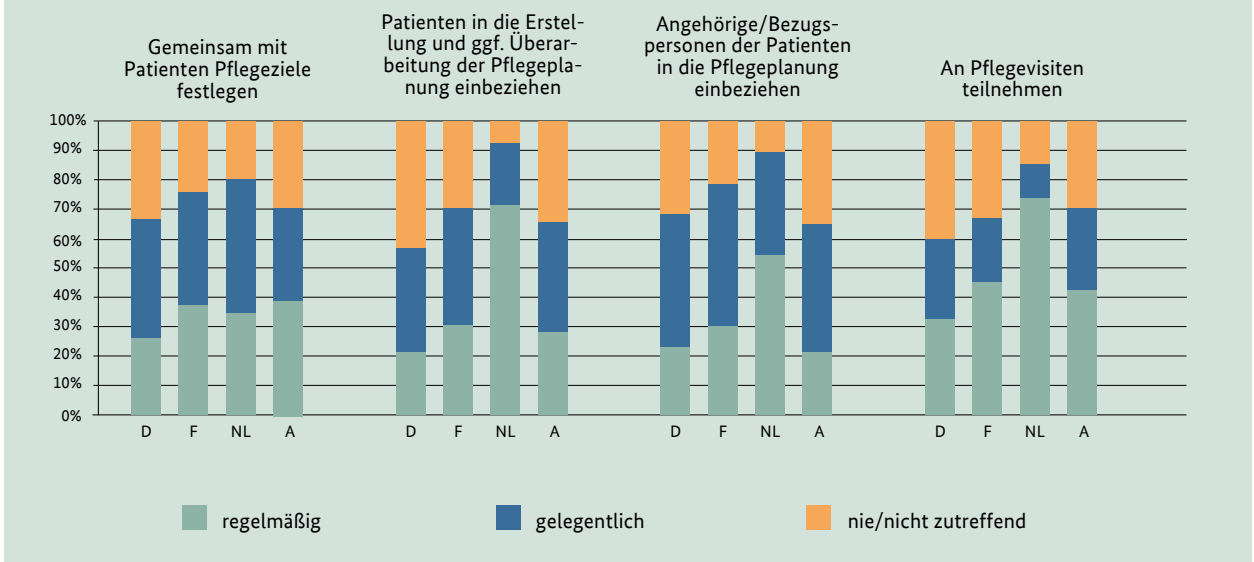
Für D, F und A fällt auf, dass verhältnismäßig wenige Pflegefachpersonen angaben, die Umsetzung des Pflegeprozesses in Form einer bewussten Einbeziehung der Patient/-innen und ggf. ihrer Angehörigen/Bezugspersonen, regelmäßig umzusetzen. Die Werte für NL liegen dabei überwiegend höher als in den anderen Ländern (s. Abb. 4.3.5).

Tabelle 4.3.2: Umsetzung von Elementen des Pflegeprozesshandelns und deren Dokumentation*

	D		F		GB		NL		A	
	regelmäßig	gelegentlich	regelmäßig	gelegentlich	regelmäßig	gelegentlich	regelmäßig	gelegentlich	regelmäßig	gelegentlich
Pflegerische Bedarfsabklärung (Assessment) durchführen	71	18	76	18	80	18	87	9	79	9
Pflegebezogene Risikoskalen und Tests anwenden	62	24	45	29	53	33	67	22	48	31
Pflegeprobleme/-diagnosen benennen & dokumentieren	66	23	65	23	80	18	71	17	75	14
Pflegeziele festlegen & dokumentieren	58	25	46	38	80	13	68	19	74	12
Pflegemaßnahmen planen & dokumentieren	69	19	56	28	82	18	77	15	77	12
Pflegeberichte verfassen	82	9	63	20	73	18	81	10	78	11
Ergebnisse evaluieren & ggf. Pflegeplanung anpassen	57	27	56	32	69	22	72	16	74	13

(* Angaben in %; Werte gerundet; fehlende Werte zu 100% entfallen auf die Antwortkategorie „nie/nicht zutreffend“)

Abbildung 4.3.5: Umsetzung und Dokumentation ausgewählter Elemente des Pflegeprozesshandelns



Das Antwortbild kann mit dem in den fünf Ländern verhältnismäßig hohen Anteil an Befragten, die im Krankenhaus tätig sind, zusammenhängen. Die dort kurzen Verweildauern lassen die Umsetzung vollständiger Pflegeprozessketten vielfach nicht zu oder sind aufgrund der Art des diagnostischen und/oder therapeutischen Eingriffs bei sonst nicht pflegebedürftigen Patient/-innen nicht angezeigt.

Diese Vermutung lässt sich durch die Detailanalyse für D stützen, da hier die regelmäßige Umsetzung der einzelnen Elemente des Pflegeprozesses in der stationären Langzeitpflege sowie in ambulanten Pflegediensten deutlich höher liegt als im Krankenhaus.

Die konsequentere Umsetzung des Pflegeprozesses und damit zusammenhängender Qualitätsentwicklungsstrategien, wie z. B. das Durchführen von Pflegevisiten (s. auch Abb. 4.3.5) in diesen Einrichtungen kann mit den spezifischen Bedarfen der gepflegten Personen sowie mit der über das Pflegeversicherungsgesetz (vgl. SGB XI) eingeforderten Nachweispflicht einer lückenlosen Dokumentation der Pflegearbeit und von Qualitätsmanagementstrategien in Verbindung stehen.

4.3.5.4 Organisation sowie intra- und interdisziplinäre Zusammenarbeit

In einem separaten Themenblock „Organisation und Zusammenarbeit“ wurden eingangs zum einen Fragen zur Häufigkeit und dem empfundenen Maß des Gelingens der Zusammenarbeit innerhalb der eigenen Berufsgruppe der Pflegenden thematisiert und zum

anderen ähnlich gerichtete Fragen zur Kooperation mit anderen Berufsgruppen gestellt.

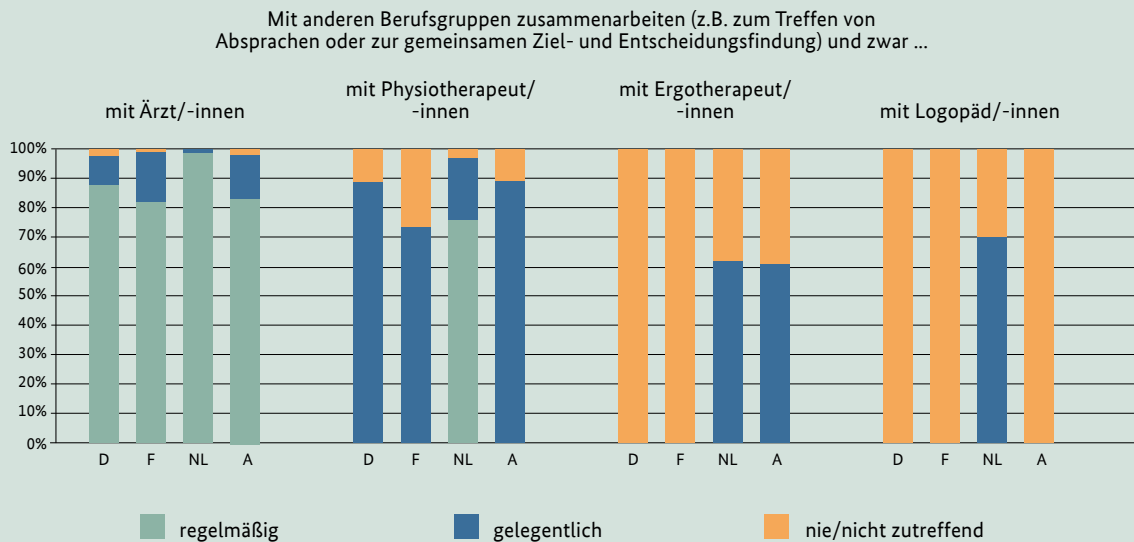
Die Antworten zeigen, dass in allen fünf Ländern gleichermaßen erwartete hohe Anteile von jeweils mind. drei Viertel der Befragten mit Pflegenden unterschiedlicher Qualifikationsstufen zusammenarbeiten. Während dies 75,3% der Pflegefachpersonen in D angaben, lagen die Werte für die anderen Länder noch darüber.

Diesem Bild entsprechend, äußerten die Befragten aus D mit 63,4% erkennbar weniger häufig als die Kolleg/-innen in den Vergleichsländern, regelmäßig Tätigkeiten an andere Mitglieder des Pflegeteams zu delegieren. In den anderen Ländern gaben dies jeweils mehr als drei Viertel der Befragten an.

Beide Antwortbilder können mit der Zusammensetzung des Pflegepersonals im Krankenhaus, d. h. mit geringeren Anteilen an Pflegeassistent/-innen in D, NL und A bzw. höheren Anteilen in F und GB in Verbindung gebracht werden (s. Anhang 13.1.3). Detailaussagen zu den Aufgabenteilungen in der stationären Langzeit- und ambulanten Pflege lassen sich aufgrund der geringen Teilnehmer/-innenzahl aus diesen Feldern in den Stichproben aus F, GB, NL und A nicht treffen.

Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, insb. mit Mediziner/-innen, spielt für die befragten Pflegenden in allen Ländern eine gleichermaßen relevante Rolle in ihrem Arbeitsalltag (s. Abb. 4.3.6). In jedem Land gaben über 83% an, dass eine solche Zusammenarbeit regelmäßig vorkommt.

Abbildung 4.3.6: Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen



Mit Anteilen zwischen knapp der Hälfte der Befragten in F und drei Viertel in NL äußerten die Pflegenden zudem, regelmäßig mit Physiotherapeut/-innen zusammenzuwirken. Eine Kooperation mit Ergotherapeut/-innen und Logopäd/-innen spielt hingegen eine insgesamt geringere Rolle. Hier ist jedoch darauf zu verweisen, dass die Detailanalyse für D eine Ausnahme im Bereich der stationären Langzeitpflege zeigt. Dort findet die Zusammenarbeit mit den Angehörigen der beiden letztgenannten Berufe ähnlich häufig statt wie mit Physiotherapeut/-innen allgemein.

Erwähnenswert erscheint an dieser Stelle, dass auf die Frage, wie gut die Zusammenarbeit mit den einzelnen Berufsgruppen gelingt, ein gestreutes Antwortbild entstand. Dabei gab es v.a. mit 23,5% in D, 14,1% in F und 16,4% in A auch Einschätzungen i. d. S., dass die Zusammenarbeit etwa mit Mediziner/-innen eher schlecht oder sehr schlecht gelingt.⁶⁶ Von den 79 Befragten aus NL äußerten sich lediglich zwei Pflegenden so. Die Einschätzungen zum Gelingen der Zusammenarbeit mit den anderen o.g. Gesundheitsberufen fielen ähnlich aus.

In einem dritten Schwerpunkt in diesem Themenblock ging es um Aspekte der intra- und interdisziplinären Aufgabenteilung. U.a. wurde gefragt, ob die Pflegenden ihrer Einschätzung nach Tätigkeiten ausführen, die nicht zu ihrem eigentlichen Aufgaben-

gebiet gehören und wenn ja, um welche es sich handelt. In gleicher Weise wurde die Aufgabenverteilung mit Mediziner/-innen, Pflegeassistent/-innen und anderen Berufen erfragt. Tabelle 4.3.3. fasst die Antworten zusammen. Deutlich wird, dass besonders in D – und dabei mit meist größeren Anteilen als in den Vergleichsländern – die Befragten durch ihre Antworten Anhaltspunkte für die Sinnhaftigkeit einer Neuordnung von verschiedenen Tätigkeiten und Aufgaben zwischen den Berufen lieferten.

In den frei formulierten Antworten zeigt sich darüber hinaus, dass diese insb. in D, F und A von den aktuellen Diskussionen zur Neuverteilung diverser Tätigkeiten und Aufgaben geprägt sind. Dazu, ob bestimmte Tätigkeiten, wie z. B. Blutentnahmen oder das Legen venöser Zugänge, zu ihrem Aufgabenbereich gehören oder nicht, besteht unter den Pflegenden ein geteiltes Meinungsbild.

Eine Reihe von Tätigkeiten wurden in D, F und A als in den pflegerischen Aufgabenbereich einordbar genannt, die in GB und NL seit längerem regulär dort verortet sind und von den Befragten dieser Länder nicht angesprochen wurden. Dazu gehören z. B. die Verordnung von Pflegehilfsmitteln und die Extubation beatmeter Patient/-innen.

Zugleich nannten die Befragten aus D, F und A mehr Beispiele für Tätigkeiten, die sie in den Aufgabenbereich von Assistent/-innen für übertragbar halten, als jene aus GB und NL. Dazu gehören Tätigkeiten hinsichtlich der Körperpflege der Patient/-innen sowie – in zahlreichen Einzelnennungen angesprochen –

⁶⁶ Auf ähnlich gerichtete Fragen in anderen Themenkomplexen waren fast ausschließlich Einschätzungen dahingehend getroffen worden, dass die jeweils erfragten Aspekte „sehr gut“ gelingen oder sich die Pflegenden im Zusammenhang mit den erfragten Tätigkeiten und Aufgaben fast ausschließlich „sehr sicher“ fühlen würden.

Tabelle 4.3.3: Einschätzungen zur (Neu-)Zuordnung von Tätigkeiten und Aufgaben zwischen den Pflege- und anderen Gesundheitsberufen*

		ja	nein	Wenn ja, welche Tätigkeiten sind das? (häufige Angaben)
Führen Sie selbst Tätigkeiten aus, die aus Ihrer Sicht <i>nicht</i> zu Ihrem eigentlichen pflegerischen Aufgabenprofil gehören?	D F GB NL A	68 46 38 57 58	32 54 62 43 42	- Hauswirtschaftliche sowie Reinigungs-, Wartungs-, Reparaturtätigkeiten (D, F, GB, NL, A) - Besorgungen, Botengänge für Patient/-innen (D, A) - Administrative Aufgaben (Verwaltungs- und Büroaufgaben, Telefondienste) (D, F, GB, A)
Führen Sie selbst Tätigkeiten aus, die aus Ihrer Sicht ärztliche Tätigkeiten sind?	D F GB NL A	54 28 29 30 36	46 72 71 70 64	- Venöse Blutentnahmen (D, A) - Legen von Blasenverweilkathetern beim Mann (D, F) - Extubation (Beatmungsschläuche entfernen) (F) - Medikamente verschreiben (NL) - Aufklärungsgespräche mit Patient/-innen, z. B. zur Medikamenteneinnahme (D, F, A)
Können Sie sich in Ihrem Arbeitsbereich die Übernahme (weiterer) ausgewählter (sog.) ärztlicher Tätigkeiten vorstellen?	D F GB NL A	52 40 69 42 44	48 60 31 58 56	- Blutentnahmen & venöse Zugänge legen (D, NL, A) - Wundnähte setzen (F, GB) - Legen von Blasenverweilkathetern beim Mann (F) - Medikamente verschreiben (F, GB) - Verordnen von Hilfsmitteln (D, F)
Gibt es Tätigkeiten in anderen Berufsgruppen, die Ihrer Einschätzung nach eher/besser dem Kompetenzbereich von Pflegefachpersonen zuzuordnen sind?	D F GB NL A	38 20 30 18 31	62 80 70 82 69	- Mobilisation und Atemtherapie (D) - Wundversorgung (D, F, A) - Verordnung von Hilfsmitteln (D) - Pflegegeldeinstufung (A) - Anleitung/Beratung von Patienten u. Angehörigen (D, F) - Case-/Caremanagement (A)
Können Sie sich die Übertragung von Tätigkeiten aus Ihrem Arbeitsbereich auf andere Berufe (z. B. auf Helfer-/Assistenzberufe) vorstellen?	D F GB NL A	71 58 47 38 60	29 42 53 62 40	- Körpernahe Pflegemaßnahmen (D, F, A) - Aufräum-, Putz- u. hauswirtschaftl. Tätigkeiten (D, NL, A) - Venöse Blutentnahmen & venöse Zugänge legen (GB) - Kapillare Blutzuckerkontrolle (F) - Administrative Tätigkeiten/Büroarbeiten (A)

(* Angaben in %; Werte gerundet)

hauswirtschaftliche Verrichtungen, Reinigungs- und Wartungsarbeiten sowie Botengänge.

An die Fragen zur Aufgabenteilung grenzend, wurden die Pflegenden gebeten, das Gelingen bzw. ihre Zufriedenheit mit organisatorischen Aspekten in ihrem Arbeitsbereich einzuschätzen (s. Abb. 4.3.7).

Hier zeigten sich für D und F im Vergleich zu NL und A in den vier dargestellten Aspekten etwas negativere Gesamteinschätzungen. Während etwa in D lediglich 26,5% und in F 30,9% zu der Einschätzung gelangten, dass es voll und ganz oder eher zutreffend sei, dass die personelle Ausstattung mit Pflegenden in

ihrem Arbeitsbereich angemessen gut ist, waren es in NL 48% und in A 48,3%. Bezogen auf die Einschätzung, dass das Betriebsklima in ihrem Arbeitsbereich gut sei, stimmten in D 62% und in F 56,6% voll und ganz oder eher zu, während es in NL und A mit 82,6% bzw. 82,1% deutlich mehr waren (s. ebd.).

Abbildung 4.3.7: Einschätzungen der Pflegenden zu organisatorischen Rahmenbedingungen in ihrem Arbeitsbereich

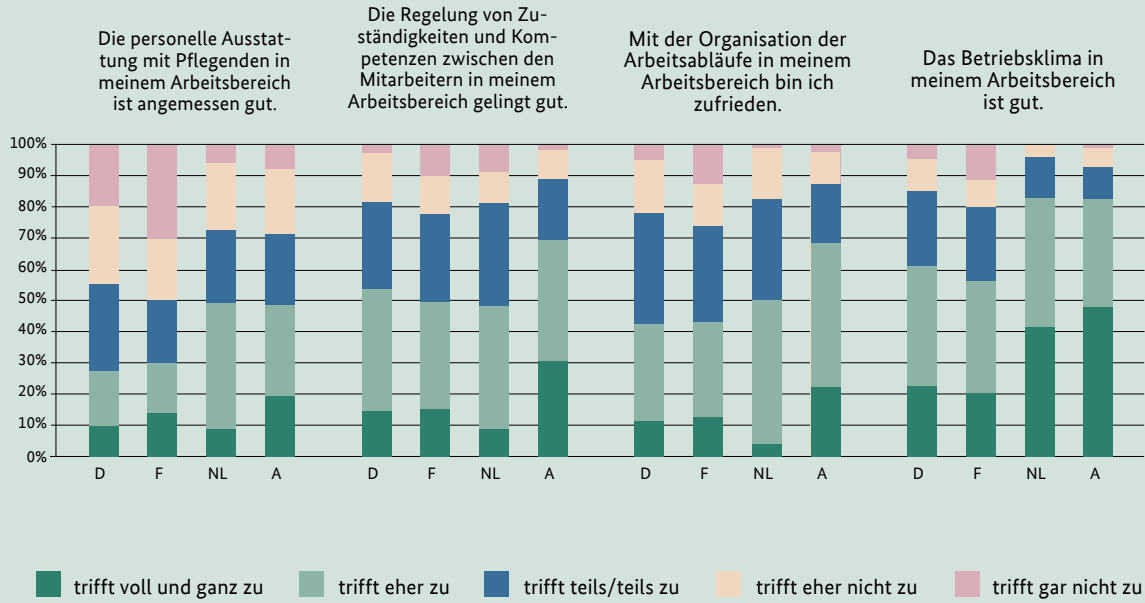
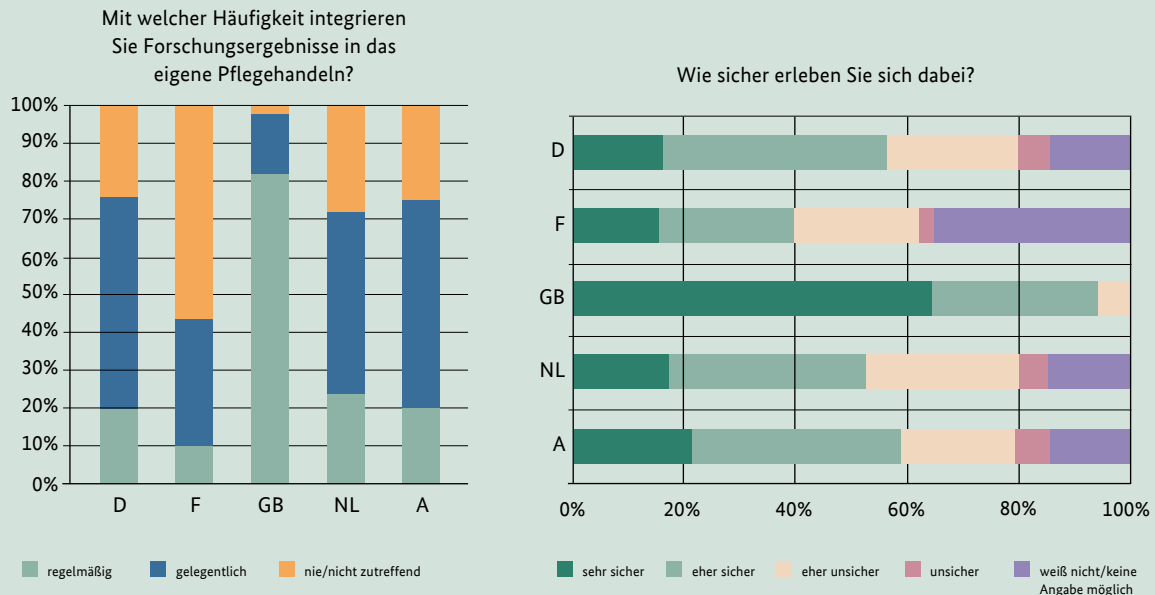


Abbildung 4.3.8: (a) Häufigkeit der Integration von Forschungsergebnissen in das Pflegehandeln und (b) die dabei empfundene Sicherheit



4.3.5.5 Pflegepraxisentwicklung und -forschung

Um mögliche Effekte des unterschiedlichen Standes der Pflegeforschung in den Vergleichsländern auf das Handeln in der Praxis aufzeigen zu können, wurde

u. a. gefragt, ob und ggf. wie häufig die befragten Pflegefachpersonen Forschungsergebnisse in ihr eigenes Pflegehandeln integrieren und wie sicher sie sich dabei erleben (s. Abb. 4.3.8).

Im Gegensatz zu GB – als Land mit einem hohen pflegerischen Akademisierungsgrad und der längsten Pflegeforschungstradition in Europa – gaben in den anderen Ländern deutlich weniger Befragte an, regelmäßig oder zumindest gelegentlich Forschungsergebnisse in ihr Handeln zu integrieren. Dabei liegen die Antworten aus F – mit dem in den Vergleichsländern zuletzt begonnenen Akademisierungsprozess – am weitesten zurück (s. Kap. 4.3.1).⁶⁷

Ähnliche Antwortprofile, bezogen auf die Vergleichsländer, ergaben sich für die Einschätzungen zur Häufigkeit und Sicherheit „Praxisrelevante Forschungsergebnisse/Fachartikel zu Studien kritisch bewerten“, „Themen und Fragestellungen für Rechercheaufträge und Forschungsarbeiten vorschlagen“ sowie „An der Planung und/oder Durchführung von Forschungsprojekten teilnehmen“.

Die Detailanalyse für D zeigt zudem, dass die ca. 160 Altenpfleger/-innen im Vergleich zu den ca. 1.050 Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen und gefolgt von den knapp 200 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen, die hierzu jeweils antworteten, häufiger angaben, dass sie die o. g. Aspekte regelmäßig oder gelegentlich umsetzen und sie sich zugleich dabei auch zu einem größeren Anteil als die Gesundheits- und Kinder-/Krankenpfleger/-innen sehr oder eher sicher erleben.

4.3.5.6 Einschätzungen zur Angemessenheit der Ausbildung von Pflegefachpersonen

Die eigene Pflegeausbildung im Rückblick

Danach gefragt, wie die Pflegenden ihre eigene Ausbildung rückblickend sehen, zeigte eine erste orientierende Beurteilung auf einer sechsstufigen Skala, dass in allen Ländern jeweils mind. 70% der Befragten positiv gerichtete Einschätzungen dahingehend abgaben, dass sie sich zum Abschluss ihrer Ausbildung gut auf ihren Beruf vorbereitet fühlten.

Eine hohe Übereinstimmung unter den Pflegenden fand sich dann auch in der Einschätzung hinsichtlich der Vorbereitung auf die Durchführung „patientenaher, pflegepraktischer“ Aufgaben“, wie z. B. das Unterstützen von Patient/-innen bei der Körperpflege. Hier lagen die Anteile derjenigen, die angaben, dass ihre Ausbildung dies sehr gut oder gut geleistet hat, zwischen 89,1% in F und 96,0% in NL.

Geteilte Einschätzungen hingegen gab es zur Qualität der Ausbildung im Hinblick auf die Vorbereitung für Informations-, Beratungs- und Leitungsaufgaben, den Umgang mit körperlichen und emotionalen Belastungen sowie die Arbeit mit Informations- und Kommunikationsmedien und -technik.

So empfanden sich zwischen 54% der Pflegenden in D und 86% in NL sehr gut oder gut durch die Ausbildung darauf vorbereitet, „Patient/-innen professionell [zu] informieren, [zu] beraten und an[zuleiten]“. In Bezug auf die sehr gute oder gute Vorbereitung, „Angehörige informieren, beraten und anleiten“ zu können, lagen die zustimmenden Werte zwischen 41 und 42% in D und A sowie 73% in NL. Dass sie es sehr gut oder gut in der Ausbildung gelernt hätten, „mit körperlichen Belastungen um[zugehen] (z. B. durch rüchenschonendes Arbeiten)“ bestätigten zwischen 60% der Pflegenden in D und jeweils ca. 72% in F, NL und A. Für die Vorbereitung auf den Umgang mit Stress und emotionalen Belastungen fühlten sich zwischen 34 und 35% der Pflegenden in D und F sowie knapp die Hälfte in GB, NL und A sehr gut oder gut vorbereitet.

Dabei zeigte sich zwischen den Antworten von Personen, deren Ausbildungsabschluss kürzer oder länger als zehn Jahre zurückliegt – mit Ausnahme der Befragten aus D –, kein nennenswerter Unterschied. Für D hingegen fielen die Angaben der Pflegenden (in allen drei Pflegeberufen), deren Ausbildungsabschluss kürzer als zehn Jahre zurückliegt, in fast allen erfragten Aspekten für die zusammengefassten Antwortkategorien „sehr gut“ und „eher gut“ jeweils um ca. 5 bis 10%-Punkte besser aus, als für alle Pflegefachpersonen zusammengenommen. Das kann mit den 2003 novellierten Ausbildungen in D (vgl. AltPflG 2003; KrPflG 2003) zusammenhängen.

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass sich aus den Antworten nicht ableiten lässt, in welchem Maße eine Ausbildung auf die genannten Aufgaben und Kompetenzen vorbereiten kann und/oder inwiefern erst Berufserfahrungen und Weiterqualifizierungen zu einem hohen Maß an empfundener Sicherheit bei deren Ausübung bzw. Anwendung führen kann.

Zur Angemessenheit der derzeitigen Ausbildung(en) von Pflegefachpersonen in den Vergleichsländern

Ähnliche Fragen wie zur Einschätzung der eigenen Pflegeausbildung zielten in einem weiteren Themenblock darauf ab, auch die Art und Weise der Vorbereitung auf die Berufspraxis durch die derzeitige(n) Pflegeausbildung(en) zu beurteilen. Die Antworten

⁶⁷ Für GB ist – möglicherweise das Antwortbild leicht relativierend – nochmals auf die kleine Stichprobe mit einem hohen Anteil an Personen zu verweisen, die angaben, in Leitungspositionen tätig zu sein. Möglicherweise beeinflusst ihre Funktion die ausgeprägte Anwendung von Forschungsergebnissen.

dazu zeigen ein ähnliches Bild wie die rückblickende Einschätzung der eigenen Ausbildung.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussionen zur regulären teilweisen Akademisierung der Pflegeausbildung in D (vgl. Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012), erscheinen hier die Ergebnisse der Detailanalyse für NL erwähnenswert. Dort bestehen parallel zwei Ausbildungen für Pflegefachpersonen: zum einen auf Bachelorebene und zum anderen auf dem Niveau eines mittleren Berufsabschlusses im sekundären Bildungssystem (s. Kap. 4.3.1). In den Angaben der jeweils ca. 55 bis 60 Befragten, die sich hierzu äußerten, zeigt sich, dass die beiden Ausbildungen in ihrer Wahrnehmung unterschiedliche Beiträge zur Herausbildung pflegeberuflicher Kompetenzen leisten. Dabei erhielt die Ausbildung auf Hochschulniveau in den zwölf erfragten Aspekten – mit Ausnahme des Themas „Pflegetechnische/

-praktische Aufgaben ausführen“ – die bessere Beurteilung (s. Tab. 4.3.4).

Auffallend in den Einschätzungen aus allen fünf Ländern gleichermaßen ist, dass die Ausbildungen für Pflegefachpersonen lediglich im Empfinden von max. einem Viertel der Befragten sehr gut oder gut darauf vorbereiten, kompetent in der stationären Langzeitpflege oder in der ambulanten Pflege sowie in Notfallsituationen handeln zu können. Selbst für die Altenpflegeausbildung in D werden diese Werte bzgl. der Einschätzung, dass diese sehr gut oder gut auf das kompetente Handeln in der stationären Langzeitpflege und in der ambulanten Pflege vorbereitet, mit 28,5% und 20,7% der dahingehend abgegebenen Antworten kaum bzw. nicht übertroffen.

Hinsichtlich der Ausbildungsinhalte liegen die Anteile der Befragten in den Vergleichsländern, die

Tabelle 4.3.4: Einschätzungen zur Vorbereitung auf ausgewählte Aufgaben durch die beiden niederländischen Ausbildungen für Pflegefachpersonen

Vorbereitung auf folgende Aspekte durch die Ausbildung für „verpleegkundige MBO“ (Niveau 4)	... durch die Ausbildung für „verpleegkundige HBO“ (Niveau 5)
Einschätzungen in den zusammengefassten Antwortkategorien „sehr gut“ und „gut“		
a) eine systematische, wissenschaftsbasierte, individuell auf den Einzelfall orientierte Pflege umsetzen	13,0	57,9
b) eine nicht wertende, fürsorgliche Einstellung zeigen	30,9	53,6
c) analytisch und kritisch Denken	20,4	72,8
d) planvoll, prioritätensetzend und problemlösend denken und handeln	34,6	67,9
e) pflegetechnische/-praktische Aufgaben ausführen	52,7	39,3
f) im Team arbeiten und zur gemeinsamen Entscheidungsfindung beitragen	47,3	46,5
g) Informationstechnologie nutzen (z. B. PC, Internet)	61,1	78,5
h) Organisations- und Leitungsaufgaben wahrnehmen	16,3	57,2
i) im Krankenhaus kompetent pflegen	30,9	51,7
j) in der stationären Langzeitpflege kompetent pflegen	24,1	25,5
k) in der ambulanten Pflege kompetent pflegen	9,3	23,7
l) in Notfallsituationen sicher handeln	20,0	23,2

der Einschätzung sind, dass es voll oder eher zutreffend sei, diese aktualisieren zu müssen, zwischen 50,5% in A und 70,5% in F. D liegt hier mit 54,7%, NL mit 56,2 und GB mit 68,2% dazwischen. Insb. für F überrascht diese Antwort, da im Jahr 2009 eine umfassende Reform der Pflegeausbildung stattfand (s. Kap. 4.3.1, Anhang A 13.2.2). Hier ist zu vermuten, dass diese in der Praxis zunächst Irritationen auslöste und/oder noch nicht ihre vollen Potenziale entfalten konnte.⁶⁸

Noch mehr Pflegende äußerten zudem Bedarf an einer stärkeren Praxisorientierung in der (hoch-)schulischen Ausbildung. Hier liegen die Werte mit 90,9% der Befragten in GB und 84,7% in NL, die dies als voll oder eher zutreffend befinden, am höchsten. In A sehen dies 60,9%, in F 65,1% und in D 66,4% der Befragten so. Dieses Antwortbild bestätigend, befanden es zwischen 67,2% der Befragten in A und 85,2% in F als voll oder eher zutreffend, dass die Anleitung der Lernenden während der praktischen Ausbildung verbessert werden sollte.

Zu den derzeitigen Rahmenbedingungen des Lernens in der Pflegepraxis

Da der Beitrag, den eine Ausbildung zur Entwicklung beruflicher Handlungskompetenzen leisten kann, auch wesentlich von den Rahmenbedingungen abhängt, unter denen die theoretische und v.a. die praktische Ausbildung abläuft, wurden die Befragten

um Einschätzungen zu den Lernbedingungen in ihren persönlichen Arbeitsumfeldern gefragt. Abbildung 4.3.9 verdeutlicht, dass diese v. a. in D und F ungünstiger ausfallen als in den Vergleichsländern.

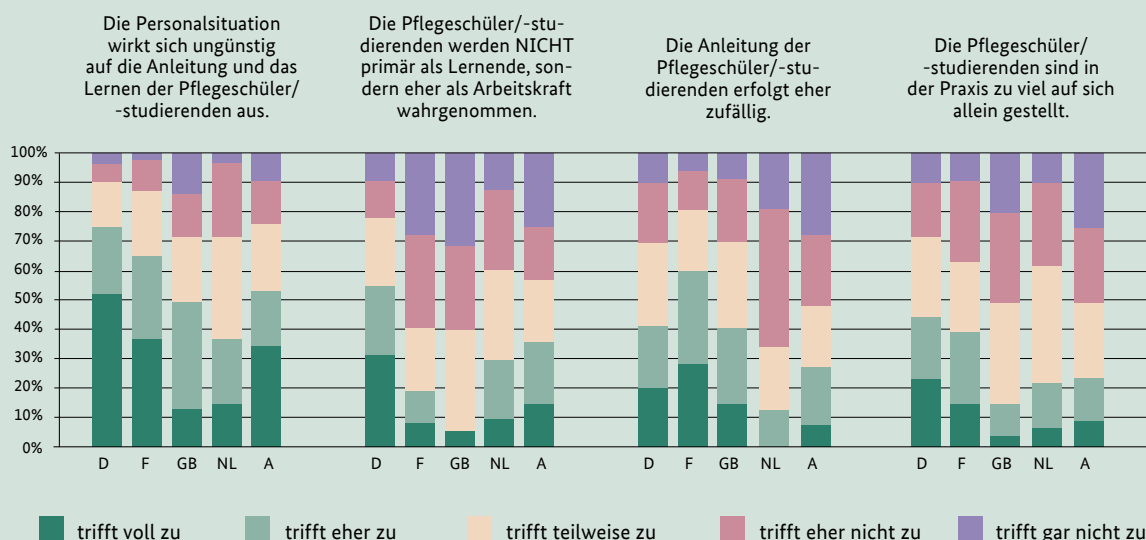
So stimmten in D 75% und in F 64,5% der Befragten voll zu oder eher zu, dass die Personalsituation sich ungünstig auf die Anleitung und das Lernen der Pflegeschüler/-innen bzw. -studierenden auswirkt. In GB und A kamen etwa die Hälfte und in NL ein Drittel der Befragten zu dieser Einschätzung.

Nicht zuletzt aufgrund der für ungünstig befundenen Personalsituation erklärt sich dann auch, dass in D 55,8% es als voll zutreffend oder eher zutreffend befanden, dass die Lernenden *nicht* primär als solche, sondern eher als Arbeitskraft wahrgenommen werden. Die Werte in F, GB, NL und A liegen hier – wenngleich mit deutlicher Streuung – deutlich unter der Einschätzung für D.

Dass die Anleitung der Lernenden in der Pflege eher zufällig erfolgt, schätzten in D 45% der Befragten als voll oder eher zutreffend ein. Damit lag dieser Wert erneut über den Werten für GB, NL und A. Nur in F fiel diese Einschätzung mit 59,7% noch schlechter aus als in D.

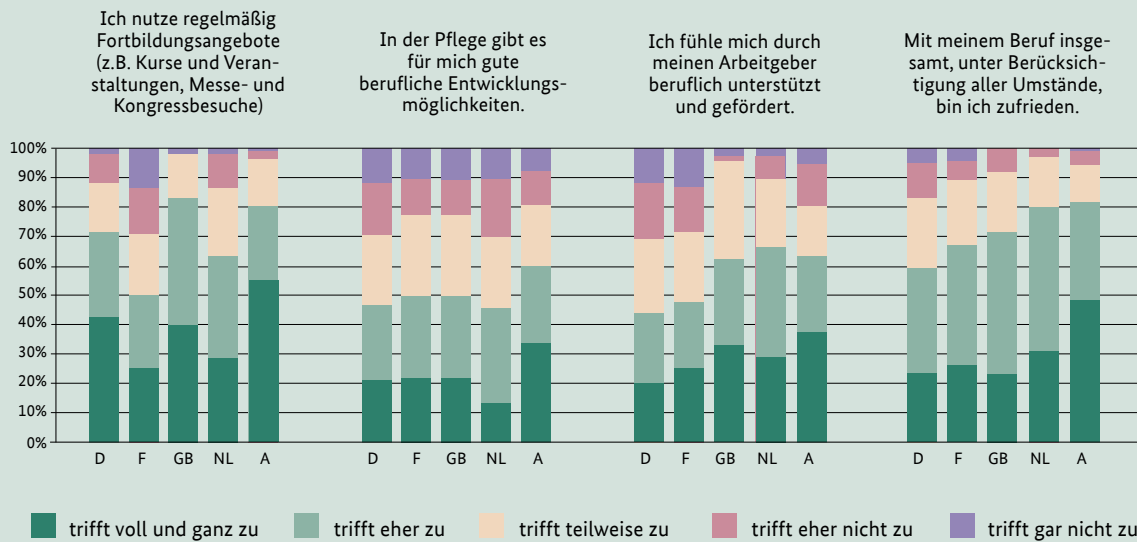
Ähnlich fällt dann auch das Antwortmuster für die Einschätzung aus, dass die Lernenden in der Praxis zu viel auf sich allein gestellt sind. Dies befanden in D 45% der Befragten als zutreffend, während die Werte für die anderen Länder darunter lagen (s. Abb. 4.3.9).

Abbildung 4.3.9: Einschätzungen zu exemplarischen Aspekten der Lernbedingungen von Pflegeschüler/-innen bzw. -studierenden in der derzeitigen Pflegepraxis



68 Diese Einschätzung lässt sich durch die Ergebnisse der Berufsmigrant/-innen- sowie der Expert/-innenbefragung stützen (s. Kap. 4.3.2 und 4.3.3).

Abbildung 4.3.10: Einschätzungen zu ausgewählten Aspekten bzgl. der Entwicklungsmöglichkeiten und beruflichen Zufriedenheit von Pflegefachpersonen



4.3.5.7 Einschätzungen zur beruflichen Situation und zu persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten

Angrenzend an die Einschätzungen zur Vorbereitung auf die Anforderungen im Berufsalltag durch die (eigene) Pflegeausbildung (s. Kap. 4.3.5.6) wurde auch danach gefragt, ob sich die Pflegenden für die Aufgaben, die sie derzeit zu erfüllen haben, im Allgemeinen gut qualifiziert fühlen. Dies bestätigten – mit Anteilen zwischen 87,5% in F und 95,8% in A – die meisten Pflegenden in allen Ländern gleichermaßen als voll und ganz oder als eher zutreffend. Etwas niedriger und breiter gestreut stellt sich das Antwortbild auf die Frage dar, ob die Pflegenden ihr Fachwissen und ihre Kompetenzen in ihrer derzeitigen Tätigkeit umfänglich einsetzen können. Hier liegen die Antworten „trifft voll und ganz zu“ sowie „trifft eher zu“ zwischen 70,7% in F und 93,3% in GB.⁶⁹

Der Themenblock zur beruflichen Situation und den Entwicklungsmöglichkeiten im Pflegeberuf schloss mit der Bitte um Angaben zu den in Abbildung 4.3.10 enthaltenen Aussagen ab. Dabei zeigt sich, dass mit 49,2% in F deutlich weniger Befragte als in den anderen Ländern – mit Werten zwischen 65,3% in NL und 84,8% in GB – angaben, sich regelmäßig fortzubilden.

Kaum Unterschiede im Ländervergleich fanden sich für die Einschätzung der Pflegenden, dass es für sie gute berufliche Entwicklungsmöglichkeiten gibt.

Hier stimmten die Befragten zwischen 45,3% in NL und 59,6% in A entweder voll oder eher zu.

Zu dieser Thematik waren – unter Berücksichtigung der v. a. in GB und NL zahlreich vorhandenen Weiterqualifizierungen, die u. a. zu formalen Kompetenzerweiterungen führen (s. auch Kap. 3.1.4, 4.3.1.3) – für diese beiden Länder positivere Einschätzungen erwartet worden. Zugleich aber überrascht der – im Vergleich zu den anderen Ländern – für A höhere zustimmende Wert bzgl. des Vorhandenseins guter beruflicher Entwicklungsmöglichkeiten im Pflegeberuf, da die sonstigen Recherchen und Befragungsergebnisse zur Qualifikationsanalyse für die Gesundheits- und Krankenpflege keine günstigeren Weiterqualifizierungsmöglichkeiten als bspw. in D vermuten lassen.

Die vor der Berufsangehörigenbefragung bestehenden Annahmen bestätigten die beiden folgenden Antwortbilder. Diese zeigen zum einen, dass die Zustimmung (voll und ganz/eher) auf die Aussage „Ich fühle mich durch meinen Arbeitgeber beruflich unterstützt und gefördert“ für die Pflegefachpersonen aus D und F mit 44,6% und 47% deutlich schlechter ausfallen als etwa für GB mit 65,2% und NL mit 66,7%. Zum anderen zeigt sich ein ähnliches Bild – mit ungünstigeren Werten für D und F – auch für die Einschätzung zu der Aussage „Mit meinem Beruf insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände, bin ich zufrieden“. Hier stimmten nur 59,7% in D und 66,4% in F bis hin zu 81,6% in A entweder voll und ganz oder eher zu.

⁶⁹ Hinsichtlich der hohen Zustimmungswerte in GB ist erneut zu berücksichtigen, dass hier zahlreiche Befragte Leitungsfunktionen einnehmen und sich daher möglicherweise stärker gefordert sehen als Befragte ohne Leitungsfunktion.

4.3.6 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Qualifikationsanalyse für die Gesundheits- und Krankenpflege

Mit Blick auf die in Kapitel 1 benannte Zielsetzung der GesinE-Studie werden im Folgenden schlaglichtartig die zentralen Ergebnisse der Teiluntersuchungen zur Qualifikationsanalyse für die Gesundheits- und Krankenpflege (s. Kap. 4.3.1-4.3.5) zusammengeführt.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Ausbildungsgänge und Qualifikationsprofile von Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen in den Vergleichsländern

- Die in D zu findende Aufteilung in drei *grundständig* ausgebildete Pflegeberufe – Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege – findet sich in dieser Form in den Vergleichsländern nicht. Deutliche Ähnlichkeiten bestehen mit drei getrennten Grundausbildungen in A. In F hingegen ist die Ausbildung generalistisch, d.h. berufsfeldbreit angelegt und in GB und NL werden Pflegeausbildungen umgesetzt, in denen nach einer berufsfeldbreit angelegten Phase Schwerpunktsetzungen erfolgen (s. Kap. 4.3.1).
- Während die Ausbildungen für Pflegefachpersonen in D und A – mit Ausnahme von Modellprojekten – regelhaft im sekundären Bildungssektor angesiedelt sind, bestehen in F seit dem Studienjahr 2009/10 und in GB seit 2012/13 ausschließlich berufszulassende Ausbildungsprogramme für Pflegefachpersonen auf Bachelorstufe. In NL wiederum gibt es sowohl Ausbildungen auf dem Niveau von Pflegefachpersonen im sekundären als auch im tertiären Sektor, d.h. unterhalb und auf Bachelorebene (s. Kap. 4.3.1.2).
- Gestufte Bildungskonzepte für Pflegende mit Assistenz-, Bachelor-, Master- und Doktoratsebene bzw. mit diversen horizontalen und vertikalen Entwicklungsoptionen haben in GB, gefolgt von NL, ihre längste Tradition.
- Im Sinne durchlässiger Bildungsstrukturen bieten sich den Pflegefachpersonen im Ländervergleich in GB und NL die meisten Möglichkeiten, um weiterführende Qualifizierungswege einzuschlagen, die zu anerkannten Erweiterungen ihrer Handlungskompetenz führen (s. Kap. 4.3.1.4, 4.3.2.3).
- Die in den Vergleichsländern gleichermaßen vorzufindenden vielfältigen Fort- und Weiterbildungen stützen die These, dass die berufszulassenden Ausbildungen für Pflegefachpersonen die aktuellen und zukünftigen Qualifikationsbedarfe nicht um-

fänglich abdecken (können). Sie stellen offensichtlich für einen beträchtlichen Teil der Berufsangehörigen eine „Basis-/Sockelqualifikation“ für darauf aufbauende Spezialisierungen dar (s. Kap. 4.3.1.4).

- Anders als in D, wo pflegerische Fachweiterbildungen in die Regelungskompetenz der Bundesländer fallen, werden für F, GB, NL und A für zentrale Fachgebiete und Kompetenzbereiche Mindestanforderungen zur inhaltlichen Gestaltung der Weiterqualifizierungen und den darin zu erwerbenden Kompetenzen auf staatlicher Ebene bzw. in verbindlich einzuhaltenden Standards von hierfür autorisierten Berufsorganisationen vorgegeben (s. Kap. 4.3.1.4).

Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Berufsausübung von Pflegefachpersonen

- „Pfleger“ bilden in den untersuchten Ländern die größte und zugleich eine sehr heterogene Berufsgruppe des Gesundheitswesens. Diese Heterogenität wird voraussichtlich fortbestehen und sich durch den verstärkten Einsatz von Assistenzpersonal auf der einen und von weiterqualifizierten Pflegenden auf der anderen Seite weiter verstärken (s. Kap. 4.3.1.1, 4.3.1.4).
- In allen Vergleichsländern wird ein weiter zunehmender Mangel an Pflegefachpersonen erwartet. Gegenmittel werden v.a. in der Schaffung attraktiver(er) Arbeitsbedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten – auch i.S. der Erweiterung der Handlungskompetenzen durch entsprechende Weiterqualifizierungen – gesehen (s. Kap. 4.3.1, 4.3.4).

Aufgabenprofile von Pflegefachpersonen und Rahmenbedingungen ihrer Berufsausübung

- Hinsichtlich der Aufgabenprofile fällt für D, NL und A auf, dass hier körpernahe Pflegetätigkeiten, wie z. B. das Unterstützen von Patient/-innen bei der Körperpflege, sowie Tätigkeiten im hauswirtschaftlichen Bereich und zur Wartung und Reinigung von Hilfsmitteln, vom überwiegenden Teil der Pflegefachpersonen sehr oft/regelmäßig ausgeführt werden. Die Antworten aus F nehmen hier eine Mittelstellung ein und in GB gehören solche Tätigkeiten eher selten zum regulären Aufgabenprofil der befragten Berufsangehörigen (s. Kap. 4.3.5.2).
- Bezüglich der regelmäßigen Ausführung von Tätigkeiten im Rahmen der Mitwirkung bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie zeigen sich im Ländervergleich kaum Unterschiede in den erfragten Items. Lediglich venöse Blutentnahmen und das Legen venöser Zugänge wird von deutlich weniger

Befragten in D und A sehr oft/regelmäßig durchgeführt als in F, GB und NL (s. Kap. 4.3.5.2).

- Für F und GB ist der im Vergleich zu D und A deutlich höhere Anteil an Personen mit Helfer-/Assistenzabschlüssen am Gesamtpflegepersonal auffällig. Dabei gilt insb. die staatlich geregelte, landesweit einheitliche zweijährige Ausbildung für Pflegehelfer/-innen in F (aidé-soignants) neben dem Studium für Pflegefachpersonen (infirmiers) als zentrale Säule der pflegerischen Versorgung (s. Kap. 3.2.1). Der Makel der Geringqualifizierung, der in D Pflegeassistenten-/helferqualifikationen vielfach anhaftet, wird insb. in F anscheinend nicht so gesehen (s. Kap. 4.3.1).
- Aufgrund der höheren Anteile an Pflegeassistenten-/helferpersonal am Gesamtpflegepersonal, insb. in Langzeitpflegeeinrichtungen, sind die Pflegefachpersonen verstärkt gefordert, pflegende Personen, die keine Fachpersonen sind, anzuleiten sowie die anfallenden Aufgaben zu planen, ihre Umsetzung zu koordinieren und zu überwachen sowie abschließend die Pflegeprozesse zu evaluieren. Dies kann nach Einschätzung einer Reihe der befragten Berufsmigrant/-innen und Expert/-innen zu Überforderungssituationen der Pflegefachpersonen und zur Gefährdung der Versorgungsqualität führen (s. Kap. 4.3.2.2, 4.3.3.2).
- Bestimmte Aufgaben können und dürfen in A nicht an Assistent/-innen bzw. Helfer/-innen delegiert werden. Damit verbunden wurde der hohe Anteil an diesen Mitarbeiter/-innen am Gesamtpflegepersonal als problematisch hinsichtlich der Gestaltung effektiver Versorgungsabläufe beschrieben (s. Kap. 4.3.2.2). Für GB wurde der wachsende Anteil an gering qualifizierten Mitarbeiter/-innen von mehreren befragten Expert/-innen zudem dahingehend angesprochen, dass sie diesen Umstand für die Versorgungsqualität im direkten Patient/-innenkontakt und für das Bild von Pflege in der Gesellschaft für fraglich halten (s. Kap. 4.3.3.2).
- Für GB wurde zudem darauf hingewiesen, dass mit einer umfassenden Überarbeitung der Aufgaben- und Kompetenzprofile der Pflegenden im Zuge der Erstellung und Umsetzung der NHS-Kompetenz- bzw. Karriereleiter (s. Kap. 3.1.4) bestimmte Inhalte aus der Grundausbildung herausgefallen und in weiterführende Qualifizierungen integriert oder zu spezifischen Fortbildungsthemen erklärt wurden. Dies schränkt den Handlungsspielraum der Berufsanfänger/-innen ein und erschwert gleichfalls effektive Versorgungsabläufe (s. Kap. 4.3.3.1).
- Im Hinblick auf eine, von den Expert/-innen genannte und in der Berufsangehörigenbefragung bestätigte, notwendige Optimierung des Zusammenwirkens von Pflegenden mit unterschiedlichen Qualifikations- und Kompetenzprofilen wurden v. a. für GB und NL von mehreren Befragten Überschneidungen und Unklarheiten bzgl. der Aufgabenteilung und Verantwortungszuschreibung angesprochen (s. Kap. 4.3.2.2). Als Konsequenz werden klare Konzepte zur Arbeitsteilung und Delegation sowie eine verstärkte Anbahnung von Organisations- und Leitungskompetenzen der Pflegefachpersonen in der Ausbildung und Weiterbildung gefordert (s. Kap. 4.3.3.2).
- In Anlehnung an die Rahmenvorgaben des „International Council of Nurses“ wurden aktuell in GB und NL die gestuften, auf die nationalen Kontexte angepassten Qualifikationskonzepte für Pflegeberufe überarbeitet bzw. im Fall von A neu erstellt. Diese Konzepte beinhalten v. a. Aussagen zu den Rollen- und Aufgabenzuschreibungen für Pflegeassistenten-, Pflegefach- und Fachpflegepersonen sowie Rahmenvorgaben zu ihrer Zusammenarbeit und Qualifizierung. Sie sind v. a. darauf ausgerichtet, den Herausforderungen eines altersgewandelten Gesundheitssystems mit steigendem Pflegebedarf bei begrenzten personellen Ressourcen begegnen zu können (s. Kap. 4.3.1.4).

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

- Die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe stellt für die Pflegefachpersonen aller Vergleichsländer gleichermaßen eine zentrale Aufgabe dar. Dabei fallen v. a. die Einschätzungen zu deren Gelingen in D, F und A schlechter aus. Prägend sind hier hierarchische Strukturen. In GB und NL wird das Gelingen der Zusammenarbeit, v. a. in Bezug auf Mediziner/-innen, deutlich besser eingeschätzt (s. Kap. 4.3.2.2, 4.3.3.1, 4.3.5.4).
- Von den befragten Expert/-innen in D, F und A wird mit der steigenden Zahl akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen im Praxisfeld eine Zunahme der Kooperation „auf Augenhöhe“ mit anderen Gesundheitsberufsangehörigen, insb. mit Mediziner/-innen, sowie zugleich eine Zunahme an eigenverantwortlichen Gestaltungsräumen für die Pflegenden erwartet. Die Expert/-innen aus GB und NL bestätigten diese Effekte in der rückblickenden Betrachtung des Akademisierungs- (und Professionalisierungs-) prozesses der Pflege in diesen Ländern (s. Kap. 4.3.3.1).
- Für F, GB und NL stellt sich die Rolle der Pflegenden – nicht zuletzt zur Kompensation eines Mangels an Mediziner/-innen – in Teilen des pflegerischen Handlungsfeldes als stärker an einem medizini-

schen Denk- und Handlungsmodell und auf die „ärztliche Assistenz“ ausgerichtet dar, als in D und A. In dieser Ausrichtung der pflegerischen Praxis wird von mehreren Befragten die Gefahr eines Entfernens vom Kern pflegeberuflichen Handelns gesehen. Dahingehend erklärten eine Reihe der Berufsmigrant/-innen und Expert/-innen, dass sich die Pflege so nicht als eigenständige Profession weiterentwickelt, um ihren spezifischen Beitrag zur Bewältigung der Herausforderungen eines altersgewandelten Gesundheitssystems einzubringen (s. Kap. 4.3.1.4, 4.3.2.2).

Angemessenheit der Ausbildung im Hinblick auf die Anforderungen in der Pflegeberufsausübung

- Zum Verhältnis zwischen den in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen und ihrer Nutzung auf dem Pflegearbeitsmarkt liegen für die zu vergleichenden Länder keine aktuellen Untersuchungsergebnisse mit hohem Evidenzgrad vor. Publiizierte Studien tangieren zudem lediglich Einzelaspekte des Themas (s. Kap. 4.3.1.4). Diese, sowie die Ergebnisse der GesinE-Studie, lassen jedoch zumindest die Aussage zu, dass für die Vergleichsländer unterschiedlich ausgeprägte Divergenzen zwischen der Passfähigkeit der jeweiligen Ausbildung von Pflegefachpersonen und den Anforderungen der beruflichen Praxis sowie der gesellschaftlichen Entwicklungen bestehen (s. Kap. 4.3.3.1).
- Für *alle fünf* Länder sind bzgl. der Passung von Ausbildung und Berufspraxis von Pflegefachpersonen sowohl positive als auch kritische Aspekte bzw. Vor- und Nachteile beschreibbar. Augenfällig ist dabei, dass die Äußerungen der französischen und britischen Expert/-innen auffallend kritisch ausfallen (s. Kap. 4.3.3.1)⁷⁰ und dass die Einschätzungen der Befragten für D und A in den meisten Punkten sehr ähnlich sind.
- Für D und A beschrieben mehrere Expert/-innen eine Diskrepanz zwischen Ausbildung und Berufspraxis dahingehend, dass die vermittelten Kompetenzen v. a. aufgrund widriger Rahmenbedingungen in der Praxis vielfach nicht genutzt werden (können). Die Ausbildungen als solche werden dabei – hier explizit von mehreren Personen für D geäußert – in allen drei Richtungen, d. h. für die Gesundheits- und Kranken-, Gesundheits- und Kinderkranken- sowie Altenpflege – als anspruchsvoll und ein breites Qualifikationsspektrum abdeckend beschrieben (s. Kap. 4.3.3.1).
- Im Zusammenhang mit den prinzipiell als hoch eingestuften Lernzielen der berufszulassenden Ausbildungen für Pflegefachpersonen finden sich für alle fünf Länder mehrfach deutliche Verweise auf die geringe Schulabschlussqualität der Lernenden, aufgrund derer die definierten Lernziele von vielen kaum erreichbar seien. Dennoch würden die Lernenden häufig – nicht zuletzt vor dem Hintergrund des zunehmenden Personalmangels – (durch ein Unterlaufen der Mindestanforderungen an die Lernziele) zu einem Berufsabschluss auf dem Niveau von „Pflegefachpersonen“ geführt werden (s. Kap. 4.3.3.1).
- In den großen (Interpretations-)Spielräumen, die die Ausbildungsstätten auf der Basis der wenig konkreten Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen sowie ggf. vorhandener Rahmenvorgaben der einzelnen Bundesländer in D in der Gestaltung ihrer Curricula haben, sehen mehrere befragte Expert/-innen sowohl Chancen als auch Risiken für eine angemessene Berufsvorbereitung (s. Kap. 4.3.3.1). Ähnliche Einschätzungen finden sich auch für GB, wo es den Universitäten obliegt, auf der Basis landesweit geltender Standards die Ausbildungsprogramme zu gestalten (s. ebd.).

Zwischen Dreiteilung und Generalistik der Ausbildungen

- Für die in NL und GB in großen Teilen der Ausbildung vorgesehene generalistische Ausrichtung thematisierten mehrere Befragte, dass aufgrund der Breite der Ausbildung die Inhalte einen geringen Vertiefungsgrad aufweisen (s. Kap. 4.3.3.1). In beiden Ländern wird von Berufsanfänger/-innen keine umfassende berufliche Handlungskompetenz erwartet und eine gezielte länger dauernde Einarbeitung i. S. eines fortgesetzten Lernprozesses nach Einmündung in den Beruf zum Erreichen einer beruflichen Handlungsfähigkeit für notwendig befunden (s. Kap. 4.3.3.1).
- Das Ziel einer Generalisierung bzw. Zusammenführung der drei Pflegeausbildungen in D wird von den befragten Expert/-innen zweigeteilt gesehen (s. Kap. 4.3.3.1). Neben dem Plädoyer für eine gemeinsame Ausbildung bestehen für etwa ebenso viele Befragte Zweifel daran, dass mit der dann gegebenen Breite der Ausbildung die Tiefe des Wissens und Könnens ausreicht, um mit der notwendigen beruflichen Handlungskompetenz nach dem Ausbildungsende agieren zu können (s. Kap. 4.3.3.1).

⁷⁰ An dieser Stelle ist auf die niedrigen Teilnehmer/-innenzahlen aus F und GB hinzuweisen. Möglichweise kämen weitere befragte Personen zu anderen Einschätzungen.

Mangelnde Vorbereitung auf Bedarfe einer altersgewandelten Gesellschaft

- Deutliche Schwächen bzw. zugleich Verbesserungsbedarfe bestehen in der Einschätzung der befragten Expert/-innen für alle Länder in der besseren Vorbereitung der angehenden Pflegefachpersonen auf die Bedarfe chronisch kranker und alter Menschen. Dies gilt sowohl für ihre Versorgung im Krankenhaus und in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen als auch in der häuslichen Pflege (s. Kap. 4.3.2.1). Probleme werden dabei in der zu geringen Vermittlung des notwendigen medizinischen Grundlagenwissens in der berufszulassenden Ausbildung und in der mangelnden Befähigung gesehen, die pflegerischen Bedarfslagen der Patient/-innen bzw. Bewohner/-innen unter Berücksichtigung ihres persönlichen Lebensumfeldes zu erkennen. Diese Wahrnehmung deckt sich mit der Selbsteinschätzung der Berufsangehörigen. Hier sehen sich jeweils max. ein Viertel der Befragten sehr gut oder gut auf das Handeln in der stationären Langzeitpflege oder in der ambulanten/häuslichen Pflege vorbereitet (s. Kap. 4.3.5.6).
- Die für D vorgenommene Detailanalyse bzgl. der Tätigkeiten und Aufgaben von Pflegefachpersonen in verschiedenen Versorgungsbereichen zeigt, dass in der stationären und v. a. in der ambulanten/häuslichen Langzeitpflege häufiger als im Krankenhaus regelmäßig von einem überwiegenden Teil der befragten Pflegefachpersonen Informations-, Anleitungs- und Beratungsaufgaben erbracht werden (s. Kap. 4.3.5.2). Aus dem Blickwinkel der deutschen und österreichischen Expert/-innen werden zugleich Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention, die v. a. mit Informations-, Anleitungs- und Beratungsaufgaben einhergehen, noch zu wenig in der Ausbildung berücksichtigt (s. Kap. 4.3.3.1). Auch die Einschätzungen der Berufsangehörigen zur diesbezüglichen Angemessenheit ihrer Ausbildung liegen hinter denen der anderen Länder zurück (s. Kap. 4.3.5.6) und weisen auf entsprechende Erneuerungsbedarfe der Ausbildungsprogramme hin.

Zwischen wissenschaftlich orientierter Ausbildung und „fitness for practice“

- Weiterhin wurde für D sowie auch für A von den Expert/-innen mehrfach auf die gering ausgeprägten Fähigkeiten von Pflegefachpersonen zur wissenschaftlich gestützten Reflexion ihres Handelns und zur Einnahme einer kritischen Haltung gegenüber den Gegebenheiten ihres Handlungsfeldes hingewiesen (s. Kap. 4.3.3.1). Diese Einschätzungen korrespondieren mit den Angaben der Berufs-

gehörigen zur geringen Häufigkeit der Integration von Forschungsergebnissen in ihr Pflegehandeln und dem dabei nicht umfänglich empfundenen Maß an Sicherheit (s. Kap. 4.3.5.5).

- Keine der abgegebenen Einschätzungen stellte die Akademisierung (von Teilen) der Pflege als solche grundsätzlich in Frage. Dies gilt für alle fünf befragten Länder.
- Von den Expert/-innen in F, GB und NL wurde jedoch die Notwendigkeit von Nachbesserungen hinsichtlich der Art und Weise der hochschulischen Ausbildung von Pflegefachpersonen gesehen (s. Kap. 4.3.3.1), die derzeit von einer Wissensanreicherung bei einem gleichzeitigen Verlust an ausreichendem Lern- und Erfahrungsraum in der Berufspraxis gekennzeichnet ist.
- In GB und NL befanden dabei jeweils mehrere Befragte, bezogen auf die akademischen Ausbildungsgänge für Pflegefachpersonen, dass die Anbahnung praktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten zu wenig beachtet wird. Das dort übliche Lernen und Üben in Skills-Labs könne keine Praxis ersetzen. Ihrer Einschätzung nach sind die Lernzeiten in der realen Pflegepraxis zu kurz. Zudem sei der Status der Lernenden als Studierende bzw. Praktikant/-innen für eine Integration in die Pflegeteams und für die berufliche Sozialisation als „Pflegefachperson“ hinderlich (s. Kap. 4.3.3.1). Das führe dazu, dass sie die ersten Monate im Beruf als Lernphase benötigen, um „berufsfähig zu werden“.
- Zum Thema Lernen in der Praxis ergaben die Einschätzungen der befragten Berufsmigrant/-innen, Expert/-innen und z. T. der Berufsangehörigen für D ein widersprüchliches Bild. Diesbezüglich wurde einerseits vielfach die umfangreiche praktische Ausbildung als eine besondere Stärke der deutschen Ausbildung herausgestellt (s. Kap. 4.3.2.3, 4.3.3.1). Andererseits verwiesen eine Reihe der Expert/-innen zugleich auch darauf, dass die praktische Ausbildung häufig verwertungsorientiert und an den Interessen der ausbildenden Einrichtungen ausgerichtet sei (vgl. ebd.).
- Dabei stellen sich die Rahmenbedingungen für das Lernen in der Praxis (bedingt durch die zumeist knappe personelle Ausstattung) sowohl aus Sicht der Expert/-innen als auch der Berufsangehörigen in D – ähnlich wie in F – am ungünstigen dar. (s. Kap. 4.3.2.2, 4.3.5.6).

5. Fazit

Im abschließenden Kapitel wird nach einer Reflexion des genutzten methodischen Vorgehens und zur Reichweite der damit erarbeiteten Studienergebnisse (s. Kap. 5.1) eine Synthese der Ergebnisse vorgenommen (s. Kap. 5.2) und abschließend weiterer Forschungs- und Praxisentwicklungsbedarf aufgezeigt (s. Kap. 5.3).

5.1 Methodenkritik und Begrenzung der Ergebnisse

(Gesundheits-)Berufliche Bildung ist mit bildungs-, aber auch mit wirtschafts- und arbeitsmarktpolitischen Fragen (vgl. Rauner 2006, 2010) sowie kontrovers bestehenden Interessen und Konzeptvorstellungen verzahnt. Die Arbeit an einem berufsbildungsbezogenen Gegenstand bedarf damit eines interdisziplinären, mehrperspektivischen Zugangs, wie er in der Bearbeitung der GesinE-Studie genutzt wurde.

Die Erfahrungen aus der GesinE-Studie bestätigen die Komplexität sowie die zugleich besonderen Erkenntnischancen der (international bzw. europäisch) vergleichenden Berufsbildungsforschung (vgl. Tessaring 1999; Lauterbach 2003, 2006). Diese liegen darin, Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede und damit Alternativen zum Bestehenden aufzuzeigen (vgl. Øyen 1990; Lauterbach 2006).

Dabei darf der Blick auf die Situation in anderen Ländern nicht dazu verführen, die Ausbildung in D einseitig negativ zu bewerten. Die Komplexität und Verschiedenheit der historisch gewachsenen Bildungs- und Gesundheitssysteme vor ihrem jeweiligen kulturellen Hintergrund würde damit allzu leicht unterschätzt werden (vgl. Dielmann 1998, S. 279). Nicht umsonst sind die europäischen Mitgliedstaaten z. B. nicht dazu verpflichtet, ihr Bildungssystem „eins zu eins“ am Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) auszurichten. Vielmehr steht jedem Land das Recht zu, die nationalen Besonderheiten zu erhalten und diese in Beziehung zum EQR in zu erstellenden eigenen Nationalen Qualifikationsrahmen (NQR), unter der Prämisse einer internationalen Vergleichbarkeit, zu verankern.

In der vorliegenden Studie wurde versucht, diese Aspekte dadurch zu berücksichtigen, dass die (Berufs-) Bildungs- (s. Kap. 3.1) und Gesundheitssysteme (s. Kap. 3.2) der zu untersuchenden Länder – mit dem Bezug „Gesundheitsfachberufe“ – vergleichend anhand ausgewählter, für das Erreichen der Zielsetzung der Studie für relevant befundener Kriterien beschrieben wurden.

Damit sollte eine Einordnung der Ergebnisse der Untersuchungen zur Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen (Teilziel/Aufgabenpaket 1) und der Qualifikationsanalysen für die Medizinisch-technische Radiologieassistenten, Physiotherapie sowie Gesundheits- und Krankenpflege (Teilziel/Aufgabenpaket 2) ermöglicht werden. Zudem sollten so individuelle Besonderheiten in den Vergleichsländern erkannt, nachvollzogen und angemessen dargestellt werden.

Die Studie wurde in zwei Phasen umgesetzt. In der ersten Phase, die die erste Hälfte der Studienlaufzeit umfasste, lag der Schwerpunkt auf der Bearbeitung der Teilziele/Aufgabenpakete 1 und 3. Diese umfassten die Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen sowie die Erarbeitung zentraler Aspekte der Bildungs- und Gesundheitssysteme in D, F, GB, NL und A. In der zweiten Phase der Projektlaufzeit wurden die Qualifikationsanalysen der o.g. Berufe umgesetzt. Im Folgenden werden wesentliche Aspekte der genutzten methodischen Vorgehensweisen reflektiert.

Methodendiskussion zur Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen in den Vergleichsländern – Teilziel/Aufgabenpaket 1

Eine wesentliche Herausforderung im Arbeitsprozess zur Erstellung der Bestandsaufnahme der Gesundheitsfachberufsausbildungen in den Vergleichsländern bestand darin, dass die in den Gesetzen, Richtlinien, Standards, Statements sowie Lehrplänen oder Modulbeschreibungen einzelner Ausbildungsprogramme gemachten Angaben nicht ohne Weiteres nebeneinander gelegt und „verglichen“ werden konnten. Dem stand u. a. entgegen, dass die Angaben der einzelnen Institutionen und Gremien leicht zu verzerrten Vorstellungen vom Inhalt und der Gewichtung der Einzelthemen sowie zur didaktisch-methodischen Umsetzung innerhalb eines Ausbildungsprogramms führten. Diese Verzerrungen wurden z. T. erst in den Befragungen und Hospitationen in den Vergleichsländern erkannt.

Als Hürde im Arbeitsprozess stellte sich auch die Beschaffung statistischer Daten dar. Vielfach fehlen besonders bei den „kleineren“ Berufen (s. Abb. 3.1) spezifische Daten. Gründe dafür sind z. B., dass sie in den Statistiken häufig nicht als Einzelberufe erfasst werden, in anderen Berufen bzw. Berufsgruppen subsummiert werden oder die Statistiken unterschiedlicher Behörden eines Landes häufig nicht den gleichen Prinzipien folgen und somit nicht zusammenführbar sind.

Hinzu kam, dass insb. in D hinsichtlich der Beschreibung von Berufsaufgaben und -auffassungen deutlich defizitäre Selbstdefinitionen in den einzelnen Berufen vorliegen (vgl. auch Bals 1993, S. 15). Zudem unterliegen die Bildungsprozesse und die Tätigkeit in den untersuchten Berufen nicht nur in D einem Wandlungsprozess, sondern auch in den Vergleichsländern. Das führte u. a. dazu, dass häufig parallele – einerseits noch bestehende, aber bald auslaufende, und andererseits noch nicht vollumfänglich als Regelangebot verankerte – Ausbildungswege vorzufinden waren. Beide Wege waren i. d. R. zu berücksichtigen. Gleiches galt für Entwicklungen – einschließlich von Gesetzesnovellen – in den (Gesundheits-)Berufsbildungs- und Gesundheitssystemen.

Um mit diesen Sachverhalten angemessen umzugehen und die jeweils spezifisch gewachsenen Besonderheiten in den einzelnen Ländern aufdecken und analysieren zu können, war die Expertise von Insidern aus Berufspraxis, -management, -bildung und -forschung in den beteiligten Ländern erforderlich. Diese Expertise einzuholen, kostete mehr Zeit als anfangs kalkuliert. Dabei bestand die Schwierigkeit nicht primär darin, geeignete Expert/-innen zu identifizieren, um sie zu Recherchelücken und Verständnisfragen zu kontaktieren oder auch Textbausteine auf ihre Richtigkeit prüfen zu lassen. Die Problematik bestand z. B. eher in begrenzten Fremdsprachenkompetenzen, die den Einsatz von Übersetzer/-innen notwendig machten, und im Umgang mit der Fülle der von ihnen ergänzend angeführten, jedoch häufig widersprüchlichen Informationen. Es bestätigte sich, dass es nicht ausreichte, einzelne Experteneinschätzungen einzuholen, sondern oft ergänzende Beurteilungen notwendig wurden. Gründe dafür lagen v. a. im häufig berufspolitisch gefärbten Informationsverhalten und in den, durch Erfahrungen geprägten, individuellen Sichtweisen.

Methodendiskussion zu den Qualifikationsanalysen für die Berufe Medizinisch-technische Radiologieassistenz, Physiotherapie sowie Gesundheits- und Krankenpflege – Teilziel/Aufgabenpaket 2

Eine Hauptschwierigkeit bei der Bearbeitung der Studie, insb. bei der Erstellung der Qualifikationsanalysen im Aufgabenpaket 2, bestand im Mangel an elaborierten Theorien und Methoden zur international bzw. interkulturell vergleichenden Berufsbildungsforschung. Das hatte zur Folge, dass keine Best-Practice-Beispiele adaptiert, allenfalls vorbildhafte Elemente aus Einzelarbeiten unter Berücksichtigung der gängigen methodischen Standards der empirischen Sozialforschung herangezogen werden konnten (s. Kap. 2.).

Nutzung mehrerer Teiluntersuchungen

(Gesundheits-)Berufe und ihre Entwicklungen lassen sich nicht isoliert, sondern nur in Bezug zu anderen Berufen und Rahmenpunkten innerhalb der (Berufs-) Bildungs- und Gesundheitssysteme, in denen sie verortet sind, verstehen. Dabei ist zu beachten, dass die spezifischen, historisch gewachsenen und kulturell geprägten Besonderheiten der jeweiligen (Berufs-) Bildungs- sowie Gesundheitssysteme mit ihren je eigenen Stärken und Schwächen berücksichtigt werden.

Vor diesem Hintergrund wurde ein Untersuchungsdesign gewählt, das „verschiedenen Stimmen Gehör verschaff[t]“ (Winter 2009) und eine relationale und akteursbezogene Betrachtungsweise ermöglicht (vgl. Karrer 1995). Dazu wurde ein Design mit mehreren Teiluntersuchungen und unter Nutzung verschiedener Methoden gewählt. Es beruht auf einem integrativen Verständnis von Forschungsmethoden (vgl. Mayring 2007) und impliziert, dass die Teiluntersuchungen aus verschiedenen Perspektiven Erkenntnisse zum Erreichen des Forschungsziels beitragen.

Bei einem solchen Vorgehen geht es nicht darum festzustellen, welche Teiluntersuchung „die richtigeren Ergebnisse erbringt“ (Mayring 2001) oder darum „Meinungsvielfalt [zu] dokumentieren“ (Gieseke 2007). Sein Potenzial besteht vielmehr darin, verschiedene Ebenen und Seiten eines Untersuchungsgegenstandes – hier die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Ausbildung und Berufsausübung ausgewählter Gesundheitsfachberufe – zu entfalten und systematisch unterschiedliche Perspektiven nachzuzeichnen und zu verbinden. Diese können übereinstimmen, einander ergänzen oder sich widersprechen (vgl. Flick 2004; Winter 2009; Lamnek 2010). Auf diese Weise kann ein differenziertes Bild des untersuchten Gegenstands (s. dazu insb. Kap. 4.1, 4.2, 4.3) zur Erkenntniserweiterung beitragen (vgl. Flick 2004).

Dieses Vorgehen ist nur dann legitim, wenn die verschiedenen genutzten Zugänge in der Planung der (Teil-)Untersuchung(en) sowie bei der Sammlung und Analyse der Daten eine weitgehende Gleichberechtigung erhalten und sie jeweils in sich konsequent angewendet werden (vgl. Flick 2004). Um diesem Anspruch gerecht zu werden, wurden die vier Teiluntersuchungen zur Erstellung der Qualifikationsanalysen der drei o. g. Berufe – (1) Befragung von Berufsmigrant/-innen, (2) Befragung von Expert/-innen (sowie Hospitationen), (3) Analyse von Stellenanzeigen sowie (4) Befragung von Berufsangehörigen – als jeweils weitgehend eigenständige Untersuchungen konzipiert bzw. durchgeführt und deren Ergebnisse zunächst separat aufbereitet und dargestellt (s. Kap. 4.1.2-4.1.5 für die MTRA; Kap.

4.2.2-4.2.5 für die Physiotherapie und Kap. 4.3.2-4.3.5 für die Gesundheits- und Krankenpflege). Erst abschließend wurden sie perspektivenverschränkend zusammengeführt (s. Kap. 4.1.6, 4.2.6, 4.3.6).

(1) Methodisches Vorgehen bei der Befragung der Berufsmigrant/-innen

In der Teiluntersuchung zur Befragung der Berufsmigrant/-innen wurden aus den drei der Qualifikationsanalyse zu unterziehenden Berufen insgesamt 40 Personen interviewt (F: 5, GB: 10, NL: 9 und A: 16). Dabei erwies sich die für die meisten Interviews genutzte Befragung per Telefon bzw. Skype mit digitaler Aufzeichnung, ausführlicher Protokollierung und anschließender qualitativ-reduktiver Inhaltsanalyse in Bezug auf die Zielsetzung der Befragung als geeignet. Es war gut möglich, (erste) Einblicke in die Innenperspektive der Berufsausübung in den Vergleichsländern zu erhalten, zuvor gewonnene Erkenntnisse zu ergänzen und Widersprüche aufzudecken, welchen in den folgenden Teiluntersuchungen weiter nachgegangen wurde (s. Kap. 2.2.1).

Als günstig erwies sich die Verwendung eines für alle drei Berufe im Grundkonzept gleichen Interviewleitfadens (s. Anhang C 0). So konnten Einschätzungen auch über die Berufsgrenzen hinweg miteinander verglichen und im weiteren gemeinsamen Arbeitsprozess genutzt werden.

Bezüglich der Reichweite der Ergebnisse ist einschränkend darauf zu verweisen, dass es sich bei den befragten Personen (F: 5, GB: 10, NL: 9 und A: 16) um Gelegenheitsstichproben handelte (s. auch Anhang B 1.1, B 2.1 und B 3.1) und die Anzahl der in F geführten Interviews gering ausfiel. Entsprechend flossen die Einschätzungen der wenigen befragten Personen mit Zurückhaltung und unter Ausweisung der Begrenzung ihrer Reichweite in die Ergebnisdarstellung ein. Die in den Ergebnisteilen (s. Kap. 4.1.2, 4.2.3 und 4.3.3) festgehaltenen Einschätzungen der Befragten können keinesfalls als repräsentativ für die „allgemeine“ Berufspraxis in den Ländern gewertet werden, sondern stellen – jedoch über einen anekdotischen Charakter hinausgehende – Hinweise auf spezifische Erfahrungen in dieser Berufspraxis dar.

(2) Online-Befragung der Expert/-innen (sowie Hospitationen)

Wie unter (1) erwähnt, ist auch bezüglich der Online-Befragung auf die Limitierung der Verallgemeinerbarkeit der Einschätzungen der befragten Expert/-innen zu verweisen (s. Kap. 2.2.3.1).

Bewusst wurde bei der Zusammenstellung der Länderstichproben der Expert/-innen versucht, für die drei zu untersuchenden Berufe Fachleute und Entscheidungsträger/-innen aus Berufsbildung, -praxis, -management und -politik zu erreichen. Letztlich waren sie jedoch nicht zu gleichen Anteilen in den einzelnen Länderstichproben vertreten und die Stichproben an sich unterschiedlich groß (s. Anhang B 1.2, B 2.2 und B 3.2). Dieser Umstand konnte – aufgrund der z.T. unterschiedlichen Wahrnehmungen zur Angemessenheit der Ausbildungen etwa aus pädagogischer oder aus berufspolitischer Sicht – zu Verzerrungen in den Antwortbildern für die einzelnen Länder führen. Um der systematischen Verzerrung der Angaben zu begegnen, wurden in der Ergebnisdarstellung gegensätzliche Einschätzungen nebeneinander aufgezeigt (s. Kap. 4.1.3, 4.2.3 und 4.3.3).

Die genutzte Online-Befragung in Anlehnung an das Delphi-Verfahren, mit weitgehend offen zu beantwortenden Fragestellungen, erwies sich als geeignet dafür, eine verhältnismäßig große Personenzahl aus unterschiedlichsten Institutionen mit vergleichsweise geringem finanziellen, organisatorischen und zeitlichen Aufwand zu erreichen. Die Befragung in den verschiedenen Sprachen konnte sorgfältig vor- und nachbereitet werden, ohne über den gesamten Befragungszeitraum hinweg die Dienste von Übersetzer/-innen nutzen zu müssen. Für die Befragten war diese Befragungsform mit einem gewissen zeitlichen Aufwand für das schriftliche Festhalten ihrer Antworten verbunden. Das war möglicherweise der Grund dafür, warum einige kontaktierte Expert/-innen nicht an der Befragung teilnahmen. Ob ihre Bereitschaft für ein Interview größer gewesen wäre, ist fraglich.

Trotz der Vorzüge der umgesetzten Online-Befragung ist darauf zu verweisen, dass diese keine uneingeschränkte Alternative zu Interviews darstellt. In diesen wäre durch Nachfragen eine Spezifizierung und Klarstellung des Gesagten möglich. Die Tiefe und Dichte der schriftlich gewonnenen Daten hätte durch eine zweite Befragungsrunde in Form von Einzelinterviews mit ausgewählten Expert/-innen sicherlich erhöht werden können. Aus Zeit- und Kostengründen war diese von vornherein nicht geplant. Insgesamt war der Aufwand für eine Online-Befragung sowohl auf Seiten der Befragten als auch der Forscher/innen erheblich. Daher sollte sie auf Untersuchungen beschränkt bleiben, für die keine alternative – traditionelle – Befragungsform angezeigt ist.

Die Hospitationen vor Ort und die dabei stattgefundenen Befragungen erfüllten die eingangs formulierte Zielsetzung (s. Kap. 2.2.3.2). Die in Hospitations- und Gesprächsprotokollen dokumentierten Erkenntnisse

wurden nicht zu eigenständigen Ergebnisdarstellungen aufbereitet, sondern im Zuge der Erstellung des vorliegenden Studienberichts ergänzend dazu genutzt, einzelne Fakten und Einschätzungen zur Ausbildung und Berufsausübung aufzunehmen, die nicht durch (zugängliche) Publikationen belegbar waren, aber das Gesamtbild der Studienergebnisse ergänzen.

(3) Stellenanzeigenanalyse

Die Erwartung, aus der Stellenanzeigenanalyse Rückschlüsse auf das Verhältnis zwischen den in der Ausbildung erworbenen Qualifikationen und Kompetenzen und ihrem Einsatz bzw. ihrer Einsetzbarkeit in der Praxis ableiten zu können, bestätigte sich mit dem gewählten Analyseverfahren nicht (s. Kap. 2.2.2, 4.1.4, 4.2.4 und 4.3.4). Eine zukünftige Sekundäranalyse der Kerninhalte der Stellenanzeigen, die tabellarisch aufbereitet und aus dem Französischen, Englischen und Niederländischen übersetzt wurden, könnte ggf. zu weiterführenden Detailergebnissen führen.

(4) Befragung der Berufsangehörigen

Die in der praktischen Realisierung dieser Berufsangehörigenbefragung gemachten Erfahrungen verdeutlichen, dass der inhaltliche und zeitliche Aufwand für die Konstruktion eines in mehreren Sprachen und Kulturen gleichermaßen gültigen Fragebogens, der zuverlässige Aussagen über Tätigkeitsprofile und Qualifikationsanforderungen in den unterschiedlichen Handlungsfeldern der jeweiligen Berufsangehörigen (MTRA, Physiotherapeut/-innen und Pflegefachpersonen) ermöglichen sollte, unterschätzt wurde. Die geplante Umsetzung der Berufsangehörigenbefragung in der GesinE-Studie innerhalb eines Zeitraums von weniger als einem Jahr war mehr als ambitioniert.

In der Studie wurden weitgehend standardisierte Fragebögen zur Selbsteinschätzung entwickelt. Diese stützten sich auf verschiedene vorhandene Instrumente und Konzepte, die jedoch die Zielsetzung der vorliegenden Studie nicht umfänglich abdeckten.⁷¹

Es zeigte sich, dass eine sorgfältig durchgeführte sprachliche Übersetzung der zunächst für D entwickelten und getesteten Fragebogenversionen unbedingt einer sorgsam semantischen und kulturellen Adaptierung und (Inhalts-)Validierung bedarf (vgl. Dellai et al. 2009). Auch wenn im Zuge der Hospitationen

zahlreiche Formulierungen der in Arbeit befindlichen Fragebogenversionen von Muttersprachler/-innen überprüft wurden, hätte dieser Prozess retrospektiv gesehen noch zeitaufwendiger vorgenommen werden müssen (vgl. hierzu insb. Beaton et al. 2000; Hilton & Skrutkowski 2002; Willgerodt 2003; Maneesiwongul & Dixon 2004). So wären möglicherweise die insb. in den französischen und englischen Versionen der Fragebögen an einigen Stellen entstandenen Antwortmuster zu vermeiden gewesen, die auffallend von den Antworten der Berufskolleg/-innen in den anderen Ländern abwichen und nicht zu den sonstigen Rechercheergebnissen passten. Im Nachhinein führten Ergebnisdiskussionen mit Berufskolleg/-innen aus F und GB zu optimierten Formulierungen.

Hinzu kommt das Phänomen, dass Selbsteinschätzungen von Personen sehr unterschiedlich ausfallen. Untersuchungen mit Pflegefachpersonen etwa zeigten, dass ältere Pflegenden mit längerer Berufserfahrung ihre Kompetenzen kritischer einschätzen als jüngere (vgl. z. B. Oerman & Navin 1991; O'Connor et al. 2001). Gleiches lässt sich für Pflegenden mit einem höheren (Weiter-)Bildungsgrad sagen (vgl. ebd.; Tabari et al. 2006). Weiterhin wurde in Studien aufgezeigt, dass männliche Pflegefachpersonen sich häufig weniger kritisch einschätzten als weibliche (vgl. Yang et al. 2004). Auch fanden sich in Untersuchungen genderspezifische Unter- und Überschätzungen für einzelne Kompetenzbereiche, etwa im Hinblick auf Aspekte wie Einfühlungsvermögen oder die Fähigkeit, sicher mit medizintechnischen Geräten umzugehen (vgl. Nojima et al. 2003). Dieses gilt auch für Pflegenden aus unterschiedlichen Einsatzfeldern, wie z. B. chirurgischen und onkologischen Krankenhausstationen (vgl. McCaughan & Parahoo 2000; Meretoja et al. 2004b). Und schließlich lassen sich auch länderspezifische Unterschiede nachweisen, die im Rahmen der unterschiedlichen Gesundheitsversorgung auf abweichendes Rollenverständnis und Prägung von Pflegenden und anderen Gesundheitsfachberufsangehörigen zurückzuführen sind (vgl. z. B. Suhonen et al. 2011).

Vor diesem Hintergrund sind die von den befragten Berufsangehörigen vorgenommenen überwiegend positiven Selbsteinschätzungswerte bzgl. ihrer subjektiven Sicherheit bei der Ausübung der erfragten Tätigkeiten und Aufgaben differenziert zur Kenntnis zu nehmen.

Aus den Daten der durchgeführten Berufsangehörigenbefragung lassen sich somit keine generalisierten Aussagen zu konkreten Unterschieden hinsichtlich der tatsächlichen Fähigkeiten und Kompetenzen sowie der Qualität der Leistungserbringung der drei untersuchten Berufe in der Gesundheitsversorgung in den

71 Zum Defizit (international vergleichend nutzbarer) systematischer, theoretisch und empirisch fundierter Instrumente zur Abbildung von Handlungs- und Kompetenzprofilen sowie zur Kompetenzmessung (in Pflege- und anderen Gesundheitsberufen) siehe insb. Watson et al. 2002; Robb et al. 2002; Cowan & Coopamah 2005; Darmann-Finck & Glissmann 2011.

fünf Ländern ableiten. Dazu wären z. B. vergleichende Leistungs- und Kompetenztests, etwa anhand standardisierter Fallsituationen, notwendig.

Um konkrete(re) Aussagen dazu treffen zu können, wie gut die Ausbildung auf die Anforderungen der Berufspraxis in den einzelnen Einsatzfeldern vorbereitet, in denen die Berufsangehörigen der drei untersuchten Berufe jeweils tätig sind, und ob es diesbezüglich Unterschiede zwischen den Ländern gibt, sind zudem weiterführende Detailauswertungen der gesammelten Daten notwendig. Diese waren im Rahmen der hier umgesetzten Studie nicht möglich.

Begrenzung der Reichweite der Ergebnisse der Teiluntersuchungen

Das Design der vorliegenden Studie folgte im Wesentlichen dem qualitativ orientierten Forschungsansatz und zog in einer Teiluntersuchung – der Befragung von Berufsangehörigen (s. Kap. 2.2.4, 4.1.5, 4.2.5 und 4.3.5) – den quantitativen Ansatz hinzu.

Die Wahl des qualitativ orientierten Untersuchungsansatzes war im Charakter des hier zu verfolgenden Forschungsziels bzw. Erkenntnisinteresses begründet. Er eignet sich dann, wenn nur wenig über einen Gegenstand – wie hier die Ausbildung und Berufsausübung in verschiedenen Ländern – bekannt ist. Er zielt auf die direkte Eruierung der Lebenswelt und ermöglicht eine größere Offenheit und die Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven, weshalb von einem Zugewinn an Erkenntnissen gegenüber einem standardisierten (quantitativen) Vorgehen ausgegangen werden kann (vgl. Kuckartz et al. 2007).

Das Ableiten repräsentativer Aussagen (wie bei randomisiert erhobenen quantitativen Daten) ist *nicht* Anspruch des qualitativen Forschungsansatzes (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2010). Dieser Maßstab ist folglich auch *nicht* an die Ergebnisse der GesinE-Studie anlegbar. Auf die jeweilige Begrenzung der Reichweiten der Ergebnisse aus den Teiluntersuchungen wurde an den entsprechenden Stellen im obigen Text verwiesen.

Das Ziehen begründeter Schlussfolgerungen bleibt – unter Berücksichtigung weiterer Erkenntnisse, insb. auch aus weiteren wissenschaftlichen Untersuchungen – einem späteren Diskussions- und Aushandlungsprozess zentraler, am (Gesundheits-)Berufswandlungsprozess beteiligter Akteure vorbehalten.

Der Wert der vorliegenden Studie für diesen Prozess liegt darin, verschiedene Perspektiven auf die (Angemessenheit der) Ausbildung im Hinblick auf die Anforderungen der Ausübung der jeweiligen Gesundheitsfachberufe im Kooperationsgeflecht der beteiligten

Akteure und damit alternative Sicht- und Denkweisen in verschiedenen Ländern aufzuzeigen. Dabei ergänzen die Ergebnisse der GesinE-Studie z. T. publizierte und damit dominant wahrgenommene „Wahrheiten“ (vgl. Winter 2009), etwa über einzuschlagende Wege zur Weiterentwicklung und/oder Transformation einzelner Berufe oder deren Qualifizierungsmöglichkeiten. So leisten die Ergebnisse der GesinE-Studie – trotz der vorhandenen methodischen Limitierungen – einen wissenschaftlichen Beitrag zur empirischen, d. h. fakten gestützten Fundierung zukünftiger Diskussionen zur Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe.

5.2 Zusammenfassung zentraler Ergebnisse

Mit Blick auf die Ziel- und Fragestellungen der GesinE-Studie (s. Kap. 1) werden im Folgenden die zentralen Befunde der Analyse der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen (s. Kap. 3 und 4) zusammengeführt. Verallgemeinernde Aussagen werden, wie in den vorangegangenen Kapiteln, im Bewusstsein der oben aufgezeigten methodischen Einschränkungen der Studie getroffen. Es wird gezeigt, wo die Ausbildungen und die Bedingungen der Berufsausübung in den Gesundheitsfachberufen in D im Vergleich zu jenen in den Vergleichsländern F, GB, NL und A einzuordnen sind. Dies geschieht mit Bezug auf das Verhältnis zu den in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen und ihrer Nutzung auf dem Arbeitsmarkt. Zugleich werden weiterführende Forschungsfragen und Praxisentwicklungsbedarfe benannt. Ergänzend dazu sei auf die Zusammenfassungen der zentralen Ergebnisse der Qualifikationsanalysen für die drei Berufe Medizinisch-technische Radiologieassistenten, Physiotherapie sowie Gesundheits- und Krankenpflege hingewiesen (s. Kap. 4.1.6, 4.2.6 und 4.3.6).

5.2.1 Zentrale Ergebnisse der Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen in den Vergleichsländern

Das Feld der Gesundheitsfachberufe

Zunächst ist festzuhalten, dass sich das Feld der Berufe im Gesundheitssektor als stark differenziert und unübersichtlich darstellt. Vielfach überschneiden sich Qualifikationsprofile und Aufgabenspektren. Eine zufriedenstellende, einheitliche Taxonomie der Berufe, z. B. nach Leistungsbereichen und inhaltlicher Verwandtschaft, liegt nicht vor. Zudem ist eine zunehmende Differenzierung im Gange. Dies gilt für D und die Vergleichsländer. Dabei finden sich in GB und NL sowohl horizontal als auch vertikal besonders stark

aufgefächerte Aus- und Weiterbildungsberufsbilder (s. Kap. 3.1.2.1, 3.1.4; s. u.).

Kennzeichen des (Berufs-)Bildungssystems und Sonderstellung der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen in D kontrastierend zu den Vergleichsländern

Die (beruflichen) Bildungssysteme der Vergleichsländer sind hinsichtlich ihrer strukturellen, organisatorischen und soziokulturellen Merkmale durch Traditionsvielfalt geprägt. Unterschiede bestehen insb. darin, welche Bedeutung beruflicher Bildung und dem Konzept „Ausbildungsberuf“ zugeschrieben wird. So ist die Berufsausbildung in D – deutlicher als in F, GB und NL und zugleich ähnlich wie in A – in besonderer Weise sowohl den konkreten Anforderungen des Arbeitsmarktes *als auch* breiteren gesellschaftlichen und persönlichen Entwicklungszielen verpflichtet (s. Kap. 3.1). Der berufspädagogische und -bildungspolitische Diskurs in D thematisiert dabei zugleich eine Beibehaltung und Weiterentwicklung des deutschen (Ausbildungs-)Berufskonzepts. Erklärtes Ziel ist eine moderne Beruflichkeit mit flexibilisierten Berufsbildern, die die Kernmerkmale beruflicher Handlungsfähigkeit und -kompetenz sowie Employability gleichermaßen vereinen (s. Kap. 3.1).

Dieses Ziel gilt ebenso für die Weiterentwicklung der Ausbildung und Berufsbilder in den Gesundheitsfachberufen. Zugleich stehen dem Erreichen dieses Ziels hier besondere Herausforderungen entgegen, was mit der Sonderstellung der Ausbildung dieser Berufe in D zusammenhängt. Anders als in den Vergleichsländern, wo die Ausbildungen – und meist auch die Weiterqualifizierungen – dieser Berufe (weitgehend) in den regulären Bildungsstrukturen verortet sind, findet sie in D weder nach dem Berufsbildungsgesetz im dualen System statt noch ist sie einheitlich dem Schulberufssystem (auch Fachschulwesen) zuzuordnen. Das wirkt sich u. a. auf die Finanzierung, die systematische Steuerung und Sicherung der Ausbildungsqualität sowie auf die Weiterentwicklung der Ausbildungen und damit verbunden auf die Berufsausübung aus (s. Kap. 3.1.1.1).

(Ausbildungs-)Berufe sind nichts „natürlich Gewachsenes“, „zufällig Entstandenes“ oder „Produkt rationaler Planung“, sondern Ergebnis von Aushandlungsprozessen und Kompromissen verschiedener Perspektiven und Partikularinteressen (vgl. Bals 1993; Cappell 1996). Dabei sind sie als labiles und veränderbares Resultat mehr oder weniger günstiger Kompetenzprofile zu verstehen (vgl. Beck et al. 1980; Kurtz 2005). Im Konstituierungsprozess der Gesundheitsfachberufe, d. h. jener Prozesse, in denen die bestehenden Berufe und Arbeitskraftmuster verändert, erweitert und neu

geschnitten werden, wirken neben berufsständischen Vertretungen eine Vielzahl institutioneller Ebenen ein. Dazu gehören Bundes- und Landesministerien, Regierungspräsidien, Pflege- und Bildungsreferate, Einrichtungen der Leistungsträger und -erbringer im Gesundheitswesen auf Bundes- und auf Landesebene, Gewerkschaften, Bildungseinrichtungen und bildungseinrichtungsübergreifende Gremien, wissenschaftliche Einrichtungen, Stiftungen u. v. m. (vgl. Bollinger 2005). Diesem Interessengeflecht sind in Verantwortung für die Berufsinhaber ein modernes Berufsbildungsverständnis und eine Weiterentwicklung hin zu klaren, eindeutigen, gesetzlich geregelten sowie konzeptionell abgesicherten (Ausbildungs-)Berufsprofilen entgegenzusetzen (vgl. Becker 2002; Dielmann 2004; Kurtz 2005; KMK 2007; Kälble 2009; Evers 2011).

Erschwerend wirkt hier, dass dem Berufsfeld Gesundheit und Pflege – aufgrund seiner berufs- und bildungsrechtlichen Sonderstellung – bislang systematische, gesetzlich verankerte, landesweit verbindliche, einheitliche und umfassende Steuerungs- und Qualitätskontrollmechanismen in der Aus- und Weiterbildung (vgl. Becker 2002) und eine differenzierte berufswissenschaftliche Forschung weitgehend fehlen (vgl. Darmann-Finck & Foth 2011; s. auch Kap. 3.1.1, 5.3).

Zu den Eigenheiten des Bildungssystems in D – ähnlich auch in A – gehört es, den Berufsbildungsbegriff üblicherweise für Ausbildungsgänge unterhalb der Hochschulebene zu nutzen. Dieses Verständnis findet sich in dieser starken Ausprägung in GB und NL nicht. F kann hier eine Mittelstellung zugeschrieben werden. Dies hängt mit den Traditionslinien der Bildungssysteme dieser Länder und der dort (hoch-)schulisch zentrierten Bildung zusammen. Hingegen hat in D und A die historisch gewachsene duale Form der Berufsausbildung mit seiner Parallelität von Lernen in Schule und Berufspraxis eine besondere Verankerung erfahren. Dies trifft – trotz ihrer Sonderstellung – prinzipiell auch auf die Gesundheitsfachberufe zu (s. Kap. 3.1.1).

Im Ländervergleich stellt sich das deutsche Berufsbildungssystem – ähnlich wie in A – als ein breit gestreutes, auf das mittlere und untere Qualifikationsniveau ausgerichtete System dar. Seine Stärke liegt darin, der überwiegenden Mehrheit junger Menschen eine qualifizierte Ausbildung und Beschäftigungschancen zu eröffnen. Anders stellt sich die Situation in F und GB dar (s. Kap. 3.1.1).

Zugleich weist das Hochschulsystem in D – wieder ähnlich wie in A – die Besonderheit auf, dass hier das nichtakademische Berufsbildungssystem und die Bildung im Hochschulsystem *bislang* durch eine deutliche Trennung gekennzeichnet waren, mit der Folge einer geringen Durchlässigkeit für die Mehrzahl der Ju-

gendlichen und jungen Erwachsenen, die in nichtakademischen Strukturen qualifiziert wurden (s. Kap. 3.1.1, 3.1.4). Diese Situation findet sich in dieser Ausprägung in GB und NL nicht (s. u.).

Zugangsvoraussetzungen zu den Ausbildungen

Obwohl ein Vergleich der Zugangsvoraussetzungen zu den Ausbildungen zwischen den einzelnen Ländern nicht allein quantitativ nach Schulbildungsdauer und -abschluss Titeln vorgenommen werden kann (s. Kap. 3.1.3), so ist dennoch auf einen erkennbaren Unterschied zu verweisen. Dieser betrifft den Umstand, dass in F, GB, NL und auch in A für die Aufnahme einer Ausbildung bzw. eines Studiums in der überwiegenden Zahl der analysierten Gesundheitsfachberufe eine Hochschulzugangsberechtigung mit i. d. R. zwölf Jahren allgemeiner Schulbildung vorausgesetzt wird. In D hingegen genügen i. d. R. eine erfolgreich abgeschlossene zehnjährige Schulbildung (Mittlere Reife oder erweiterter Hauptschulabschluss) oder ein Hauptschulabschluss in Kombination mit einer mind. zweijährigen Berufsausbildung (s. ebd.).

Zugleich spielt in den Vergleichsländern, v. a. in GB, die Möglichkeit der Anerkennung vorangegangener, auch außerschulischer Lernerfahrungen als alternative Zugangsvoraussetzung eine größere Rolle als in D. Dadurch können dort Interessierte trotz formal nicht ausreichender schulischer Zugangsvoraussetzungen eine entsprechende Ausbildung bzw. ein Studium aufnehmen (s. Kap. 3.1.2.2).

Relevant in diesem Zusammenhang wäre zu untersuchen, ob und ggf. welche Unterschiede es im Ausbildungs- und Berufserfolg von Personen mit verschiedenen (formalen) Zugangsvoraussetzungen gibt. Die Ergebnisse der Expert/-innenbefragung aus der Pflege (s. Kap. 4.3.3) geben hier Grund zu der Annahme, dass diesbezüglich Unterschiede (in den einzelnen Berufen) bestehen könnten. Sie deuten zudem auf das kritisch zu diskutierende Dilemma hin, dass in einigen Ausbildungsgängen die formal definierten Lernziele von vielen Lernenden aufgrund der mitgebrachten Schulabschlussqualität nicht erreichbar sind und sie – aufgrund näher zu analysierender Anreize bzw. Zugeständnisse – dennoch am Ende durch ein Unterlaufen der Mindestanforderungen einen Abschluss in einem Gesundheitsfachberuf erhalten können (s. Kap. 4.3.3.1).

Dauer und Umfang der Ausbildungen

Die Ausbildungsdauer – gemessen in Jahren und in den angegebenen Stundenumfängen – variiert in den einzelnen Berufen zwischen den Vergleichsländern z. T. deutlich (s. Kap. 3.1.4). Für den Hebammenberuf liegt

z. B. die Spanne zwischen drei Jahren in D und A bis hin zu fünf Jahren in F.

Ob und ggf. welche konkreten Unterschiede sich aus den abweichenden formalen Ausbildungsumfängen im Hinblick auf den Handlungskompetenzerwerb ergeben, ist auf der Grundlage der hier erarbeiteten Erkenntnisse nicht bestimmbar.

Ausbildungsabschlüsse

In D führen alle Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen – unabhängig davon, wie lang die jeweilige gesetzlich verankerte Ausbildungsdauer ist – zu einem staatlich anerkannten Abschluss im sekundären Bildungssektor und der Berechtigung zum Führen der jeweiligen Berufsbezeichnung.

Gleiches gilt für primärqualifizierende Modellstudiengänge in den Pflege- und in den Therapieberufen (Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie) sowie in der Hebammenkunde (s. Kap. 3.1.4). Zusätzlich erlangen die Absolvent/-innen einen Bachelorabschluss, was in GB und NL für die überwiegende Zahl der hier betrachteten Gesundheitsfachberufe seit mehreren Jahren die Regel ist. In A wird inzwischen regulär ein deutlicher Anteil dieser Ausbildungen tertiär angeboten und in F findet derzeit eine schrittweise Verlagerung dieser Ausbildungen aus dem (post-)sekundären in den tertiären Sektor statt (s. Kap. 3.1.2.2).

In der Gegenüberstellung fällt auf, dass – insb. durch die unterschiedliche bildungssektorale Ansiedlung der Ausbildungen – die Abschlüsse in den einzelnen Gesundheitsfachberufen im Verständnis des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) in D im Gesamtbild am häufigsten dem Niveau 4 zugeordnet wurden. Damit sind sie meist niedriger als die vergleichbaren Abschlüsse in F, GB, NL und A angesiedelt (s. Kap. 3.1.2.2). Selbst diejenigen Ausbildungen in den Vergleichsländern, die wie in D (noch) im sekundären Sektor verortet sind, wurden i. d. R. dem Niveau 5 und damit höher als in D zugeordnet. Umgekehrt findet sich in keinem Vergleichsland für einen dieser Berufe eine niedrigere EQR-Kategorisierung als in D (s. ebd.). Direkte Rückschlüsse auf den Inhalt und das Können der Absolvent/-innen sind aus dieser formalen Zuordnung allein nicht zu ziehen.

Qualifikationsstufen und Durchlässigkeit in den Bildungsstrukturen

Nicht zuletzt zur Gewinnung von Begabungsreserven auf allen Bildungsstufen wird eine Optimierung des Bildungssystems gefordert. Gefragt sind Ausbildungsmodelle, die unterschiedliche Qualifikationsstufen sowie horizontale, diagonale und vertikale Durchläss-

sigkeiten und Anschlussmöglichkeiten über Bildungssektoren hinweg gewährleisten. Zentrales Schlagwort in diesem Zusammenhang ist das Lebenslange/-begleitende Lernen (s. Kap. 3.1.4).

Die Umsetzung der Leitvorstellung gestufter Qualifikationskonzepte mit Assistenz-, Bachelor-, Master- und Promotionsabschlüssen ist im Vergleich der hier untersuchten Länder und bezogen auf die Gesundheitsfachberufe in GB, gefolgt von NL, am weitesten vorangeschritten (s. Kap. 3.1.4). Hier bestehen zum einen in den meisten Berufen Qualifizierungsmöglichkeiten auf Helfer- bzw. Assistenzniveau (s. ebd.) und zum anderen unterschiedliche weiterführende Spezialisierungsmöglichkeiten, die auf dem berufszulassenden Abschluss im jeweiligen Gesundheitsfachberuf aufsetzen. Diese sind häufig mit einer z.T. erheblichen Kompetenz- und Autonomieerweiterung der Berufsangehörigen verbunden, wie bspw. unterschiedlich weit reichende Verschreibungsbefugnisse für bestimmte Medikamente sowie Heil- und Hilfsmittel (s. auch Kap. 3.2.3 und 5.2.2). Hingegen sind in D, F und A fachspezifische akademische – insb. konsekutive, zu einer Promotion zulassende – Weiterqualifizierungen erst im Aufbau und bisher zahlenmäßig nur begrenzt vorhanden.

Es ist darauf zu verweisen, dass auch in D prinzipiell zahlreiche und unterschiedlich umfangreiche Weiterqualifizierungsmöglichkeiten bestehen, so insb. in der Physiotherapie und in der Pflege. In D sind mit ihrem Absolvieren jedoch kaum formale Kompetenzerweiterungen, das Erreichen einer formal höheren Karrierestufe und/oder finanzielle Verbesserungen verbunden, was sich insb. in GB und NL anders darstellt. Außerdem geben in den vier Vergleichsländern – anders als in D – staatliche Einrichtungen oder von staatlicher Seite dazu autorisierte Berufsorganisationen für zentrale Fachgebiete Mindestanforderungen vor, die für die Gestaltung der Weiterqualifizierungsgänge und die zu erwerbenden Kompetenzen gelten (s. Kap. 3.1.4).

5.2.2 Zentrale Erkenntnisse zur Berufsausübung in den Gesundheitsfachberufen im Ländervergleich

Leistungserbringung durch Gesundheitsfachberufe

Hinsichtlich der Handlungsbefugnisse und -kompetenzen der einzelnen Gesundheitsfachberufe lässt sich in den hier analysierten Berufen in den untersuchten Ländern in ähnlicher Weise – wenngleich nicht jeweils explizit so bezeichnet – i. d. R. (1) ein eigenverantwortlicher, (2) ein mitverantwortlicher und (3) ein interdisziplinärer Handlungskompetenzbereich erkennen (s. Kap. 3.2.4).

V. a. im Zusammenhang mit den Handlungsbedarfen zur Effektivitäts- und Effizienzsteigerung der Leistungserbringungen im Gesundheitssektor und der Verknappung an ärztlichem Personal (s. Kap. 3.2.4) sind in den vergangenen Jahren markante Kompetenz- und Verantwortungserweiterungen der Gesundheitsfachberufe bereits auf der Ebene der berufszulassenden Abschlüsse sowie v. a. auch auf der Weiterqualifizierungsebene festzustellen. Diese sind besonders in GB und zunehmend auch in NL zu finden (s. Kap. 3.2.3). Häufig geht es hier um die Übernahme von vormals dem ärztlichen Stand vorbehaltenen Tätigkeiten und Aufgaben (s. ebd.; vgl. auch Kroezen et al. 2012). Schlagworte in diesem Zusammenhang sind: Leistungserbringung im Direktzugang, d. h. ohne ärztliche Verordnung (direct access), Möglichkeiten der formalen Erweiterung fachspezifischer Handlungskompetenzen i. S. von „advanced practitioners“, bspw. im Hinblick auf eine eigenständige Diagnostik und Befundung sowie (unterschiedlich weit reichende) Verschreibungsbefugnisse für Medikamente sowie Heil- und Hilfsmittel (s. Kap. 3.2.3).

Die zusammenfassende Betrachtung der Untersuchungsergebnisse zeigt, dass in den Vergleichsländern, in denen die ärztliche Profession eine besonders ausgeprägte Autonomie hervorbringen konnte, die Weiterentwicklung der Ausbildungen und der Ausübung der Gesundheitsfachberufe, insb. im Hinblick auf die Handlungskompetenz- und Verantwortungsausweitung, gebremst vonstatten geht. Dies ist insb. in den über das Sozialversicherungsprinzip finanzierten Gesundheitssystemen in D sowie in F und A der Fall. Anders stellt sich die Situation in GB dar, wo die ärztliche Profession bei Weitem keine so ausgeprägte Autonomie und Abgrenzung gegenüber anderen Leistungserbringern aufweist wie in D. Novellierungen bzgl. der Verteilung von Aufgaben und Verantwortung konnten in GB erkennbar leichter durchgesetzt werden (vgl. Traynor & Rafferty 1998). Ähnliche Aussagen lassen sich auch für NL treffen (s. auch Kap. 3.2.1).

Die Selbstverwaltung der Gesundheitsfachberufe ist insb. in GB umfassend etabliert und wird zunehmend auch in F umgesetzt (s. Kap. 3.2.2.1). Hingegen bestehen in D und A – mit Ausnahme der Hebammen in A – bislang keine Selbstverwaltungsorgane für die einzelnen Gesundheitsfachberufe. Von den Regelungen der anderen Länder abweichend spielt die berufliche Registrierung und damit verbundene nachweispflichtige Fortbildungsaktivitäten hierzulande kaum eine Rolle (s. Kap. 3.2.2).

Interdisziplinäre Zusammenarbeit für eine kooperativ erbrachte Gesundheitsversorgung

Gesundheitsberufsangehörige, die in interprofessionellen Teams gleichberechtigt komplementäre und ineinandergreifende Leistungen erbringen, gelten international als Schlüssel zum Erfolg einer patienten- und ergebnisorientierten Gesundheitsversorgung (vgl. Frenk et al. 2010; Ewers 2012). Dahingehend zielen aktuelle Entwicklungen zur Zukunftssicherung der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme darauf ab, die Kooperationen und die Aufgabenteilungen innerhalb und zwischen den Gesundheitsberufen zu fördern bzw. neu zu regeln (s. Kap. 3.2.4). Diese Entwicklungen verlangen den Berufsangehörigen eine Modifikation ihrer Rollen und Routinen ab (vgl. auch Kuhlmeier et al. 2011, S. 675). Änderungen der Arbeitsorganisation sind ohne ein gewandeltes Verständnis vom Verhältnis der Berufe zueinander und ohne eine darauf bezogene Reflexion des Selbstverständnisses der einzelnen Berufe nicht möglich (vgl. Sieger & Golontzi 2009, S. 140). Hierfür ist ein besonderer Bedarf sowohl an inhaltlicher und methodischer Weiterentwicklung der Berufsbildungsprozessgestaltung als auch an der Umsetzung tragfähiger Praxis- und Organisationsentwicklungskonzepte zur konkreten Ausgestaltung der intra- und interdisziplinären Kooperation festzuhalten (s. bspw. Kap. 4.3.3).

Es wird deutlich, dass der Mitarbeiter/-inneneinsatz in der Praxis vielfach nicht qualifikationsadäquat erfolgt. Dies zeigen nationale wie internationale Untersuchungen und ist auch in den hier durchgeführten Qualifikationsanalysen erkennbar (s. bspw. Kap. 4.1.2, 4.1.3, 4.3.2 und 4.3.3). Mitarbeiter/-innen übernehmen in den einzelnen gesundheitsberuflichen Handlungsfeldern einerseits Aufgaben, für die sie nicht die erforderliche Qualifikation haben (vgl. z. B. Buchan & Dal Poz 2002; Paquay et al. 2007; MDS 2012, S. 19 ff.), und andererseits Aufgaben, die (weit) unter ihrem Qualifikationsniveau liegen. Dies wirft Fragen danach auf, inwiefern sich das Handeln der unterschiedlich qualifizierten Personen unterscheidet, welche Auswirkungen dies für die Versorgungspraxis hat und wie damit in der klinischen Praxis in der Arbeitsprozessgestaltung umzugehen ist.

Weiterentwicklungs- und Transformationsbedarfe und -tendenzen in den Bildungs- und Gesundheitssystemen mit Blick auf die Situation in D

Die (Berufs-)Bildungs- und Gesundheitssysteme in den Vergleichsländern stehen gleichermaßen vor multifaktoriell bedingten Herausforderungen bzgl. der Zukunftssicherung ihrer Leistungsfähigkeit. Zugleich lassen sich in den Systemen z. T. sehr tief greifende Wandlungsprozesse nachzeichnen (s. Kap. 3.2.4). Als

zentrale und moderierende Faktoren wirken dabei insb. die Aktivitäten zur Verwirklichung eines gemeinsamen europäischen Bildungsraums (s. Kap. 3.1.2.2), die Reaktionen auf den demografischen, epidemiologischen und sozioökonomischen Wandel sowie der medizinisch-technische Fortschritt (s. Kap. 3.2.4).

Die Unterschiedlichkeit der Dynamik zeigt sich daran, dass im Ländervergleich der Entwicklungsstand zur verstärkten Einbindung der Gesundheitsfachberufe unterschiedlich weit vorangeschritten ist. Dabei lassen sich Restrukturierungsprozesse nachzeichnen, in deren Verlauf Kompetenzen, Zuständigkeiten, Arbeitsteilungen und Kooperationen zwischen den bestehenden Berufen neu geordnet wurden und werden (s. Kap. 3.2.4). Dies trifft v. a. auf GB und NL zu, in jüngerer Zeit zunehmend auch auf F sowie – deutlich später und (noch) weniger weit reichend – auf D und A (s. Kap. 3.2.3, 3.2.4).

Ohne sich eindeutig auf eine Kausalität von Ursache und Wirkung festlegen zu können, ist festzuhalten, dass der Wandel in den Gesundheitssystemen mit berufsstrukturellen Veränderungen einhergeht und auf diese angewiesen ist (vgl. Sieger & Golontzi 2009, S. 141).

Die skizzierten Herausforderungen stellen die Angehörigen der Gesundheitsfachberufe in den fünf Vergleichsländern gleichermaßen vor sich verändernde Herausforderungen bezüglich ihrer Qualifikationen und Kompetenzen (s. Kap. 3.2.4) und bedürfen einer kohärenten *Gesundheits-Bildungs-Politik* (vgl. Careum 2012, S. 3). Weder Bildungs- noch Gesundheitssysteme dürfen dabei an den gesellschaftlichen Entwicklungen vorbei „reformiert“ werden. Auch die notwendigen Neuausrichtungen sollten nicht verhindert werden (vgl. ebd., S. 8). Das Bildungssystem ist gefordert, die Bedarfe des Gesundheitswesens in entsprechenden Bildungsprogrammen zu antizipieren. Dafür sind Signale der Gesundheitspolitik notwendig, um zu zeigen, welche Kompetenzen und Expertisen zukünftig erforderlich sein werden (vgl. Traynor & Rafferty 1998; Careum 2012, S. 3). Dieses Erfordernis wird – zumindest für die deutschsprachigen Länder – derzeit (noch) nicht als hinreichend gegeben angesehen (vgl. Careum 2012, S. 3), und insb. dem deutschen Gesundheitssystem wird eine besondere Trägheit zugeschrieben (s. o.; vgl. z. B. Klemperer 2006, SVR 2007, 2009, HCP 2012). Dies wiederum hängt mit der besonderen ärztlichen Vormachtstellung und dem damit möglichen Aufrechterhalten des Status quo im deutschen System zusammen (s. Einleitung in Kap. 3.2, 5.2.1 und 5.2.2).

5.2.3 Fazit: Zur Angemessenheit der Ausbildung im Hinblick auf die Anforderungen der Berufsausübung in den Gesundheitsfachberufen

Zur „Passfähigkeit“ von Ausbildung und Berufsausübung

Unter der Fragestellung, ob die derzeitigen Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen hinreichend auf die Berufsausübung vorbereiten, lassen die Ergebnisse der Analyse der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen (s. Kap. 3) sowie die vertiefenden Qualifikationsanalysen für die drei Berufe Medizinisch-technische Radiologieassistentin, Physiotherapie und Gesundheits- und Krankenpflege (s. Kap. 4) für *alle fünf* Länder Divergenzen erkennen.

Bei der Literaturrecherche konnten keine aktuellen vergleichenden Untersuchungen mit hohem Evidenzgrad zum Verhältnis zwischen den in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen und ihrer Nutzung auf dem Arbeitsmarkt für die hier untersuchten Berufe und Vergleichsländer identifiziert werden. Die gefundenen nationalen und z. T. länderübergreifenden Studien tangieren zudem i. d. R. lediglich Einzelaspekte des Themas (s. Kap. 4.3.2.4, 4.3.1.4). Dabei stützen sie jedoch zumindest die in dieser Studie erarbeiteten Ergebnisse und die Aussage, dass für die Vergleichsländer unterschiedlich ausgeprägte Differenzen zwischen der Passfähigkeit der jeweiligen Ausbildung und den Anforderungen der derzeitigen beruflichen Praxis sowie v. a. hinsichtlich der zukünftigen Herausforderungen bestehen.

Differenzen zeigen sich zum einen dahingehend, dass die in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen in der Einschätzung der dazu Befragten z. T. nicht hinreichend den Bedarfen der heutigen und zukünftigen Berufspraxis entsprechen. Zum anderen zeigen sie sich aber auch darin, dass die erworbenen Kompetenzen, v. a. aufgrund widriger Rahmenbedingungen, in der Praxis vielfach nicht genutzt werden (können). Die letztere Einschätzung wird bspw. mehrfach in Bezug auf die Pflegeberufe für die Berufsausübung in D und A vertreten (s. bspw. Kap. 4.3.3.1)

Festzuhalten bleibt, dass sich eine umfassend erfolgreiche Lösung für die Ausgestaltung der (Aus-) Bildung in den Gesundheitsfachberufen insgesamt, im Kontext der komplexen, historisch geprägten (Berufs-) Bildungs- und Gesundheitssysteme für die Vergleichsländer nicht erkennen lässt. Sowohl für die Ausbildung als auch für die Berufsausübung sind in jedem Land sowohl positive als auch kritische Aspekte bzw. Vor- und Nachteile, Stärken und Hemmnisse beschreibbar (s. zusammenfassend Kap. 5.1, 5.2). Diese betreffen die einzelnen Ausbildungsgänge im

jeweiligen Land in unterschiedlichem Maße. Dies scheint insb. mit der unterschiedlichen Aktualität von Novellierungen der gesetzlichen Grundlagen der einzelnen Ausbildungen und der unterschiedlichen gesundheitsökonomischen, berufspolitischen und -pädagogischen Aufmerksamkeit zusammenzuhängen, die den einzelnen Berufen und den Ausbildungen länderspezifisch zuteil wird.

Grundsätzlicher Aktualisierungsbedarf der Ausbildungen (in D)

Die Ergebnisse der Studie bestätigen die eingangs formulierte These, dass eine Weiterentwicklung der Qualifikationswege und Kompetenzprofile der Gesundheitsfachberufe angezeigt ist (s. Kap. 1). Im Vergleich der hier untersuchten Länder lässt sich dies *insbesondere (auch)* für D festhalten.

Auffallend ist, dass in D – insb. im Vergleich zu GB und NL – in der überwiegenden Zahl der Gesundheitsfachberufe kaum verbindliche *aktuelle* „Standards“ zur Berufsausübung, Richtlinien oder Lehrpläne vorliegen, die über die weitgehend allgemein gehaltenen Aussagen zu den Zielen und Inhalten der Ausbildungen in den Berufszulassungsgesetzen und den dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen hinausgehen. Dies hängt u. a. damit zusammen, dass die Bundesländer ihre Aufgabe, auf der Basis der Bundesgesetze nähere Regelungen zur inhaltlichen und organisatorischen Gestaltung der Ausbildungen zu treffen, vielfach nicht umfänglich wahrnehmen (s. Kap. 3.1.1.1).

Hinzu kommt, dass die bundesgesetzlichen Grundlagen für eine ganze Reihe von Gesundheitsfachberufsausbildungen in D seit Langem nicht grundlegend aktualisiert wurden. So stammt das Ergotherapeutengesetz aus dem Jahr 1976, das „Gesetz über den Beruf des Logopäden“ von 1980 und die Berufszulassungsgesetze z. B. für Orthoptist/-innen, Medizinisch-technische Assistent/-innen in der Medizin, Diätassistent/-innen und Physiotherapeut/-innen vom Ende der 1980er oder aus der ersten Hälfte der 1990er Jahre, ohne dass diese signifikante Aktualisierungen erfahren hätten (vgl. ErgThG 1976; LogopG 1980; OrthoptG 1989; MTAG 1993; DiätAssG 1994; MPhG 1994). Diese Situation lässt sich in keinem der anderen Vergleichsländer wiederfinden.

Zwar ist davon auszugehen, dass neues Wissen und neue Techniken kompensatorisch durch die Lehrenden in den theoretischen und praktischen Unterricht eingebunden und in der Praxis vermittelt werden, doch es kann nicht angenommen werden, dass dies flächendeckend im notwendigen Umfang und in der gebotenen – zu definierenden – Qualität stattfindet.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung verdeutlichen – insb. (auch) für D –, dass eine Überarbeitung der Ausbildungskataloge durch Entfernen obsoleter und das Aufgreifen aktueller Lerninhalte und Lernarrangements klar indiziert erscheint. Dies lässt sich insb. für die Berufe Medizinisch-technische Assistenz, Physiotherapie sowie Gesundheits- und Krankenpflege (bzw. allgemeiner: Pflegefachberufe) in den Einschätzungen der im Rahmen der Qualifikationsanalysen befragten Expert/-innen sowie in den Ergebnissen der Berufsangehörigenbefragung nachzeichnen (s. Kap. 4.1.3, 4.1.5, 4.2.3, 4.2.5, 4.3.3 und 4.3.5). Zentrale berufsübergreifende, in den Befragungen angeführte Verbesserungsbedarfe betreffen insb.:

- die Bearbeitung aktueller berufsrelevanter Lerngegenstände und eine stärkere Praxisorientierung der (hoch-)schulischen Ausbildung;
- die Vorbereitung der Lernenden auf die Versorgung chronisch kranker, multimorbider und dabei insb. hochaltriger Menschen;
- die Abkehr der Ausbildungsinhalte von einer dominanten Krankenhausorientierung und stattdessen eine intensivere Vorbereitung auf das Handeln in neuen bzw. an Bedeutung zunehmenden Tätigkeitsfeldern, wie die ambulante (Langzeit-)Versorgung und die integrierte Versorgung unter einer stärkeren Berücksichtigung gesundheitsfördernder und präventiver Aspekte;
- die Vermittlung von Kompetenzen zum wissenschaftlich orientierten Denken und Lernen und zum evidenzbasierten beruflichen Handeln;
- die Herausbildung von Fähigkeiten zur Einnahme einer (selbst-)kritischen Haltung und zur (Selbst-)Reflexion, zur begründeten Entscheidungsfindung und zum prozesshaften Handeln;
- die Anbahnung von Fähigkeiten zur Organisation, Planung, Verteilung und Evaluation von Arbeitsaufgaben und zur Anleitung von Mitarbeiter/-innen, die keine Fachpersonen sind, d. h. insb. von Helfer- und Assistenzpersonen sowie
- v. a. das Anbahnen von Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit.

Verbesserungsbedarfe die praktische Ausbildung betreffend

Im Ergebnis der Qualifikationsanalysen lassen sich zudem – in den einzelnen Berufen und Ländern – z. T. anders gelagerte Verbesserungsbedarfe, die praktische Ausbildung betreffend, konstatieren (s. Kap. 4.1.3, 4.1.5, 4.2.3, 4.2.5, 4.3.3 und 4.3.5).

In den Einschätzungen der befragten Berufsmigrant/-innen und Expert/-innen wurde an der deutschen Ausbildung in der Physiotherapie sowie in der Pflege zunächst mehrfach der praktische Teil – i. d. R. mit häufigem direkten Patient/-innenkontakt – als Stärke hervorgehoben (s. Kap. 4.2.2, 4.2.3, 4.3.2 und 4.3.3). Diese Praxis scheint den Lernenden überwiegend den Erwerb der erforderlichen Berufserfahrung zu ermöglichen, die sie benötigen, um am Ende der Ausbildung handlungsfähig zu sein (s. auch Kap. 3.1).

Andererseits wurde in den Qualifikationsanalysen deutlich, dass bei einer Verortung der Ausbildungen im Hochschulsektor und dem damit verbundenen Status der Studierenden als Praktikant/-innen in den praktischen Ausbildungsphasen die Anbahnung klinischer Kompetenzen und einer gewissen beruflichen Handlungsfähigkeit bzw. „fitness for practice“ prinzipiell schwieriger erreichbar ist. Kennzeichnend für die Ausbildungen im Hochschulsektor scheint vielfach eine Wissensanreicherung bei einer gleichzeitigen Gefährdung von ausreichendem Lern- und Erfahrungsraum in der Berufspraxis zu sein.

Kritik an der praktischen Ausbildung in D bezieht sich insb. auf Verbesserungsmöglichkeiten in der Kooperation der schulischen und praktischen Lernorte sowie – dabei aber nicht für alle Ausbildungsrichtungen gleichermaßen zutreffend – auf die vielfach als *ungünstig* befundenen Rahmenbedingungen der praktischen Ausbildungsanteile. Ein häufig angeführter Grund dafür besteht im von den Befragten wahrgenommenen Personalmangel und der damit verbundenen Verwertungsorientierung der Lernenden als Arbeitskraft (s. bspw. Kap. 4.3.3.1, 4.3.5.6).

Sonderstellung der Lehrer/-innenqualifizierung

Im Zusammenhang mit den Verbesserungsbedarfen der Ausbildung (in D) ist auch darauf hinzuweisen, dass der Sonderstellung der Gesundheitsfachberufsausbildungen auch eine Irregularität der *Lehrer/-innen-ausbildung* für diese Berufe folgt (s. Kap. 3.1.1). Dabei ist es den Bundesländern überlassen, den Grad der (hochschulischen) Qualifikation der Lehrenden an den Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachberufe qualitativ zu bestimmen. Diese haben sich bislang nicht auf gemeinsame Standards verständigt. Es darf hier konstatiert werden, dass die Lehrer/-innenqualifikation vielfach nicht dem Standard entspricht, der für die Umsetzung zeitgemäßer, beruflicher Bildungsprozesse notwendig ist (vgl. z. B. auch Kachler 2004; Bischoff-Wanner & Reiber Hrsg. 2008).

Für und Wider einer (teilweisen) Akademisierung der Gesundheitsfachberufe in D

Bezogen auf das Für und Wider einer hochschulischen Qualifikation für (Teile der) Gesundheitsfachberufe in D (s. auch Kap. 3.2.4, vgl. WR 2012) kann v. a. von dem dazu bestehenden Entwicklungs- und Erfahrungsvorlauf in GB – gefolgt von NL – gelernt werden. Dort liefen die Prozesse zur Akademisierung der meisten der hier analysierten Berufe überwiegend in den 1990er und in der ersten Hälfte der 2000er Jahre ab. In F und A begann die Verlagerung einer Reihe der hier analysierten Ausbildungen – einschließlich der i. d. R. umfassenden Novellierungen inhaltlicher und didaktisch-methodischer Aspekte – in der zweiten Hälfte der 2000er Jahre (s. Kap. 3.1). Auch hier liegen inzwischen nutzbare Erfahrungen vor. Aus der Analyse der in diesen Ländern beobachtbaren Abläufe lassen sich „Lehren“ für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe als Leistungserbringer im Gesundheitssystem für D ziehen.

Günstige Effekte des Akademisierungsprozesses in den Gesundheitsfachberufen

Eine Ausgangsthese der GesinE-Studie war, dass allein von der Verortung der Ausbildungen nicht auf die Qualifikationen und Kompetenzen der Absolvent/-innen geschlossen werden kann. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass die deutsche Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im sekundären Sektor nicht unterbewertet werden sollte (vgl. auch Ingwersen 2009, S. 93). Zur Qualität der Ausbildung in D und den Vergleichsländern befragt, schnitt bspw. die deutsche Pflegeausbildung in der Wahrnehmung der befragten Berufsmigrant/-innen und Expert/-innen nicht grundsätzlich schlechter ab. Exemplarisch befanden die befragten Berufsmigrant/-innen die Ausbildung in D derjenigen in den Vergleichsländern überlegen. Ihre Antworten bezogen sich dabei insb. auf den Erwerb des notwendigen medizinischen Grundlagenwissens und darauf, am Ende der Ausbildung umfänglich im Berufsalltag handeln zu können (s. Kap. 4.3.2).⁷²

Diese positive Einschätzung scheint jedoch nicht für alle Berufe gleichermaßen zuzutreffen. So fielen etwa die Einschätzungen zur Medizinisch-technischen Radiologieassistenten weniger gut aus (s. Kap. 4.1.3).

Auch deuten die Befragungsergebnisse der Berufsmigrant/-innen, der Expert/-innen- und eben-

falls der Berufsangehörigen darauf hin, dass von einer akademischen berufszulassenden Ausbildung in einer ganzen Reihe thematisierter Aspekte eine Überlegenheit des Studiums im Vergleich zur bisherigen Form der Berufsausbildung im sekundären Bildungssektor erwartet werden kann. Dies betrifft insb. die Anbahnung von Kompetenzen zur Erschließung und Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis sowie für die Umsetzung reflektierter Entscheidungsfindungsprozesse (s. bspw. Kap. 4.1.2, 4.1.3, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.5, 4.3.2, 4.3.3 und 4.3.5).

Die Qualifikationsanalyse für die Gesundheits- und Krankenpflege konnte empirisch fundierte Anhaltspunkte dafür liefern, dass in der direkten Gegenüberstellung zweier Ausbildungsmodelle innerhalb eines Landes Unterschiede dahingehend bestehen, welchen Beitrag die jeweilige Ausbildung zur Herausbildung beruflicher Handlungskompetenzen leistet. So schätzten etwa die Pflegenden, die sich an der Berufsangehörigenbefragung in NL beteiligt haben, die Ausbildung von Pflegefachpersonen an Hogescholen in elf von zwölf erfragten Aspekten besser ein als die parallel bestehende Ausbildung im sekundären Bildungssektor (s. Kap. 4.3.1).

Im Zusammenhang mit der in den Vergleichsländern unterschiedlich weit reichenden und bislang nicht abgeschlossenen Akademisierung der Gesundheitsfachberufe stehen insb. Veränderungen in den Hierarchien angestammter akademischer Gesundheitsprofessionen und der Entwicklung eines neuen Beziehungssystems der verschiedenen Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung. Kennzeichnend dafür sind eine Neugestaltung von Aufgabenzuschnitten und Verantwortungsbereichen sowie Veränderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit hin zu einer Kooperation „auf Augenhöhe“ (s. o.; s. Kap. 3.2.4, 4.1.2, 4.1.3, 4.2.2, 4.2.3, 4.3.2 und 4.3.3; vgl. auch von Troschke & Stößel 2012, S. 40 ff.). Diese Veränderungen haben letztlich Auswirkungen auf die Qualität der Gesundheitsversorgung (s. auch Kap. 3.2.1, 3.2.4). Studien dazu belegen u. a., dass eine höhere Dichte an akademisch qualifizierten Gesundheitsfachberufsangehörigen eine sicherere und effektivere Gesundheitsversorgung bewirken kann (s. Kap. 3.2.4).

In der Wahrnehmung der Befragten entstanden mit der Akademisierung und der Schaffung durchlässiger, gestufter Bildungsstrukturen attraktive weiterführende Qualifizierungs- und Entwicklungsmöglichkeiten für die Berufsangehörigen, die vielfach mit einer deutlichen Erweiterung der fachspezifischen Handlungskompetenzen und Verantwortlichkeiten verbunden sind (s. Kap. 4.1-4.3). Inwiefern diese neuen Entwicklungsperspektiven realen positiven Einfluss auf den

⁷² Hier sei jedoch angemerkt, dass in den Einschätzungen der Berufsmigrant/-innen ein klassisches Verständnis von Berufsbildung deutlich wurde, in dem diese direkt auf die Berufspraxis vorbereitend und berufliche Qualifikation in engem Bezug zu ihrer Anwendung und Verwertung betrachtet wird (vgl. Bollinger 2005; Arnold 2010).

sich verstärkenden Fachkräftemangel in den einzelnen Berufen haben können, wird widersprüchlich bewertet (s. bspw. Kap. 3.2.4, 4.3.1.4 und 4.3.3.2).

Die in den Kapiteln 3.2 sowie 4.1, 4.2 und 4.3 nachzuvollziehenden Potenziale einer Akademisierung der Gesundheitsberufe gehen konform zu den Einschätzungen und „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen [in Deutschland]“, die der Wissenschaftsrat im Juli 2012 veröffentlichte (vgl. WR 2012, s. Kap. 3.2.4). Sie korrespondieren auch mit den Einschätzungen und Vorschlägen im Konzeptpapier „Forschung in den Gesundheitsfachberufen: Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland“ (vgl. Ewers et al. 2012, s. Kap. 3.2.4).

Erwähnenswert erscheint hier, dass sich die genannten Papiere (WR 2012; Ewers et al. 2012) auf die Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie, die Pflegeberufe (auf dem Qualifikationsniveau von Pflegefachpersonen) und die Hebammenkunde beziehen. Sie berücksichtigen jedoch *nicht* die Potenziale, die eine Reihe der anderen in Abbildung 1.1 genannten Gesundheitsfachberufe zur Bewältigung der Herausforderungen in einem altersgewandelten Gesundheitssystem einbringen (könnten) bzw. dies im Falle v. a. der Länder GB und NL (bereits) verstärkt tun. Dazu gehören insb. die Ausbildungen in der Medizinisch-technischen Radiologieassistenz (bzw. treffender: Radiologietechnologie) sowie in den weiteren diagnostisch-technischen Berufen Medizinisch-technische Laborassistenz (bzw. treffender: Biomedizinische Analytik) und Medizinisch-technische Funktionsassistenz (s. Kap. 3.2 sowie die Synopsen zu den einzelnen analysierten Berufen im Anhang A).

Kritisierte Effekte der Verortung der Gesundheitsfachberufsausbildungen im Hochschulsektor

Die zahlreichen Versuche, Studiengänge in D, und in Bezug auf die Pflege auch in A, zu etablieren und die landesspezifischen Freiheiten der Hochschulen in allen Vergleichsländern führ(t)en zu einer Diversifizierung der berufszulassenden Bachelor- und Masterstudiengänge sowie zu einer großen Anzahl von Absolvent/-innen mit unterschiedlichen Qualifikationsprofilen. Die Idee eines gemeinsamen europäischen Hochschulraumes wird damit nicht gefördert (vgl. Rappold 2008, S. 147).

Auffallend ist, dass die im tertiären Sektor angesiedelten Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen von den Bildungseinrichtungen vielfach als praxisorientiert beschrieben werden. Dies trifft z. B. auf die Ausbildung in der Podologie zu, für die von

den Bewerber/-innen v. a. manuelles Geschick und Fingerfertigkeit erwartet werden (s. Anhang A 11). Hier wäre näher zu prüfen, inwiefern die Ansiedlung dieser Ausbildung im tertiären Sektor in GB und NL, sowie seit 2012/13 auch in F, nicht lediglich aufgrund fehlender alternativer Verortungsmöglichkeiten und/oder aufgrund der allgemeinen Tertiarisierung der Gesundheitsfachberufsausbildungen erfolgt. Obwohl vereinzelt podologiespezifische wissenschaftliche Arbeiten in GB vorhanden sind, ist dennoch danach zu fragen, inwiefern die Verortung dieser Ausbildung im Hochschulsektor ein geeigneter Weg ist.

In NL und seit ca. Mitte der 2000er Jahre auch in D und insb. in A lässt sich eine Stärkung der Hogescholen bzw. Fachhochschulen innerhalb des tertiären Sektors erkennen. Diese ist mit dem Ziel verbunden, eine berufsbezogene und praxis- bzw. anwendungsorientierte Ausbildung auf Hochschulniveau anzubieten (vgl. Rappold 2008, S. 147). In weiterführenden Untersuchungen wäre detaillierter zu untersuchen, inwiefern dieses Ziel erreicht wird und worin genau sich die Outcomes bei einer berufszulassenden Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im Hogeschool- bzw. Fachhochschulbereich im Vergleich zu einer Ausbildung an einer Universität oder einer Ausbildung im sekundären Bildungssektor unterscheiden. Vergleichsuntersuchungen dazu sind rar. Vorhandene Aussagen beruhen vielfach auf Einschätzungen von Expert/-innen und/oder auf wenig belastbaren Vorher-Nachher-Vergleichen.

Im Zusammenhang mit der Ausbildung an Hogescholen bzw. Fachhochschulen – hier explizit für NL – wurden aber auch mehrfach kritische Einschätzungen, insb. in den Berufsmigrant/-innen- und Expert/-innenbefragungen geäußert. Die Befragten verwiesen darauf, dass Hogescholen keine Orte der berufs- bzw. professionsspezifischen Wissensgenerierung seien (s. Kap. 4.3.2.3, 4.3.3.1).

Ähnliche Äußerungen wurden in Bezug auf die Verlagerung der Ausbildung von Pflegefachpersonen an die Universitäten in F dahingehend getroffen, dass es dort bislang nicht die notwendigen pflegewissenschaftlichen Infrastrukturen gibt und stattdessen eine „Medizindominanz“ der akademischen Ausbildungsanteile vorliegt (s. Kap. 4.3.2.3, 4.3.3.1).

Hinzuweisen ist auch darauf, dass der Akademisierungsprozess nicht in jedem Fall reibungslos erfolgt(e) (s. Kap. 4.3.1-4.3.3; Anhang A 3 und A 13.5) und z. T. Modifikationen notwendig waren und sind. Diese lassen sich bspw. für GB und NL sowie auch für die 2009 novellierte und in den tertiären Bildungssektor verlagerte Ausbildung für Pflegefachpersonen in F konstatieren. Sie betreffen bspw. (1) Korrekturen neu entwickelter Qualifikationsprofile bzw. Studiengänge im

Hinblick auf die Verwertbarkeit der darin erworbenen Kompetenzen in der beruflichen Praxis, (2) Senkung der Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung bzw. zum Studium i. d. S., auch Personen mit nicht ausreichenden formalen Schulabschlüssen Zugang zu gewähren sowie (3) Bemühungen zur verbesserten Ausgestaltung der praktischen Ausbildungsanteile, um die Studierenden bis zum Ausbildungs- bzw. Studienende zu einer grundlegenden „fitness for practice“ zu führen.

5.3 Weitere Forschungs- und Praxisentwicklungsbedarfe

Bedarf an weiterführenden Untersuchungen

Neben den oben angeführten Hinweisen zu weiterführenden Fragestellungen ist anzumerken, dass in der GesinE-Studie für die Analyse der Ausbildungsgänge in 16 Gesundheitsfachberufen eine berufsübergreifende Perspektive genutzt wurde. Damit wurde dem Fakt Rechnung getragen, dass eine einzelberufsspezifische Perspektive leicht den Blick auf umfassendere Entwicklungen, wie sie sich aus dem Wandel der Gesundheitssysteme und den Aktivitäten zur europäischen Harmonisierung der Berufsbildungssysteme ergeben, versperren kann (vgl. Bals 1993). In einer berufsübergreifenden Perspektive wiederum ist ein Abstraktionsgrad in der Darstellungsweise angezeigt, in der individuelle Besonderheiten in Einzelberufen in den Hintergrund treten können.

Für weiterführende, an die GesinE-Studie anknüpfende europäisch- bzw. interkulturell-vergleichende Untersuchungen erscheint es deshalb angezeigt, durch vertiefende Detailuntersuchungen zu einzelnen Gesundheitsfachberufen oder Themen die Wechselbeziehungen der vorliegenden Erkenntnisse tiefer zu ergründen und die angeführten Erkenntnislücken zu verkleinern.

Aktuell vollziehen sich v. a. in F und A tief greifende Wandlungsprozesse im Bereich der Gesundheitsberufsbildung. Dabei werden schrittweise eine ganze Reihe von Ausbildungen aus dem (post-) sekundären Berufsbildungssektor an die Universitäten (in F und A) sowie an die Fachhochschulen (in A) verlagert. Die dabei ablaufenden Prozesse beinhalten Lernchancen für die weitere Entwicklung der Ausbildungen in D und sollten deshalb im Längsschnittdesign vertieft untersucht werden.

Auch erscheint eine Ausweitung der Untersuchung v. a. auf die skandinavischen Länder, z. B. auf Schweden, sinnvoll, weil der Blick nach Europa zeigt,

dass die skandinavischen Länder – im wechselseitigen Wirkgefüge diverser Konzepte auf gesellschaftlicher sowie bildungs-, gesundheits- und sozialpolitischer Ebene – in den letzten Jahrzehnten eigene innovative Entwicklungspfade in den Bildungs-, Gesundheits- und Sozialsystemen beschritten haben (vgl. z. B. Anttonen & Sipilä 1996; Hörner 1996; Kaufmann 2003). Dies hatte auch Folgen für die Ausbildung und die Berufsausübung in den Gesundheitsfachberufen (vgl. z. B. Salminen et al. 2010).

Die bisher vielfach einseitige (und auch in dieser Untersuchung gewählte) Blickrichtung in westeuropäische Länder kann zudem eine spezifische Blindheit für alternative, gleichfalls tragfähige Konzepte und Wege mit sich bringen. Dahingehend erscheint eine Bestandsaufnahme der Gesundheitsfachberufsausbildungen in osteuropäischen Ländern, z. B. Tschechien, der Slowakei oder Ungarn lohnenswert (s. Kap. 4.3.2.3). In den dort auf ganz anderen staatlichen Traditionen und historischen Bezügen gründenden Systemen und aufgrund des bestehenden spezifischen Handlungsdrucks finden sich möglicherweise Qualifikationsprofile und Ausbildungsmodelle für die Gesundheitsfachberufe, aus denen wertvolle Anregungen für die Weiterentwicklung in D gewonnen werden könnten.

Weiterentwicklungsbedarf theoretischer und methodischer Zugänge zur vergleichenden Berufsbildungsforschung

Das z. T. pragmatische Vorgehen zur Beantwortung der methodischen Herausforderungen in der GesinE-Studie (s. Kap. 2, 5.1) weist auf eine notwendige Grundlagenarbeit zur Weiterentwicklung der theoretischen und methodologischen Zugänge für die international bzw. interkulturell vergleichende Berufsbildungsforschung hin (vgl. dazu insb. Ditton 2000; Lauterbach 2006; Pfau-Effinger et al. 2008).

Es besteht Bedarf an validen und reliablen Instrumenten und Verfahren zur (vergleichenden) Analyse von Qualifikations- und Kompetenzprofilen (in verschiedenen europäischen Ländern). Verfahren zur Messung beruflich erworbener Kompetenzen sollten auf einem theoretisch und empirisch begründeten Qualifikations- und Kompetenzmodell basieren, unterschiedliche Methoden kombinieren und dabei eine Selbsteinschätzung mit einer Lernerfolgsbestimmung durch Tests und/oder durch Fremdeinschätzung ergänzen (vgl. z. B. Dellai et al. 2009; Knigge-Demal 2009; Darmann-Finck & Glissmann 2011). Die methodischen Erkenntnisse aus der Umsetzung der Online-Berufsangehörigenbefragung (s. Kap. 2.2.4, 4.1.5, 4.2.5 und 4.3.5) bestätigen diese Notwendigkeit.

Bedarf am Ausbau der Gesundheitsberufsbildungsforschung in Deutschland

Die Transformationsprozesse der Gesundheitsfachberufe bedingen vielfältige Forschungs- und Praxisentwicklungsbedarfe. Mit dem Ziel, eine verlässliche, auf fundierte Forschungsergebnisse gestützte Informationsbasis für Entscheidungs- und Aushandlungsprozesse bzgl. einer zukunftsweisenden Gestaltung von Gesundheitsberufsprofilen sowie von Ausbildungsprogrammen und Curricula zu schaffen, sind verstärkt Initiativen der Berufsbildungsforschung – sowohl im Bereich der Grundlagen- als auch aus der angewandten Forschung – notwendig (vgl. auch Darmann-Finck & Foth 2011).

Derzeit besteht jedoch in D ein deutliches Defizit an dieser Forschung. So findet bislang z. B. kaum Grundlagenforschung zu Sozialisationsprozessen in den Gesundheitsfachberufen statt. Auch sind geisteswissenschaftliche Ansätze zur Begründung und Reflexion von Bildungsangeboten rar (vgl. ebd.). Zudem genügen etwa die Evaluationsstudien von Modellprojekten zur Ausbildung in der Gesundheitsfachberufen – die in den vergangenen Jahren v. a. für die Pflegeberufe stattfanden (s. Kap. 4.3.1.4) – bislang vielfach nicht den methodischen Standards der empirischen Sozialforschung (vgl. Darmann-Finck & Foth 2011). Sie beschränkten sich meist auf Aussagen zur Machbarkeit neuer Ausbildungsmodelle und ließen entscheidende Fragen, etwa zur Passung der Ausbildungen auf die Versorgungsbedarfe und zu ihrer Verwertbarkeit auf dem Arbeitsmarkt, außen vor (vgl. Dielmann 2009). Ohne die Beantwortung solcher Fragen sind jedoch evidenzbasierte Entscheidungsfindungen zur strategischen Planung und Weiterentwicklung der Gesundheitsberufsbildung nicht möglich.

Wenn (Gesundheits-)Berufsbildung „gelingen“ soll, dann müssen sich Ausbildung und Berufsalltag aufeinander beziehen (vgl. Kaiser 2005). Dazu ist es notwendig, dass eine geeignete Beschreibung des Berufsalltags vorliegt, aus der die aktuell zu bewältigenden Aufgaben sowie absehbare Entwicklungen erkennbar sind (vgl. ebd.). Grundlegend hierfür sollten empirische berufswissenschaftliche Analysen der spezifischen Anforderungen des jeweiligen Handlungsfeldes sein (vgl. Pätzold & Rauner 2006; Becker & Spöttl 2008). Daraus kann auf die zu erwerbenden Kompetenzen und damit auf die Definition der jeweiligen Ausbildungsziele geschlossen werden (vgl. Evers 2009; 2011). Neben der Relevanz empirisch geleiteter Analysen des Berufsfeldes für die Bildungsarbeit werden sie zugleich für die parallel dazu zentralen Aufgabenfelder Personalentwicklung sowie Arbeits- und Betriebsorganisation benötigt, um entsprechende Interventionen am Bedarf

der beruflichen Praxis herausarbeiten zu können (vgl. ebd.). In den hier untersuchten Gesundheitsfachberufen sind entsprechende Analysen jedoch allenfalls in Ansätzen zu finden.

Bei der Skizzierung der Analyseergebnisse und der damit verbundenen Forschungs- und Praxisentwicklungsbedarfe in Deutschland wird deutlich, dass die GesinE-Studie einen wichtigen, längst jedoch *nicht* die Diskussion zur Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe beendenden Beitrag leistet. Vielmehr bedarf es weiterer, derzeit nicht systematisch stattfindender Gesundheitsberufsbildungsforschung, die für evidenzbasierte Entscheidungsfindungsprozesse zur strategischen Planung, Weiterentwicklung und Neuausrichtung der Gesundheitsfachberufe notwendig ist.

Literatur

- AA (Amstel Academie) (2012): Opleiding radiodiagnostisch laborant. <http://www.vumc.nl/afdelingen-themas/27309/38912/38915/radiodiagnlab.pdf> (Stand: 20.07.2012).
- Adams, D. & Miller, B. K. (2001): Professionalism in nursing behaviors of nurse practitioners. In: *Journal of Professional Nursing* 17, 203-210.
- AG MTG (Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe) (2012): Offener Brief „Zuordnung der Gesundheitsfachberufe im DQR“ an Prof. Dr. Annette Schavan – Bundesministerin für Bildung und Forschung (BMBF), Daniel Bahr – Bundesminister für Gesundheit (BMG), Prof. Dr. Dieter Hundt – Präsident der Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Michael Sommer – Vorsitzender des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB), Ties Rabe – Präsident der Kultusministerkonferenz 2012. http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/Stellungnahme_Zuordnung_der_Gesundheitsfachberufe_im_DQR-1.pdf (Stand: 09.10.2012).
- Aiken, L. H.; Clarke, S. P.; Sloane, D. M.; Sochalski, J. & Silber, J. H. (2002): Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. In: *Journal of the American Medicine Association* 288, 1987-1993.
- Allen, J. & Fabri, A. M. (2005): An evaluation of a community aged care nurse practitioner service. In: *Journal of Clinical Nursing* 14, 1202-1209.
- AltPflG (Altenpflegegesetz) (2003): Altenpflegegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), das zuletzt durch Artikel 29 des Gesetzes vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854) geändert worden ist. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/altpflg/gesamt.pdf> (Stand: 16.07.2012).
- AMS (AMS Berufswörterbuch) (2012): Heilmahlerin/Heilmahler. <http://www.berufswörterbuch.at/pdf/pdf.php?id=2866&berufstyp=sonstige> (Stand: 13.10.2012).
- Anttonen, A. & Sipilä, J. (1996): European Social Care Services: Is it possible to identify models? In: *Journal of European Social Policy* 6(2), 87-100.
- AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, IKK-Bundesverband) (2006): Anlage 1a zu den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V vom 1. August 2001 in der Fassung vom 1. Juni 2006. Leistungsbeschreibung Physiotherapie mit den Maßnahmen der Physiotherapie. <http://www.physio.de/zulassung/RE-Anlage1a.htm> (Stand: 24.03.2011).
- Archan, S. & Mayr, T. (2006): Berufsbildung in Österreich – Kurzbeschreibung. (Cedefop Panorama series; 124), Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften. http://www.cedefop.europa.eu/EN/Files/5163_de.pdf (Stand: 13.02.2013).
- Arnold, R. (2010): Berufsbildung. In: Arnold, R.; Nolda, S. & Nuissl, E. (Hrsg.): *Wörterbuch Erwachsenenbildung*. (2., überarb. Aufl., 1. Aufl. 2001), Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 36-38.
- Arbeitsgruppe des DBFK (Arbeitsgruppe des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe) (2011): Umsetzung des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) in Deutschland. Hier: KMK-Beschluss vom 20./21.10.2011. Offener Brief an Herrn Dr. Althusmann, Präsident der Kultusministerkonferenz vom 31.10.2011. Berlin: DBFK.
- Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates (2012): Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 137 (Suppl. 2).
- Arbeitsmarktservice Österreich (2008): Gesundheit Fitness Wellness. Medizinisch-technische Berufe, Medizinische Hilfsberufe, Pflege- und Betreuungsberufe, Wellness- und Fitnessberufe usw.. Horn: Druckerei Ferdinand Berger & Söhne GmbH.
- Arbeitsmarktservice Österreich (2013): Berufsinfo & Weiterbildung. Berufe, Gehälter, Chancen. Gehaltsrechner. http://www.gehaltskompass.at/berufsliste?q=Physiotherapie&beruf_id=7 (Stand: 25.02.2013).
- ASH Berlin (Alice Salomon Hochschule Berlin) (2011): Prüfungsordnung für den Primärqualifizierenden Bachelor-Studiengang Physiotherapie/Ergotherapie. Bachelor of Science (B.Sc.). Berlin: ASH. http://www.ash-berlin.eu/uploads/media/AM13_11.pdf (Stand: 04.02.2013).
- ASH Berlin (Alice Salomon Hochschule Berlin) (2012): Primärqualifizierender Studiengang Physio-/ Ergotherapie. <http://www.ash-berlin.eu/studienangebot/bachelorstudiengaenge/bsc-physiotherapie-ergotherapie/primarqualifizierender-studiengang/> (Stand: 19.09.2012).
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2012): Bildung in Deutschland. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zur kulturellen Bildung im Lebenslauf. Bielefeld: Bertelsmann. http://www.bildungsbericht.de/daten2012/bb_2012.pdf (Stand: 13.01.2013).
- BA (Bundesagentur für Arbeit) (2012): BERUFENET: Physiotherapeut/in. Verdienst/Einkommen. http://berufenet.arbeitsagentur.de/berufe/berufld.do?pgnt_act=goToAnyPage&pgnt_pn=0&pgnt_id=resultShort&status=T07 (Stand: 20.09.2012).
- Bachstein, E. (2005): Die Delegation von ärztlichen Aufgaben. In: *Pflege aktuell* 59, 544-547.
- Bader, R. (2000): Arbeits- und erfahrungsorientiertes Lernen in berufsbildenden Schulen. In: Dehnpostel, P. & Novak, H. (Hrsg.): *Arbeits- und erfahrungsorientierte Lernkonzepte*. Bielefeld: Bertelsmann, 11-23.
- Baethge, M. (2008): Das berufliche Bildungswesen in Deutschland am Beginn des 21. Jahrhunderts. In: Cortina, K. S.; Baumert, J.; Leschinsky, A.; Mayer, K. U. & Trommer, L. (Hrsg.): *Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 541-597.
- BÄK & KÄBV (Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2008): Persönliche Leistungserbringung. Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. In: *Deutsches Ärzteblatt*: 2008, 105 (41): A-2173-77.
- Bals, T. (1993): Berufsbildung der Gesundheitsfachberufe. Einordnung – Strukturwandel – Reformansätze. Alsbach/Bergstraße: Leuchtturm.
- Bals, T. (1999): Früherkennung neuer beruflicher Entwicklungen im Berufsfeld Gesundheit – Soziales - Erziehung. In: Meifort, B. & Becker, W. (Hrsg.): *Berufsbildung und Beschäftigung im personenbezogenen Dienstleistungssektor*. (Wissenschaftliche Diskussionspapiere des BIBB, Heft 43). Bonn: BIBB, 9-17.

- Bals, T.; Grunau, J. & Unger, A (2010): Qualitätsentwicklung an Schulen des Gesundheitswesens. Kriterien, Indikatoren, Standards. (Tagungsunterlage zur Abschlussveranstaltung des Projekts „AQIG Reloaded“), 29.06.2010, Berlin: Robert Bosch Stiftung.
- Balsing, R. (2008): Modularisierung – neue Ausbildungswege in der beruflichen Bildung der Gesundheits- und Krankenpflege am Beispiel der Weiterbildungen Intensiv- und Anästhesiepflege und Operationspflege. In: *Pflegewissenschaft* 10(1), 9-15.
- BAnz. Nr. 46 (S. 1128) vom 21.03.2012: Bundesministerium für Gesundheit: Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Richtlinie nach § 63 Absatz 3c SGB V): – Erstfassung – Vom 20. Oktober 2011.
- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2009): Lehrplan für die Berufsfachschule für Physiotherapie. Theoretischer und fachpraktischer Unterricht 1. – 3. Schuljahr. München: Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung. http://www.isb.bayern.de/download/9110/autorisierte_version_lp_bfs_physio_20_08_2010.pdf (Stand: 01.02.2013).
- BBiG (2005): Berufsbildungsgesetz vom 23. März 2005 (BGBl. I S. 931), das zuletzt durch Artikel 15 Absatz 90 des Gesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160) geändert worden ist. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bbig_2005/gesamt.pdf (Stand 30.08.2012).
- Beaton, D.; Bombardier, C.; Guillemin, F. & Ferraz, M. (2000): Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. In: *Spine* 25, 3186-3191.
- Beck, U.; Brater, M. & Daheim, H. (1980): Soziologie der Arbeit und Berufe. Grundlagen, Problemfelder, Forschungsergebnisse. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Becker, W. (2002): 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, 13-49.
- Becker, M. (Mitarbeit : Lubazay, I. & Kownatka, C.) (2008) : Optimistisch altern! Theoretische Grundlagen und empirische Befunde demografiefester Personalarbeit für altersgemischte Belegschaften. Mering : Hamp.
- Becker, M. & Spöttl, G. (2008): Berufswissenschaftliche Forschung. Ein Arbeitsbuch für Studium und Praxis. Frankfurt a. M.: Lang.
- Behrendt, H. (2008): Analyse, Vergleich und Perspektiven zur Pflegeausbildung in den europäischen Ländern. Göttingen: Cuvillier Verlag.
- Behringer, F. (2006): Zur Leistungsfähigkeit der Berufsbildungssysteme: Indikatoren, Datenlage, Desiderate. In: Eckert, M. & Zöller, A. (Hrsg.): *Der europäische Bildungsraum – Beiträge der Berufsbildungsforschung*. (Schriftenreihe des Bundesinstituts für Berufsbildung), Bielefeld: Bertelsmann, S. 263-274.
- Benner, P. (1997): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. (2. Aufl.), Bern: Huber.
- Benner, H. (2001): Ausbildungsberuf. In: Lenzen, D. (Hrsg.): *Pädagogische Grundbegriffe – Band 1*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 101-108.
- Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege (1998): Bericht und Empfehlung zur verlangten Fachkompetenz der für die Allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern/Krankenpfleger in der Europäischen Union (angenommen vom Ausschuss in der Sitzung vom 13. Januar 1998). Brüssel.
- Berland, Y. & Bourgueil, Y. (2006): Rapport Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf (Stand: 02.11.2012).
- BIBB (Bundesinstitut für Berufsbildung) (2006): Beschreibung des Berufsbildungssystems in Großbritannien. <http://www.bibb.de/de/24364.htm> (Stand: 13.02.2013).
- BIBB (Bundesinstitut für Berufsbildung) (2008): Die anerkannten Ausbildungsberufe 2008. Bielefeld: Bertelsmann.
- BIBB (Bundesinstitut für Berufsbildung) (2012): Bildungsbereiche. Berufliche Bildung. http://www.eu-bildungspolitik.de/berufliche_bildung_24.html (Stand: 18.06.2012).
- Bischoff-Wanner, C. & Reiber, K. (Hrsg.) (2008): *Lehrerbildung in der Pflege. Standortbestimmung, Perspektiven und Empfehlungen vor dem Hintergrund der Studienreform*. Weinheim & München: Juventa.
- Blättner, B.; Michelsen, K.; Sichtung, J. & Stegmüller, K. (2005): Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfs aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätigen Personen. Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Blättner, B. & Georgy, S. (2008): Qualifizierungsbedarf der Gesundheitsfachberufe: Verantwortung für eigene Entscheidungen übernehmen können. In: Matzick, S. (Hrsg.): *Qualifizierung in den Gesundheitsberufen: Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung*. Weinheim: Juventa, 159-178.
- Blum, K. (2012a): Zur beruflichen Situation der MTRA in den deutschen Krankenhäusern. Forschungsgutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) im Rahmen des Projektes „Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (GesinE)“. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut. (unveröffentlicht; erstellt als Teilleistung der GesinE-Studie, Februar 2012).
- Blum, K. (2012b): Zur beruflichen Situation der Physiotherapie in den deutschen Krankenhäusern. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) im Rahmen des Projektes „Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (GESINE)“. Düsseldorf: DKI (unveröffentlicht; erstellt als Teilleistung der GesinE-Studie, November 2012).
- Blum, K.; Offermanns, M. & Schilz, P. (2006): Krankenhaus Barometer Umfrage 2006. Düsseldorf: Deutsches Krankenhaus Institut e.V. <http://dkg.diagramm.com/pdf/1475.pdf> (Stand: 18.07.2012).
- Blum, K.; Löffert, S.; Offermann, M. & Steffen, P.; Löffert, S.; Offermanns, M. & Steffen, P. (2011): *Krankenhaus Barometer 2011*. Düsseldorf: Deutsches Krankenhaus Institut e.V. http://www.dkgev.de/media/file/10655.Krankenhaus_Barometer_2011.pdf (Stand: 19.08.2012).
- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (Hrsg.) (2005): *Die Reform der beruflichen Bildung – Berufsbildungsgesetz 2005*. (2., überarb. Aufl.). Bonn, Berlin: BMBF.

- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (2012a): Bildung und Forschung / Themen / Bildung und Hochschulen. Großbritannien. <http://www.kooperation-international.de/buf/themen/bildung-und-hochschulen.html#country224> (Stand: 18.06.2012).
- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (2012): Sachstandsbericht: Erarbeitung eines Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR). Stand: Juni 2012. <http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de/de?t=/documentManager/sfdoc.file.detail&fileID=1339578810220> (Stand: 01.09.2012).
- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (2012c): Pressemitteilung 012/2012 – 31. Januar 2012: Wichtiger Schritt hin zum Bildungsraum Europa. Einigung bei der Einführung des Deutschen Qualifikationsrahmens/Schavan: „Hohen Stellenwert der beruflichen Bildung deutlich gemacht“. <http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de/de/aktuelles> > Der Weg für die Einführung des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) ist frei. (Stand: 09.10.2012).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (Hrsg.) (2010): Das Österreichische Gesundheitssystem. Zahlen – Daten – Fakten. http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/das_oesterreichischegesundheitsystem.pdf (Stand: 14.05.2012).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2011): Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegebericht/Fuenfter_Bericht_Entwicklung_Pflegeversicherung.pdf (Stand: 13.05.2012).
- bm:ukk (2011): Bildung und Schulen. Bildungswesen in Österreich. Überblick. Bildungswege in Österreich. Berufsbildende höhere Schulen. http://www.bmukk.gv.at/schulen/bw/ueberblick/bildungswege_bhs.xml (Stand: 18.6.2012).
- bm:ukk (2012): Neue Mittelschule. Für Eltern & SchülerInnen. 25 Fragen zur Neuen Mittelschule. http://www.neuemittelschule.at/fuer_eltern_schuelerinnen/25_fragen_zur_neuen_mittelschule.html (Stand: 18.06.2012).
- BMUKK und BMWF (2009): Aufbau eines Nationalen Qualifikationsrahmens in Österreich. Schlussfolgerungen, Grundsatzentscheidungen und Maßnahmen nach Abschluss des NQR-Konsultationsverfahrens. NQR-Projektgruppe (Federführung II/7). http://www.bmukk.gv.at/medienpool/19300/nqr_positionspapier_200910.pdf & http://www.bmukk.gv.at/medienpool/15832/nqr_konpap_ahang_08.pdf (Stand: 01.08.2012).
- Bogner, A. & Menz, W. (2005): Expertenwissen und Forschungspraxis: Die modernisierungstheoretische und die methodische Debatte um die Experten. Zur Einführung in ein unübersichtliches Problemfeld. In: Bogner, A.; Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. (2. Aufl.). Wiesbaden: VS, 7-30.
- Bollinger, H. (2005): Profession – Dienst – Beruf. Der Wandel der Gesundheitsberufe aus berufssoziologischer Perspektive. In: Bollinger, H., Gerlach, A. & Pfadenhauer, M. (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Betrachtungen und Interpretationen. Frankfurt am Main: Mabuse, 13-30.
- Bonse-Rohmann, M.; Burchert, H.; Evers, T. & Hüntelmann, I. (2007): Kooperation von beruflicher und hochschulischer Bildung. Anrechnung beruflicher Kompetenzen auf Hochschulstudiengänge zur Sicherung der Zukunftsfähigkeit. In: BWP – Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis 36(5), 50-54.
- Borgetto, B. & Kälble, K. (2007): Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem. Weinheim: Juventa.
- Bott, P.; Brüggemann W. & Hall, A. (2000): Wohin geht die Reise? – Qualifikationsanforderungen im Wandel. In: BWP 29(6), 45-47.
- Bourbonniere, M. & Evans, L. K. (2002): Advanced Practice Nursing in the Care of frail older adults. In: Journal of the American Geriatric Society 50(12), 2062-2076.
- bpa (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.) (2012): Zehntausende Pflegefachkräfte fehlen und die Arbeitsagentur streitet mit den Ländern. bpa zum Streit über die Zustimmung zum ausgehandelten Ausbildungs- und Qualifizierungspakt für die Altenpflege. [http://www.bpa.de/Aktuelles.112.0.html?&no_cache=1&tx_ttnews\[tt_news\]=502&cHash=f07251b690e83a999f64fdbca75cf00f](http://www.bpa.de/Aktuelles.112.0.html?&no_cache=1&tx_ttnews[tt_news]=502&cHash=f07251b690e83a999f64fdbca75cf00f) (Stand: 02.11.2012).
- Bradley, S. F. (2003): Pride or prejudice – issues in the history of children's nurse education. In: Nurse Education Today 23, 362-367.
- Bradshaw, P. L. (2000): Fitness for practice. In: Journal of Nursing Management 8(1), 1-2.
- Bradshaw, A. & Merriman, C. (2008): Nursing competence 10 years on: fit for practice and purpose yet? In: Journal of Clinical Nursing 17, 1263-1269.
- Brandsma, J. (2006): Gestaltung dynamischer Berufsbildungs-Curricula: der Fall Niederlande. In: Grollmann, P.; Spöttl, G. & Rauner, F. (Hrsg.): Europäisierung Beruflicher Bildung – eine Gestaltungsaufgabe. Hamburg: LIT, 95-113.
- Brandt, M. (2009): Hilfe zwischen Generationen. Wiesbaden: VS.
- Brater, M. (2010): Berufliche Bildung. In: Böhle, F.; Voß, G. G. & Wachtler, G. (Hrsg.): Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 805-837.
- Brendel, S. & Dielmann, G. (2000): Zur Reform der Ausbildung in den Pflegeberufen: Standortbestimmung im Bildungssystem und Perspektiven. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik 96(1), 79-101.
- Buchan, J. & Dal Poz, M. R. (2002): Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. In: Bulletin of the World Health Organization 80(7), 575-680.
- Buchan, J. & Calman, L. (2005): Skill-mix and policy change in the health workforce: Nurses in advanced roles. In: OECD Health Working Papers 17.
- Buckley, S.; Coleman, J.; Davison, I.; Khan, K. S.; Zamora, J.; Malick, S.; Morley, D.; Pollard, D.; Ashcroft, T.; Popovic, C. & Sayers, J. (2009): The educational effects of portfolios on undergraduate student learning: A Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review. BEME Guide No. 11. In: Medical Teacher 31(4), 282-298.
- Bund-Länder-Arbeitsgruppe (Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe) (2012): Eckpunkte zur Vorbereitung eines neuen Pflegeberufgesetzes. (vom 01.03.2012). http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/20120301_Endfassung_Eckpunktetpapier_Weiterentwicklung_der_Pflegeberufe.pdf (Stand: 16.07.2012).
- BWGQF (Bologna Working Group on Qualifications Frameworks) (2005): Framework for Qualifications of the European Higher Education Area. http://www.bologna-bergen2005.no/Docs/00-Main_doc/050218_QF_EHEA.pdf (Stand: 19.07.2012).

- cadresante (2012): La profession de technicien en analyses biomédicales. <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article229&lang=fr> (Stand: 12.11.2012).
- Callaghan, L. (2007): Advanced nursing practice: an idea whose time has come. In: *Journal of Clinical Nursing* 17(2), 205-213.
- Cappell, E. (1996): Von der Hilfspflege zur Profession: Entstehung und Entwicklung des Altenpflegeberufs. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe – Eigendruck.
- Careum Zürich (Careum Bildungszentrum Zürich) (2009): Praktikumsqualifikationen. -http://www.careum-bildungszentrum.ch/de-ch/hoehere_fachschulen/hoehere_fachschule_medizinisch-technische_radiologie/informationen_praktikumsbetriebe/neurechtliche_kurse_ab_h08.html (Stand: 21.06.2011).
- Careum (2012): Report Careum Dialog 2012 – Gesundheitspolitik trifft Bildungspolitik. Neuausrichtung der Ausbildung für Gesundheitsfachberufe. Zürich: Careum – Eigenverlag. <http://www.careum.ch/documents/10192/13742/Report%20Careum%20Dialog%202012> (Stand: 07.02.2013).
- Carnwell, R. & Daly, M. W. (2003): Advanced nursing practioners in primary care settings: an exploration of the development roles. In: *Journal of Clinical Nursing* 12 (5), 630-642.
- Cedefop (2008): Berufsbildung in Frankreich – Kurzbeschreibung. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften. http://www.cedefop.europa.eu/EN/Files/5190_de.pdf (Stand: 13.02.2013).
- CHRE (Council for Healthcare Regulatory Excellence) (2010): About us. Our aims. <http://www.chre.org.uk/about> (Stand: 31.07.2012).
- CHUN (Centre hospitaliere Universitaire de Nantes) (2012): Manipulateur en électroradiologie médicale – la formation. http://www.chu-nantes.fr/manipulateur-en-electroradiologie-medicale-la-formation-12032.kjsp?RH=PLANSITE&RF=PRES_MANIPULTEUR (Stand: 25.07.2012).
- CIBG (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (2012): BIG-register. Herregistreren als fysiotherapeut. <http://www.bigregister.nl/herregistratie/fysiotherapeut/default.aspx> (Stand: 19.09.2012).
- Clinton, Michael; Murrells, Trevor & Robinson, Sarah (2005): Assessing competency in nursing: a comparison of nurses prepared through degree and diploma programmes. In: *Journal of Clinical Nursing* 14, 82-94.
- Code de la santé publique > Partie réglementaire > Quatrième partie : Professions de santé > Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers > Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière. Article R4311-1 – R4311-15. [http://www.legifrance.gouv.fr/>Code de la santé publique](http://www.legifrance.gouv.fr/>Code%20de%20la%20sant%C3%A9%20publique) (Stand: 12.10.2012).
- Cooper, H. & Spencer-Dawe, E. (2006): Involving service users in interprofessional education narrowing the gap between theory and practice. In: *Journal of Interprofessional Care* 20(6), 603-617.
- Copp, G.; Caldwell, K.; Atwal, A. & Brett-Richards, M. (2007): Preparation for cancer care: Perceptions of newly qualified health care professionals. In: *European Journal of Oncology Nursing* 11(2), 159-167.
- Cowan, D. T.; Wilson-Barnett, D. J.; Norman, I & Murrells, T. (2008): Measuring nursing competence: Development of a self-assessment tool for general nurses across Europe. In: *International Journal of Nursing Studies* 45, 902-913.
- CRIPP (Centre Régional pour l'Information sur les Professions Paramédicales) (2012a): Masseur kinésthérapeute. Evolution et salaire. http://www.cripp-idf.fr/fr/evolution_et_salaire_1_2 (Stand: 10.09.2012).
- CRIPP (Centre Régional pour l'Information sur les Professions Paramédicales) (2012b): Masseur kinésthérapeute. Formation. http://www.cripp-idf.fr/fr/formation_1_2_3_4_5_6_7 (Stand: 20.09.2012).
- Crommentuyn, R. (2002): De physician assistant is geen loopjongen. In: *Medisch Contact* 57(18), 698-300.
- CSP (The Chartered Society of Physiotherapy) (2002): Curriculum Framework for qualifying programmes in physiotherapy. London. <http://www.csp.org.uk/uploads/documents/CFforQPP.pdf> (Stand: 20.01.2012).
- Cuddy, N. & Leney T. (2005): Berufsbildung im Vereinigten Königreich – Kurzbeschreibung. (Cedefop Panorama series; 112), Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften. http://www.refernet.de/images_content/England_de.pdf (Stand: 13.02.2013).
- Currie, E. J. & Carr-Hill, R. A. (2012): What is a nurse? Is there an international consensus? In: *International Nursing Review*, 1-8 (online first, Stand: 12.02.2013).
- Dachs, C. (2009): Wege zur Ausbildungsqualität in Gesundheitsfachberufen aus Sicht des Deutschen Hebammenverbandes e. V. In: Bals, T. (Hrsg.): Wege zur Ausbildungs – Qualität – Stand und Perspektiven in den Gesundheitsfachberufen. Paderborn: Eusl, 141-149.
- Darmann, I. (2006): Bildungsanspruch und Strukturentwicklung. Eine Positionierung der Pflegepädagogik. In: *Padua* 1(4), 60-65.
- Darmann, I. & Keuchel, R. (2006): Gesundheit/Pflege. In: Rauner, F. (Hrsg.): *Handbuch Berufsbildungsforschung*. (2., aktual. Aufl.), Bielefeld: Bertelsmann, S. 175-180.
- Darmann-Finck, I. & Foth, H. (2011): Bildungs-, Qualifikations- und Sozialisationsforschung in der Pflege. In: Schaeffer, D. & Wingenfeld, K. (Hrsg.): *Handbuch Pflegeforschung*. Weinheim: Juventa, 165-182.
- Darmann-Finck, I. & Glissmann, G. (2011): Kompetenzdiagnostik im Berufsfeld Pflege. In: *Pflege* 24(3), 195-204.
- Daydé, M.-C.; Lacroix, M.-L.; Pascal, C. & Salabaras-Clergues, É. (Comité de redaction) (2010): *Relation d'aide en soins infirmiers*. Paris: Masson.
- Davies, R. (2008a): Children's nursing and future directions: Learning from 'memorable events'. In: *Nurse Education Today* 28(7), 814-821.
- Davies, R. (2008b): The Bologna process: The quiet revolution in nursing higher education. In: *Nurse Education Today* 28(8), 935-942.
- Davis, J. & Rawlings, C. (2009): Radiotherapy research activity and radiographer involvement in the UK. In: *Journal of Radiotherapy in Practice* 8, 105-110.
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) (2010): Definition der Pflege – International Council of Nurses ICN. (englischsprachiges Original unter www.icn.ch/definition.html). Berlin: DBfK. <http://www.dbfk.de/download/index.php> (Stand: 29.09.2012).
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) (Hrsg.) (2011): *Advanced Nursing Practice: Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung*. Berlin: DBfK. http://www.dbfk.de/download/ANP-Broschue-re_web.pdf (Stand: 03.02.2013).

- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) (2012): Pflegebildung verstehen – eine kurze Einführung. Berlin: DBfK. http://www.dbfk.de/download/download/bildung_verstehen_web2012-06-08.pdf (Stand: 03.02.2013).
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) (2013a): Pressemitteilung vom 25.01.2013: Pyrrhussieg für Bundesregierung in Brüssel. <http://www.dbfk.de/pressemitteilungen> > Pyrrhussieg für Bundesregierung in Brüssel – 10 Jahre Allgemeinbildung sind zu wenig. (Stand: 03.02.2013).
- DBfK, ÖGKV & SBK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband und Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner) (2013b): Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz – Eine Positionierung von DBfK, ÖGKV und SBK. <http://www.dbfk.de/download/download/ANP-DBfK-OeGKV-SBK-2013-final.pdf> (Stand: 03.02.2013).
- DBR (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe) (Hrsg.) (2002): Berufskompetenzen professionell Pflegenden. Bericht über eine Delphi-Studie zur Ermittlung von Anhaltspunkten für eine Pflegeausbildung. (erarbeitet von Kellnhauser, Edith; Jung-Heintz, Heike; Krilla, Veerle & Reiß, Gudrun). Mainz.
- Debout, C.; Chevallier-Darchen, F.; Petit dit Dariel, O. & Rothan-Tondeur, M. (2012): Undergraduate nursing education reform in France: from vocational to academic programmes. In: *International Nursing Review* 95, online first, DOI: 10.1111/j.1466-7657.2012.01016.x (Stand: 01.10.2012).
- Defloor, T.; Van Hecke, A.; Verhaeghe, S.; Gobert M.; Darras, E. & Grypdonck, M. (2006): The clinical nursing competences and their complexity in Belgian general hospitals. In: *Journal of Advanced Nursing* 56(6), 669-678.
- de Graauw-Rusch, H. & Lauterbach, U. (1999): Niederlande. In: Lauterbach, U. (Hrsg.): *Internationales Handbuch der Berufsbildung*. Baden-Baden: Nomos.
- De Haagse Hogeschool (2012) Bachelor studies – Huidtherapie. <http://www.dehaagsehogeschool.nl/bachelorstudies/aanbodopleidingen/huidtherapie-voltijd/even-voorstellen> (Stand: 13.11.2012).
- De Huidtherapeuten (2012): Huidtherapie. Oosterbeek: De Huidtherapeuten. <http://www.dehuidtherapeuten.nl> > Huidtherapie (Stand: 13.11.2012).
- Deißinger, T. (2004): Ausbildung im Medium der Lehre im angelsächsischen Kulturraum – Prämissen, neuere Entwicklungen und Problemlagen am Beispiel der englischen Berufsausbildung. In: Reinisch, H.; Eckert, M. & Tramm, T. (Hrsg.): *Studien zur Dynamik des Berufsbildungssystems. Forschungsbeiträge zur Struktur-, Organisations- und Curriculumentwicklung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 79-90.
- de Jong, A. (2008): Advanced Nursing Practice als zukunftsweisendes Konzept. In: Siffert, P. (Hrsg.): *Handlungsfeld Pflege – was heute für morgen nachzudenken ist*. Wien: Facultas, 44-54.
- de Jong, A. & Landenberger, M. (2005): Ausbildung der Pflege- und Gesundheitsberufe in den Niederlanden. In: Landenberger, M., Stöcker, G. et al. (Hrsg.): *Ausbildung der Pflegeberufe in Europa*. Hannover: Schlütersche, 111-137.
- Dellai, M.; Mortari, L. & Meretoja, R. (2009): Self-assessment of nursing competencies – validation of the Finnish NCS instrument with Italian nurses. In: *Scandinavian Journal of Caring Science* 23, 783-791.
- Department of Education (2012): Schools. Leadership and governance. Types of schools. Technical Academies, University Technical Colleges and Studio Schools. <http://www.education.gov.uk/schools/leadership/typesofschools/a0076307/technical-academies-university-technical-colleges-and-studio-schools> (Stand: 12.06.2012).
- Derckx, E. (2006): Eerste nurse practioners met differentiatie huisartsenzorg. In: *Tijdschrift voor verpleeekundigen* 13(3), S. 26-30.
- destatis (Statistisches Bundesamt) (2012a): Fachserie 11, Reihe 2. Bildung und Kultur: Berufliche Schulen. Schuljahr 2011/2012. Wiesbaden: destatis.
- destatis (Statistisches Bundesamt) (2012b): Grunddaten der Krankenhäuser 2010. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- DH (Department of Health (2003): Radiography Skills Mix. A report on the four-tier service delivery model. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4061260.pdf (Stand: 13.11.2012).
- DiätAssG (1994): Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (Artikel 1 des Gesetzes über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten und zur Änderung verschiedener Gesetze über den Zugang zu anderen Heilberufen) (Diätassistentengesetz – DiätAssG). (zuletzt geändert 2011). http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/di_tassg_1994/gesamt.pdf (Stand: 01.08.2012).
- Diemann, G. (1998): Zur aktuellen Situation der Krankenpflegeausbildung in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union. In: Kollaak, I. & Pillen, A. (Hrsg.): *Pflegeausbildung im Gespräch. Ein internationaler Vergleich*. Frankfurt a. M.: Mabuse, 279-295.
- Diemann, G. (2004): Statement für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft. In: Fachhochschule Fulda (Hrsg.): *Akademisierung der Gesundheitsberufe. Primärqualifizierung versus Weiterbildung? Positionierung der Berufsverbände*. Fulda: Fachhochschule, 41-46. http://www.fh-fulda.de/fileadmin/Fachbereich_PG/Forschung_Praxis/papers_aus_dem_FB_PG/paper01-2006.pdf (Stand: 18.07.2011).
- Diemann, G. (2005): Wer bildet wen wo aus? Aktuelle Ausbildungstrends in den Gesundheitsberufen. In: Mabuse 30, Heft 157, 23-26.
- Diemann, G. (2009): Keine brauchbaren Erkenntnisse. Modellversuche zur Reform der Ausbildung in den Pflegeberufen. Mabuse 34, Heft 179, 46-47.
- Dierick-van Daele, A. T.M.; Metsemakers, J. F. M.; Derckx, E. W. C. et al. (2009): Nurse practioners substituting for general practioners: randomized controlled trial. In: *Journal of Advanced Nursing* 65 (2), 391-401.
- Dietzen, A. (1999): Stellenanzeigenanalyse – eine effektive Methode zur Früherkennung des Qualifikationsbedarfs. In: Alex, L. (Hrsg.): *Wandel beruflicher Anforderungen: Der Beitrag des BIBB zum Aufbau eines Früherkennungssystems Qualifikationsentwicklung*. Bielefeld: Bertelsmann, 13-32.
- Dillman, D. A.; Smyth, J. D. & Leah Melani C. (2009): *Internet, mail, and mixed-mode surveys: the tailored design method*. Hoboken N. J.: Wiley.
- Directgov (2012a): Education and learning. Qualifications Explained. GCSE. http://www.direct.gov.uk/en/EducationAndLearning/QualificationsExplained/DG_10039024 (Stand: 11.06.2012).

- Directgov (2012b): Education and learning. Qualifications Explained. Qualifications: what the different levels mean. http://www.direct.gov.uk/en/EducationAndLearning/QualificationsExplained/DG_10039017 (Stand: 11.08.2012).
- Directgov (2012c): Education and learning. Qualifications Explained. Postgraduate qualifications. http://www.direct.gov.uk/en/EducationAndLearning/QualificationsExplained/DG_10039030 (Stand: 11.06.2012).
- Directgov (2012d): Education and learning. Vocational qualifications. http://www.direct.gov.uk/en/EducationAndLearning/QualificationsExplained/DG_181951 (Stand: 11.06.2012).
- Ditton, H. (2000): Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung in Schule und Unterricht. Ein Überblick zum Stand der empirischen Forschung. In: Helmke, A.; Hornstein, W. & Terhart, E. (Hrsg.): Qualität und Qualitätssicherung im Bildungswesen. Schule – Sozialpädagogik – Hochschule. Zeitschrift für Pädagogik. Beiheft 41, 73-93.
- Döbert, H. (2002): Trends in Bildung und Schulentwicklung: Deutschland und Europa. In: TiBi – Trends in Bildung international Nr. 3, 1-7.
- Döbert, H. (2010): Deutschland. In: Döbert, H.; Hörner, W.; Kopp, B. & Reuter, L. (Hrsg.): Die Bildungssysteme Europas (3., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren, 175-202.
- Döhler, M. (1997): Die Regulierung von Professionsgrenzen – Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich. (Schriften aus dem MPI für Gesellschaftsforschung). Frankfurt a. M.: Campus.
- Döring, D.; Dudenhöffer, B. & Herdt, J. (2005). Europäische Gesundheitssysteme unter Globalisierungsdruck. Vergleichende Betrachtung der Finanzierungsstrukturen und Reformoptionen in den EU 15-Staaten und der Schweiz. Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Europa-Internationales/Dokumente/impuls_2005_18_krankenversicherung%5B1%5D.pdf (Stand: 14.02.2013).
- Dorninger, C.; Lauterbach, U. & Neubert, R. (1999): Österreich. In: Lauterbach, U. (Hrsg.): Internationales Handbuch der Berufsbildung. Baden-Baden: Nomos.
- Dostal, W. (2005a): Berufsbildungsforschung. Beruf als Forschungsgebiet des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) von 1967 bis 2003. (Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Bd. 296). Nürnberg: IAB.
- Dostal, W. (2005b): Facetten des Berufsbegriffs. Vielfalt von Berufsbezeichnungen erschwert die Orientierung. In: BWP Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis 34(4), 15-18.
- DPR (Deutscher Pflegeerrat e.V.) (2006): DPR-Stellungnahme für die Anhörung beim Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen am 24.08.2006 „Neue Aufgabenverteilung und Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsberufen“, Neubearbeitung am 20.09.2006. Berlin: DPR, <http://www.svr-gesundheit.de/Informationen/An%F6rung%20Berufsverb%E4nde/DeutscherPflegeerrat.pdf> (Stand: 18.07.2011).
- DPR (Deutscher Pflegeerrat e.V.) (2012): Im Fokus. Pflegekammern in Deutschland. Berlin: DPR. <http://www.regbp.de/news.html> (Stand: 29.09.2012).
- DQR (2012): Expertenvotum zur zweiten Erarbeitungsphase des Deutschen Qualifikationsrahmens. <http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de/de?t=/documentManager/sfdoc.file.supply&fileID=1286440755527> (Stand: 19.07.2012).
- DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) (2010): Les professions de santé au 1er janvier 2010. Série Statistique, Document de Travail, n° 144 – mai 2010. (Hrsg.: Ministère du Travail, de la solidarité et de la fonction publique. Ministère de la Santé et des Sports & Ministère du Budget, des Comptes Publics et de la Réforme de L'État). <http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/ADELI%202010.pdf> (Stand: 08.10.2012).
- DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) (2012): Document de Travail: Les professions de santé au 1er janvier 2012. Paris. <http://www.drees.sante.gouv.fr/article10930html> (Stand: 30.09.2012).
- Dresden International University (2012): Masterstudiengang Physiotherapie M.Sc. (berufsbegleitend). <http://www.dresden-international-university.com/index.php?id=51> (Stand: 20.09.2012).
- Dudenredaktion (Hrsg.) (2007): Das Fremdwörterbuch. (9., aktual. Aufl.), Mannheim: Dudenverlag.
- Ebbinghaus, B. (2005): When Less is More: Selection Problems in Large-N and Small-N Cross-National Comparisons. In: International Sociology 20, 133-152.
- Eder, F. & Thonhauser, J. (2010): Deutschland. In: Döbert, H., Hörner, W., Kopp, B. & Reuter, L. (Hrsg.): Die Bildungssysteme Europas (3., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren, 543-564.
- EK (Europäische Kommission) (2007): Fakten und Zahlen über Europa und die Europäer. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Elkan, R. & Robinson, J. (1995): Project 2000: a review of published research. In: Journal of Advanced Nursing 22, 386-392.
- ErgThG (1976): Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten – Ergotherapeutengesetz vom 25. Mai 1976 (BGBl. I S. 1246), das zuletzt durch Artikel 50 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist. <http://www.gesetze-im-internet.de/bearbthg/BjNR012460976.html> (Stand: 10.01.2012).
- EuroEducation.Net (2005): The European Education Directory. United Kingdom. <http://www.euroeducation.net/prof/ukco.htm> (Stand: 17.08.2012).
- EU-Parlament & Rat der EU (Europäisches Parlament und Rat der Europäischen Union) (2005): Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. In: Amtsblatt der Europäischen Union vom 30. September 2005 (DE). <http://eurolex.europa.eu/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:DE:PDF> (Stand: 14.04.2011).
- Europäische Kommission (2011): Vorschlag für Richtlinie des Europäischen Parlamentes und des Rates zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung über die Verwaltungszusammenarbeit mithilfe des Binnenmarktinformationssystems. Brüssel, den 19.11.2011, KOM(2011) 883 endgültig, 2011/0435 (COD).
- Europäische Kommission – Vertretung in Deutschland (2012): Krankenschwester nur noch mit Abitur? – Die Fakten. (Pressemitteilung vom 19.01.2012). http://ec.europa.eu/international_market/qualifications/policy_developments/index_de/htm (Stand: 29.09.2012).
- Europäisches Parlament (Hrsg.) (1998): Das Gesundheitswesen in der EU – Eine vergleichende Untersuchung. (Arbeitsdokument – Reihe Volksgesundheit und Verbraucherschutz 11-1998, deutsche Übersetzung). Luxemburg. <http://www.>

- europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101_de.pdf (Stand: 13.01.2013).
- European Commission (2012a): European Qualifications Framework. Compare Qualifications Frameworks. http://ec.europa.eu/eqf/compare/uk-eni_en.htm#comparison (Stand: 11.06.2012).
- European Commission (Ed.) (2012b): EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends – A Feasibility Study. Revised Final Report. http://ec.europa.eu/health/workforce/key_documents/study_2012/index.html (Stand: 29.09.2012).
- Evers, T. (2009): Kompetenzprofile der beruflichen Praxis – Methoden zur empirischen Analyse. In: Walkenhorst, U.; Nauwerth, A.; Bergmann-Tyacke, I. & Marzinzik, K. (Hrsg.): Kompetenzentwicklung im Gesundheits- und Sozialbereich. Bielefeld: Universitätsverlag Weblar, 169–179.
- Evers, T. (2011): Zur Konstruktion von Curricula in Gesundheitsberufen. In: Bonse-Rohmann, M. & Burchert, H. (Hrsg.): Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen. Bielefeld: Bertelsmann, 49–62.
- Ewers, M. (2012): Interprofessionalität als Schlüssel zum Erfolg. In: Public Health Forum 20(4), 10.e1–10.e4.
- 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. Konzept der Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates. Deutsche Medizinische Wochenschrift 137 (Suppl. 2), 29–76.
- FFMKR (Fédération Française des Masseurs Kinésérapeutes Rééducateurs) (2011): Un peu d'histoire. <http://www.ffmkr.com/histoire?PHPSESSID=b0336b32a3108de45a1fe81068bf4a00> (Stand: 04.04.2011).
- FFMKR (Fédération Française des Masseurs Kinésérapeutes) (2013): Conditions d'entrée pour l'enseignement au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. <http://www.ffmkr.org/Conditions-admission> (Stand: 06.02.2013).
- FHCW (FH Campus Wien) (2012a): Master of Science in Radiological Technology (MSc). http://www.fh-campuswien.ac.at/studium/gesundheit/masterlehrgaenge_zur_weiterbildung/radiologietechnologie/ueberblick(Stand: 25.07.2012).
- FHCW (FH Campus Wien) (2012b): Radiologietechnologie. Masterlehrgang. http://www.fh-campuswien.ac.at/studium/gesundheit/masterlehrgaenge_zur_weiterbildung/radiologietechnologie/ueberblick Download > Toolbox > Folder zum Studium.pdf (440KB) (Stand: 05.10.2012).
- FH-MTD-AV (Medizinisch-technischer Dienst-Ausbildungsverordnung) (2006): Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Fachhochschul-Bakkalaureatsstudiengänge für die Ausbildung in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten (FH-MTD-Ausbildungsverordnung – FH-MTD-AV). http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2006_II_2/BGBLA_2006_II_2.pdf (Stand: 08.10.2012).
- FH-GuK-AV (2008): FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung. 200. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend über Fachhochschul-Studiengänge für die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege. BGBl. II Nr. 200/2008, 17.06.2008. (sowie: Anlage 1, 2, 3, 4, 5).
- FHStG (Fachhochschulstudiengesetz) (1993): Bundesgesetz über Fachhochschul-Studiengänge (FHStG) StF: BGBl. Nr. 340/1993 in der aktuellen Fassung von 2011. <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10009895/FHStG%2c%20Fassung%20vom%2030.07.2012.pdf> (Stand: 08.10.2012).
- Firnkor, H.-J.; Gaidys, U.; Hahn, E.; Heimpel, H.; Klüter, H.; Müller, B. & Satrapa-Schill, A. (2011): Executive Summary. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2011): Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Schattauer, 1–9.
- Flick, U. (2004): Triangulation. Eine Einführung. Wiesbaden: VS.
- Fontys (Fontys hogescholen) (2010): Diploma supplement MBRT. Unveröffentlichtes Curriculum Ausbildungsgang MBRT Fontys hogescholen.
- Fontys (Fontys hogescholen) (2012): Medisch Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken Eindhoven (MBRT). <http://www.fontys.nl/medisch.beeldvormende.en.radiotherapeutische.technieken.eindhoven.mbirt.2560.aspx> > Print alle opleidingsinfo (Stand: 17.09.2012).
- Forté, A. & Fowler, P. (2009): Participation in interprofessional education: An evaluation of student and staff experiences. In: Journal of Interprofessional Care 23(1), 58–66.
- Französische Botschaft (2012): Frankreich-Infos. Frankreich von A-Z. Krankenversicherung in Frankreich. <http://ambaf-rance-de.org/Krankenversicherung,352> (Stand: 02.10.2012).
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy P, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H (2010) Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet 376, 1923–1958.
- Frommberger, D. (2004): Zur Internationalisierung der Berufsbildung in Deutschland und im europäischen Ausland. In: Reinisch, H.; Eckert, M. & Tramm, T. (Hrsg.): Studien zur Dynamik des Berufsbildungssystems. Forschungsbeiträge zur Struktur-, Organisations- und Curriculumentwicklung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 13–27.
- GCU (Glasgow Caledonian University) (2012): Diagnostic Imaging Science. www.gcu.ac.uk/study/undergraduate/courses/diagnostic-imaging-science-8496.php?loc=uk (Stand: 17.09.2012).
- Gerlinger, T. (2011): Versorgung in ländlichen Regionen. In: Public Health Forum 19 (Heft 70), 13.e1–13.e3.
- GFR (Gesundheitsforschungsrat) (2011): Empfehlung: Forschung in den Gesundheitsfachberufen – Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. (29. Sitzung des Gesundheitsforschungsrates am 8. Dezember 2011). Berlin/Bonn: BMBF. <http://gesundheitsforschungsrat-bmbf.de/4555php> > Empfehlung (Stand: 12.11.2012).
- GG (Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland): Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100–1, in der veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Juli 2012 (BGBl. I S. 1478) geändert worden ist. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/gg/gesamt/pdf> (Stand: 30.07.2012).
- GGZ Nederland (Hrsg.) (2005): Beroepscompetenties van de HBO GGZ-verpleegkundige. Een Competetieprofiel voor hbo verpleegkundigen in de ggz, geformuleerd vanuit onderwys in praktijk. Deventer: GGZ Nederland. <http://www.hbo-raad.nl/images/stories/competenties/ggzverpleegkunde.pdf> (Stand: 28.04.2011).

- Gieseke, W. (2007): Das Forschungsarrangement Perspektivenverschränkung. In: Qualitative Forschungsverfahren in Perspektivverschränkung. Dokumentation des Kolloquiums zum 60. Geburtstag von Prof. Dr. Wiltrud Gieseke am 29. Juni 2007. (Erwachsenenpädagogischer Report Bd. 11). Berlin: Humboldt-Universität, 10-22.
- Girot, Elizabeth A. (2000): Assessment of graduates and diplomats in practice in the UK – are we measuring the same level of competence? In: *Journal of Clinical Nursing* 9, S. 330-337.
- GKV-Spitzenverband & Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer (2006a): Gemeinsame Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene. http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_rahmenempfehlungen/Empf_125_204.pdf (Stand: 20.10.2012).
- GKV-Spitzenverband & Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer (2006b): Anlage 4 vom 25. September 2006 zu den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V Fortbildung im Bereich Heilmittel (Physiotherapie, Ergotherapie und Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie). http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_rahmenempfehlungen/125_Anlage_4_222.pdf (Stand: 20.10.2012).
- GKV-Spitzenverband (2012a): Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 SGB V für Leistungserbringer von Heilmitteln, die als Dienstleistung an Versicherte abgegeben werden (Zulassungsempfehlungen) in der Fassung vom 01.03.2012. http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_zulassungsempfehlungen/Heilmittel_Zulassungsempfehlungen_01-03-2012_19121.pdf (Stand: 20.10.2012).
- GKV Spitzenverband (2012b): Krankenversicherung. Grundprinzipien. Die gesetzliche Krankenversicherung. http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenversicherung_grundprinzipien/grundprinzipien.jsp (Stand: 02.10.2012).
- Glaser, J. (1997): Aufgabenanalysen in der Krankenpflege. Eine arbeitspsychologische Analyse und Bewertung pflegerischer Aufgaben. Münster et al.: Waxman.
- Glen, Sally (2009): Nursing education – is it time to go back to the future? In: *British Journal of Nursing* 18(8), 498-502.
- Goodman, B.; Jones, R.; Sachón Macias, M. (2008): An exploratory survey of Spanish and English nursing students' views on studying or working abroad. In: *Nurse Education Today* 28(3), 378-384.
- Gotlib, J.; Białoszewski, D.; Sierdziński, J.; Jarosz, M. J.; Majcher, P.; Barczyk, K.; Bauer, A.; Cabak, A.; Grzegorzczak, J.; Płaszewski, M.; Kulak, W.; Nowotny-Czupryna, O. & Prokopowicz, K. (2010): A comparison of the perceptions and aspirations of third-year physiotherapy students trained in three educational settings in Poland. In: *Physiotherapy* 96(1), 30-37.
- Gotlib, J.; Białoszewski, D.; Opavsky, J.; Garrod, R.; Fuertes, N. E.; Gallardo, L. P.; Lourido, B. P.; Monterde, S.; Serrano, C. S.; Sacco, M. & Kunicka, I. (2012): Attitudes of European physiotherapy students towards their chosen career in the context of different educational systems and legal regulations pertaining to the practice of physiotherapy: implications for university curricula. In: *Physiotherapy* 98(1), 76-85.
- GPC (General Pharmaceutical Council) (2012): Pharmacy technicians. <http://www.pharmacyregulation.org/education/pharmacy-technician> (Stand: 10.09.2012).
- Greiner, W. D. (2008a): Einführung in den Themenschwerpunkt „Internationaler Vergleich“ auf der Frühjahrstagung der Sektion Berufs- und Wirtschaftspädagogik der DGfE in Zürich. In: Münk, D.; Gonon, P. et al. (Hrsg.): *Modernisierung der Berufsbildung. Neue Forschungserträge und Perspektiven der Berufs- und Wirtschaftspädagogik*. Opladen & Farmington Hills, 11-15.
- Greiner, W. D. (2008b): Beschäftigungsfähigkeit und Beruflichkeit – zwei konkurrierende Modelle der Erwerbsqualifizierung? In: *BWP – Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis* 37(4), 9-12.
- Gries, J.; Lindenau, M.; Maaz, K. & Waleschowski, U. (2005): *Bildungssysteme in Europa - Kurzdarstellungen. Arbeitsmaterialien des Instituts für Sozialforschung, Informatik und Soziale Arbeit*. Berlin: ISIS. http://www.bertelsmannstiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_11327_11328_2.pdf (Stand: 13.02.2013).
- Grobler, L./Marais, B. J./Mabunda, S. A./Marindi, P. N./Reuter, H./Vomink, J. (2009): Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas (Review). *The Cochrane Library* 2009, Issue 2.
- Groupe de travail français du projet (2010): *Référencement du cadre national de certification français vers le cadre européen de certification pour la formation tout au long de la vie. Rapport*. http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc/eqf/francereport_fr.pdf (Stand: 01.08.2012).
- GuK-AV (1999): *Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung*. 179. Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über die Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. BGBl. II 179/1999, ausgegeben am 18.06.1999, zuletzt geändert am 13.09.2010. <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10011179/GuK-AV%2c%20Fassung%20vom%2012.10.2012.pdf> (Stand: 12.10.2012).
- GuKG (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz) (1997): *Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe*. StF: BGBl. I Nr. 108/1997 (NR: GP XX RV 709 AB 777 S. 82. BR: 5494 AB 5515 S. 629.) (CELEX-Nr.: 377L0452, 377L0453, 389L0048, 392L0051). <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> (Stand: 16.07.2012).
- Gutenbrunner, C. (2008): *Physiotherapie*. In: Bode, H.; Schröder, H. & Waltersbacher, A. (Hrsg.): *Heilmittelreport 2008. Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie: Eine Bestandsaufnahme*. Stuttgart: Schattauer, 149-205.
- Häder, M. (2009): *Delphi-Befragungen. Ein Arbeitsbuch*. Wiesbaden: VS.
- Hajen, L. (2012): *Englischer National Health Service vor größter Reform seit 60 Jahren*. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 3, 7-18.
- Hamric, A. B.; Spross, J. A. & Hanson, C. M. (2004): *Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach*. Philadelphia: Saunders.
- Hanf, G. (2008): *Nationale Qualifikationsrahmen in England, Schottland und Irland – Impulse für die deutsche Diskussion*. In: *BWP – Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis* 37(5), 20-24.

- Harris, N. & Gorard, S. (2010): Vereinigtes Königreich von Großbritannien. In: Döbert, H., Hörner, W., Kopp, B. & Reuter, L. (Hrsg.): Die Bildungssysteme Europas (3., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren, 823-852.
- Hartwig, M. (2010): Krankenpflege in Frankreich. Ausbildung, Tätigkeiten, Berufspolitik und Bild in der Gesellschaft. In: Pflegezeitschrift 63(6), 328-331.
- HAWK (Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst - Fachhochschule Hildesheim/Holzminen/Göttingen) (2009): Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit. Bachelor-Studiengang Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie in Hildesheim. http://www.hawk-hhg.de/sozialearbeitundgesundheit/media/Flyer_BScELP_2009.pdf (Stand: 08.10.2012).
- HAWK (Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst - Fachhochschule Hildesheim/Holzminen/Göttingen) (2012): Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit. Master-Studiengang Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie in Hildesheim. <http://www.hawk-hhg.de/sozialearbeitundgesundheit/130419.php> (Stand: 20.09.2012).
- HBO (HBO raad vereniging van hogescholen) (2003a): Competentieprofiel van de Masteropleiding Advanced Nursing Practice. http://www.hbo-raad.nl/images/stories/competenties/competentieprofiel_anp.pdf (Stand: 14.12.2010).
- HBO (HBO raad vereniging van hogescholen) (2003b): Competentieprofiel van de Masteropleiding Physician Assistant. http://www.hbo-raad.nl/images/stories/compenties/competentieprofiel_pa.pdf (Stand: 15.12.2010).
- hbobachelors (2012): bachelor Medisch Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken - Hanzehogeschool Groningen. <http://hbobachelors.nl/hogescholen/Hanzehogeschool-Groningen/bachelor/Medisch-Beeldvormende-en-Radiotherapeutische-Technieken/voltijd/> (Stand: 10.09.2012).
- HCP (Health Consumer Powerhouse) (2012): Euro Health Consumer Index 2012 - Report. <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf> (Stand: 14.02.2013).
- HCPC (Health & Care Professions Council) (2010): Health Professions Order 2001. Consolidated text incorporating repeals and amendments made up to 1st April 2010. <http://www.hpc-uk.org/assets/documents/10002D20HPORDER-2010CONSOLIDATION.pdf> (Stand: 22.08.2012).
- HCPC (Health & Care Professions Council) (2011): About Registration. Medicines and Prescribing. <http://www.hpc-uk.org/aboutregistration/medicinesandprescribing/> (Stand: 28.10.2012).
- HCPC (Health & Care Professions Council) (2012c): Regulating health, psychological and social work professionals. Is your health and care professional registered? http://www.hpc-uk.org/assets/documents/10001E5CHPC_public_awareness_leaflet.pdf (Stand: 12.10.2012).
- HCPC (Health & Care Professions Council) (2012a): Standards of proficiency. Radiographers. http://www.hpc-uk.org/assets/documents/10000DBDStandards_of_Proficiency_Radiographers.pdf (Stand: 11.09.2012).
- HCPC (Health Professions Council) (2012b): Continuing professional development and your registration. http://www.hpc-uk.org/assets/documents/10001314CPD_and_your_registration.pdf (Stand: 03.09.2012).
- HCPC (Health & Care Professions Council) (2012c): Standards of Education and Training. http://www.hpc-uk.org/assets/documents/10000BCF46345Educ-Train-SOPA5_v2.pdf (Stand: 22.08.2012).
- HCPC (Health & Care Professions Council) (2012d): Standards of proficiency. Physiotherapists. http://www.hpc-uk.org/assets/documents/10000DBCStandards_of_Proficiency_Physiotherapists.pdf (Stand: 27.07.2012).
- HCPC (Health & Care Professions Council) (2012e): Standards of conduct, performance and ethics. <http://www.hpc-uk.org/assets/documents/10003B6EStandardsofconduct,performanceandethics.pdf> (Stand: 05.09.2012).
- HCPC (Health & Care Professions Council) (2012f): About Registration. Medicines and Prescribing. <http://www.hpc-uk.org/aboutregistration/medicinesandprescribing/> (Stand: 19.09.2012).
- HCPC (Health & Care Professions Council) (2012g): Information for registrants. How to renew your registration. <http://www.hpc-uk.org/assets/documents/10000B2F2575312pphpcHowtorenewyourregistration.pdf> (Stand: 12.10.2012).
- HCPC (Health & Care Professions Council) (2012h): Registrants. <http://www.hpc-uk.org/registrants> (Stand: 12.10.2012).
- HebG (1994): Bundesgesetz über den Hebammenberuf (Hebammengesetz - HebG) StF: BGBl. Nr. 310/1994, zuletzt geändert 2010 (BGBl. I Nr. 61/2010). <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10010804/HebG%2c%20Fassung%20vom%2014.04.2011.pdf> (Stand: 31.07.2012).
- Hilton, A. & Skrutkowski, M. (2002): Translating instruments into other languages: development and testing processes. In: Cancer Nursing 25, 1-7.
- Himmelsbacher, A. (2006): Physiotherapie in den Niederlanden. Reformfreudige Nachbarn. In: Physiopraxis 7-8(6), 54-57.
- Hingstman, L. & Kenens, R.J. (2011): Cijfers uit de registratie van Fysiotherapeuten. Peiling 1 januari 2010. Utrecht: NIVEL. <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Cijfers-uit-de-registratie-van-fysiotherapeuten-peiling-jan-2010.pdf> (Stand: 14.12.2012).
- Hippach-Schneider, U.; Krause, M. & Woll, C. (2007): Berufsbildung in Deutschland - Kurzbeschreibung. (Cedefop Panorama series; 136). Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaft. <http://www.bibb.de/dokumente/pdf/Berufsbildung-im-Netz.pdf> (Stand: 13.02.2013).
- Hochschule Fresenius (2012a): Physiotherapie (B.Sc.). <http://www.hs-fresenius.de/studium/medical-school/gesundheitsstudium/studiengaenge/physiotherapie-bsc/hamburg/bachelor-vollzeit/> (Stand: 19.09.2012).
- Hochschule Fresenius (2012b): Therapiewissenschaften (M.Sc.). <http://www.hs-fresenius.de/studium/medical-school/gesundheitsstudium/studiengaenge/therapiewissenschaften-msc/idstein/master-berufsbegleitend/> (Stand: 20.09.2012).
- Hofbauer, A. (2006): Neue Berufsbezeichnung - Wie es dazu kam? In: Diätologen, Sonderausgabe, 4-7.
- Höhm, U.; Panfil, E.-M. et al. (2008): Berufliche Chancen für Absolventen von Pflegestudiengängen in Hessen. In: Die Schwester Der Pfleger 47(1), 78-80.
- Holland, K.; Roxburgh, M.; Johnson, M.; Topping, K.; Watson, R.; Lauder, W. & Porter, M. (2010): Fitness for practice in nursing and midwifery education in Scotland, United Kingdom. In: Journal of Clinical Nursing 19(3-4), 461-469.

- Höppner, K. & Kuhlmeier, A. (2009): Gesundheitsberufe im Wandel. Relation von ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. In: *Gesundheit + Gesellschaft Wissenschaft* 9(2), 7-14.
- Hörner, W. (1996): Einführung: Bildungssysteme in Europa – Überlegungen zu einer vergleichenden Betrachtung. In: *Bildungssysteme in Europa. Entwicklung und Struktur des Bildungswesens in zehn Ländern*. (4., völlig überarb. u. erw. Aufl.), Weinheim und Basel: Beltz, S. 13-30.
- Hörner, W. & Many, G. (2010): Frankreich. In: Döbert, H., Hörner, W., Kopp, B. & Reuter, L. (Hrsg.): *Die Bildungssysteme Europas* (3., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren, 239-262.
- hsg (Hochschule für Gesundheit) (2012a): Studium. Physiotherapie. Stundenumfang. <http://www.hs-gesundheit.de/de/bereich/physiotherapie/studienumfang/> (Stand: 08.10.2012).
- Hülken-Giesler, M. (2010): Modernisierungsparadoxien der beruflichen Pflege im 21. Jahrhundert. In: Kreuzer, S. (Hrsg.): *Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert*. Osnabrück: V&R unipress, 155-174.
- Hundenborn, G. (2010): Nachwuchsmangel in den Pflegeberufen. Ursachen und Konsequenzen. In: *Die Schwester Der Pfleger* 49, 8-13.
- ibw (Institut für Bildungsforschung der Wirtschaft) (2011): Das österreichische Bildungssystem. www.bic.at/downloads/at/brftipps/0_1_bildungssystem_de.pdf (Stand: 20.9.2012)
- Kommuniqué von Maastricht (2004): Kommuniqué von Maastricht zu den künftigen Prioritäten der verstärkten Europäischen Zusammenarbeit in der Berufsbildung. http://www.eu-bildungspolitik.de/uploads/dokumente_berufsbildung/kommunique_maastricht_2004.pdf (Stand: 18.07.2012).
- ICN (International Council of Nurses) (2006): The ICN Code of Ethics for Nurses. <http://www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/> (Stand: 29.09.2012).
- ICN (International Council of Nurses) (2008a): The Scope of Practice, Standards and Competencies. Genf: ICN.
- ICN (International Council of Nurses) (2008b): Nursing Care Continuum Framework and Competencies. (ICN Regulation Series). Genf: ICN.
- ICN (International Council of Nurses) (2010): Definition of Nursing. <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/> (Stand: 29.09.2012).
- IFK (Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V.) (2012): Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b SGB V. <http://www.ifk.de/verband/wissenschaft/modellvorhaben> (Stand: 19.09.2012).
- IGPW (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften) (2012a): Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Studienberatung und Studiengangbeschreibung. Bachelor-Studiengang. Interdisziplinär studieren, forschen und lehren – arbeiten im therapeutischen Team von Anfang an. <http://www.medicin.uni-halle.de/index.php?id=554> (Stand: 08.10.2012).
- IGPW (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften) (2012b): Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Studienberatung und Studiengangbeschreibung. Master-Studiengang. Studienprogramm. <http://www.medicin.uni-halle.de/index.php?id=635> (Stand: 08.10.2012).
- IHH (Inholland Hogeschool) (2010): European Masters Programme in Medical Imaging. http://eacea.ec.europa.eu/llp/project_reports/documents/erasmus/erasmus_2007_final_reports/era_ecdsp_133841.pdf (Stand: 25.07.2012).
- Infirmiers.com (Infirmiers.com – La communauté infirmière) (2012): Le métier d'Aide soignante. Ivry sur Seine: Infirmiers.com. <http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/nos-collegues/le-metier-d-aide-soignante.html> (Stand: 13.10.2012).
- Ingwersen, R. (2009): Pflegebildung in Deutschland und die Verzahnung der Aus-, Fort- und Weiterbildung mit dem tertiären Bereich. Hungen: hsp media.
- ISSRT (International Society of Radiographers and Radiological Technologists) (2004): Guidelines for the Education of Entry-level Professional Practice in Medical Radiation Science. http://www.isrrt.org/isrrt/Education_Standards.asp (Stand: 23.11.2012).
- Jackob, N.; Schoen, H. & Zerback, T. (Hrsg.) (2009): *Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung*. Wiesbaden: VS.
- Jackson, C.; Bell, L.; Zabalegui, A.; Palese, A.; Sigurodottir, A. K. & Owen, S. (2009): A review of nurse educator career pathways: a European perspective. In: *Journal of Research in Nursing* 14(2), 111-122.
- Kachler, M. (2004): Ausbildungs-Survey zu Rahmenbedingungen und personeller Situation an MTA-Ausbildungsstätten in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2002/2003. Hamburg: dvta-Eigendruck.
- Kachler, M. (2007): Zwischen Anspruch und Wirklichkeit. MTA auf dem Weg zur Akademisierung und Professionalisierung. In: *MTA Dialog* 8(11), 834-837.
- Kade, S. (2008): Kompetenz und Karriere. Verdoppelte Laufbahnstruktur – halbierte Anerkennung in alternierenden Institutionen. In: *Forum Qualitative Sozialforschung* 9(1), o. S.
- Kaiser, H. (2005): *Wirksame Ausbildungen entwerfen. Das Modell der konkreten Kompetenzen*. Bern: h.e.p.
- Kälble, K. (2006): *Gesundheitsberufe unter Modernisierungsdruck – Akademisierung, Professionalisierung und neue Entwicklungen durch Studienreform und Bologna-Prozess*. In: Pundt, J. (Hrsg.): *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven*. Bern: Huber, 213-233.
- Kälble, K. (2009): Neue Studiengänge im Gesundheitswesen. Zielgerichtete Entwicklung oder Experimentierfeld? In: *Gesundheit+Gesellschaft Wissenschaft* 9, 15-22.
- Karge (2010): *Arbeits- und Berufszufriedenheit von Medizintechnischen Radiologieassistentinnen. Eine Befragung zur Zufriedenheit mit der Ausbildung und der beruflichen Tätigkeit*. (Diplomarbeit), Halle: Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, unveröffentlicht.
- Karrer, D. (1995): Der Kampf um Unterschiede – Medizinisches Feld und Wandel des Pflegeberufs. In: *Pflege* 8, 43-48.
- KAS (Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.) (2003): *Die Krankenversicherung in Frankreich: Ein komplexes System mit steigendem Defizit. Länderberichte*. Sankt Augustin: Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. <http://www.kas.de/wf/de/33.1985/> (Stand: 14.05.2012).
- Kaufmann, F.-X. (2003): *Varianten des Wohlfahrtsstaates. Der deutsche Sozialstaat im internationalen Vergleich*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

- Kenens, R. J. & Hingstman, L. (2009): Cijfers uit de registratie van Fysiotherapeuten. Peiling 1 januari 2008. Utrecht: NIVEL (Netherlands institute for health services research. <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Cijfers-uit-de-registratie-van-fysiotherapeuten-peiling-2008.pdf> (Stand: 08.10.2012).
- Kirchhoff, S. (2010): Der Fragebogen: Datenbasis, Konstruktion und Auswertung. (5. Aufl.). Wiesbaden: VS.
- Klein, B. & Richter, D. (2009): Einstieg ins Berufsleben. Die richtige Vorbereitung ist das A und O! Teil 2. In: *pt* Zeitschrift für Physiotherapeuten 61, 810.
- Klemperer, D. (2006): Vom Paternalismus zur Partnerschaft – Eine Profession im Wandel. In: Pundt, J. (Hrsg.) *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven*. Bern: Huber, 61-73.
- Kloas, P. W. (2007): Woher bekommen wir in Zukunft unsere Azubis? Sieben Strategien zur Nachwuchssicherung. In: Nixdorf-Pohl, M. (Red.): *Handbuch Demographie Beratung*. Düsseldorf ZWH Zentralstelle für die Weiterbildung im Handwerk e. V., 32-43.
- KMK (Kultusministerkonferenz): Selbstgesteuertes Lernen in der Weiterbildung. Berlin/Bonn: KMK. http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2000/2000_04_14_Selbstgesteuertes_Lernen.pdf (Stand: 13.02.2013).
- KMK (Kultusministerkonferenz) (2001): Vierte Empfehlung der Kultusministerkonferenz zur Weiterbildung. Berlin/Bonn: KMK. http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2001/2001_02_01-4-Empfehlung-Weiterbildung.pdf (Stand: 28.02.2013).
- KMK (Kultusministerkonferenz) (2007): Erklärung der Kultusministerkonferenz gegen die Überspezialisierung in der dualen Berufsausbildung. Berlin: KMK. http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2007/2007_02_28-Ueberspezialisierung-duale_Berufsausbildung.pdf (Stand: 28.02.2013).
- KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie) (2006): Das Berufsprofil des Physiotherapeuten (deutsche Version). Amersfort: KNGF. http://www.fysionet.nl/ckr-joke-ploos/beroepsprofielen/beroepsprofiel_dui_190608.pdf (Stand: 08.10.2012).
- KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie) (2008): National Diploma Supplement National Transcript Physiotherapie (deutsche Version). Amersfort: KNGF. http://www.fysionet.nl/ckr-joke-ploos/beroepsprofielen/nationaltranscript_dui_190608.pdf (Stand: 08.10.2012).
- Knigge-Demal, B. (2009): Messung beruflich erworbener Kompetenzen – eine Herausforderung für pädagogische Forschung und Praxis. In: Walkenhorst, U.; Nauerth, A.; Bergmann-Tyacke, I. & Marzinik, K. (Hrsg.): *Kompetenzentwicklung im Gesundheits- und Sozialbereich*. Bielefeld: Universitätsverlag Weblar, S. 81-89.
- Kollak, I. & Pillen, A. (Hrsg.) (1998): *Pflegeausbildung im Gespräch. Ein internationaler Vergleich*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Kommuniqué von Maastricht (2004): *Kommuniqué von Maastricht zu den künftigen Prioritäten der verstärkten Europäischen Zusammenarbeit in der Berufsbildung*. http://www.eu-bildungspolitik.de/uploads/dokumente_berufsbildung/kommunique_maastricht_2004.pdf (Stand: 16.07.2012).
- Konsortium Bildungsberichterstattung (2006): *Bildung in Deutschland. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration*. Bielefeld: Bertelsmann. http://www.bmbf.de/pubRD/bildung_in_deutschland_2006.pdf (Stand: 13.01.2013).
- Kozon, V.; Hanzliková, A.; Betlehem, J.; Jurásková, D. & Walter, I. (2010): Berufsbezeichnungen der Fachpflege müssen der Profession entsprechen. Ein Beitrag zu den Begriffen der professionellen Pflege in Mitteleuropa. In: *Österreichische Pflegezeitschrift* 63, 10-13.
- KP (Kwaliteitsregister Paramedici) (2010): *Kwaliteitscriteria 2010-2015*. <http://www.kwaliteitsregisterparamedici.nl/PDF/Kwaliteitscriteria%202010-2015%20juni%202010%20pdf.pdf> (Stand: 18.07.2012).
- Kraus, K.; Müller, S. & Gonon, P. (2004): *Gesundheitsberufe in der Grenzregion. Eine international-vergleichende Regionalstudie zur beruflichen Bildung*. Frankfurt a. M.: Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
- Kroezen, M.; Francke, A. L.; Groenwegen, P. P. & van Dijk, L. (2012): Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a survey on forces, conditions and jurisdictional control. In: *International Journal of Nursing Studies* 49(8), 1002-1012.
- KrPflAPrV (Krankenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung) (2003): *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege vom 10. November 2003* (BGBl. I S. 2263), die zuletzt durch Artikel 36 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflapr_v_2004/gesamt.pdf (Stand: 16.07.2012).
- KrPflG (Krankenpflegegesetz) (2003): *Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege: Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003* (BGBl. I S. 1442), das zuletzt durch Artikel 35 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf (Stand: 16.07.2012).
- Krüger-Hemmer, C. & Schmidt, N. (2010): OECD-Indikatoren zur beruflichen Bildung. In: *BWP Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis* 39(3), 11-15.
- Kuckartz, U.; Ebert, T.; Rädiker, S. & Stefer, C. (2009): *Evaluation online. Internetgestützte Befragung in der Praxis*. Wiesbaden: VS.
- Kuhlmey, A.; Höppner, K. & Schaeffer, D. (2011): *Neue Aufgabenzuschnitte, Arbeitsteilungen und Kooperationsformen*. In: Schaeffer, D. & Wingenfeld, K. (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim: Juventa, 661-679.
- Kurtz, T. (2005): *Die Berufsform der Gesellschaft*. Weilerswist: Velbrück.
- Kutschke, T. (2010): *Aktuelle Erkenntnisse zur Schulentwicklung von Pflegebildungseinrichtungen*. In: *Pflegewissenschaft* 11, 197-211.
- KvK (2012): *Over de KvK. Uw inschrijving. Inschrijven bij de KvK*. <http://www.kvk.nl/over-de-kvk/uw-inschrijving-bij-de-kamer-van-koophandel/inschrijven-bij-de-kamer-van-koophandel/moet-ik-mijn-bedrijf-inschrijven/?refererAliasStat=inschrijvenkvk> (Stand: 22.10.2012).
- Lamnek, S. (2010): *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch*. (5., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Landenberger, M. & Ortman, J. (1999): *Pflegeberufe im europäischen Vergleich. Expertise zur Verbesserung der Berufs- und Ausbildungssituation in der Alten-, Kranken- und Behindertenpflege*. Schriftenreihe der Senatsverwaltung für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen. Berlin: BBJ-Verlag.

- Landenberger, M.; Stöcker, G.; Filkins, J.; de Jong, A.; Them, C.; Selinger, Y. & Schön, P. (2005): Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover: Schlütersche.
- Lauerer, M.; Emmert, M. & Schöffski, O. (2011): Die Qualität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. (Schriften zur Gesundheitsökonomie Band 18). Burgdorf: HERZ.
- Lauterbach, U. (1999): Vergleichende Berufsbildungsforschung als Bestätigung für Stereotypen? In: Lauterbach, U.; Maslanowski, W. & Mitter, W.: Internationales Handbuch der Berufsbildung – Band 9: Vergleichende Berufsbildungsforschung. Baden-Baden: Nomos, S. 26-33.
- Lauterbach U. (2003): Vergleichende Berufsbildungsforschung. Theorien, Methodologien und Ertrag am Beispiel der Vergleichenden Berufs- und Wirtschaftspädagogik mit Bezug auf die korrespondierende Disziplin Comparative Education/Vergleichende Erziehungswissenschaft. Baden-Baden: Nomos.
- Lauterbach, U. (2006a): Die Schritte zu einer internationalen und international vergleichenden Berufsbildungsforschung. In: Rauner, F. (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. Bielefeld: Bertelsmann, S. 44-51.
- Lauterbach, U. (2006b): Über die Schwierigkeiten, den Fortschritt europäischer Berufsbildungssysteme zu evaluieren: Indikatoren im Bildungswesen. In: Grollmann, P.; Spöttl, G. & Rauner, F. (Hrsg.): Europäisierung Beruflicher Bildung – eine Gestaltungsaufgabe. Hamburg: LIT, 289-319.
- legislation.gov.uk (2005): Education Act 2005. <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/18/contents> (Stand: 24.11.2012).
- Leitner, A. & Wroblewski, A. (2005): Zwischen Wissenschaftlichkeitsstandards und Effizienzansprüchen. ExpertInneninterviews in der Praxis der Arbeitsmarktevaluation. In: Bogner, A.; Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. (2. Aufl.). Wiesbaden: VS, S. 241-256.
- Lette Verein (Lehranstalten für technische Assistenten in der Medizin und der Pharmazie) (2012): Die Geschichte der MTA am Lette-Verein. <http://www.lette-verein.de/MTLA%2B-%2BGeschichte> (Stand: 12.11.2012).
- LHebG NRW (2002): Gesetz über die Berufsausübung der Hebammen und Entbindungspfleger (Landeshebammen-Gesetz – LHebG NRW) vom 5. März 2002. https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_vbl_detail_text?anw_nr=6&vd_id=3397&ver=8&val=3397&menu=1&vd_back=N (Stand: 31.07.2012).
- LogopG (1980): Gesetz über den Beruf des Logopäden vom 7. Mai 1980 (BGBl. I S. 529), das zuletzt durch Artikel 52 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/logopg/gesamt.pdf> (Stand: 26.07.2012).
- LMUC (Leids Universitair Medisch Centrum) (2012): Radiotherapeutisch laborant. <http://www.lumc.nl/home/0003/71210064825221/80114031621221/80805035530221/> (Stand: 20.07.2012).
- Lutz, B. (2003): Employability – Wortblase oder neue Herausforderung für die Berufsbildung? In: Clement, U. & Lipsmeier, A. (Hrsg.): Berufsbildung zwischen Struktur und Innovation. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspolitik 99 (Beiheft 17), S. 29-38.
- MABG (2012): Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über medizinische Assistenzberufe und die Ausübung der Trainings-therapie (Medizinische Assistenzberufe-Gesetz – MABG) erlassen und das MTF-SHD-G, das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das MTD-Gesetz, das Ausbildungsvorbehaltsgesetz, das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz, das Bildungsdokumentationsgesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Berufsreifeprüfungsgesetz und das Schülerbeihilfengesetz 1983 geändert werden. http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2012_I_89/BGBLA_2012_I_89.pdf (Stand: 04.10.2012).
- Maes, M. (2004): Das Berufsbildungssystem in den Niederlanden – Kurzbeschreibung. (Cedefop Panorama series; 99), Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften. http://www.f-bb.de/fileadmin/Veranstaltungen/DBV_Workshop/NL_CEDEFOP_Berufsbildung.pdf (Stand: 13.02.2013).
- MAGS NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen) (2006): Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Physiotherapieschulen in NRW. http://www.mags.nrw.de/08_PDF/002/ausbildungsrichtlinien-physiotherapie-nrw.pdf (Stand: 18.12.2012).
- Mallik, M. & McGowan, B. (2007): Issues in practice based learning in nursing in the United Kingdom and the Republic of Ireland: Results from a multi professional scoping exercise. In: Nurse Education Today 27, 52-59.
- Martin, J. S.; Vincenti, C. & Spirig, R. (2007): Prinzipien und Methoden einer wissenschaftlich akkuraten Übersetzungspraxis von Instrumenten für Forschung und direkte Pflege. In: Pflege 20, 157-163.
- Maneesiwongul, W. & Dixon, J. (2004): Instrument translation process: a methods review – Methodological issues in nursing research. In: Journal of Advanced Nursing 48, 175-186.
- MSAGD RLP (Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz) (Hrsg.) (2012): Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz. Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“. Download über Physio-Deutschland, Landesverband Rheinland-Pfalz/Saarland e.V., Aktuelles vom 30.04.2012. <http://www.zvk-rps.de/> (Stand: 25.02.2013).
- Mattfeld, U. (2010a): Kompetenzprofil eines Physiotherapeuten. In: ZVK-Journal, Okt., 6-10.
- Mattfeld, U. (2010b): Kompetenzprofil eines akademisch ausgebildeten Physiotherapeuten. In: ZVK-Journal, Dez., 6-9.
- Matz, K. H. (2010): Europäische Gesundheitssysteme – eine Darstellung der Gesundheitssysteme von 25 Ländern. Köln: Kassenärztliche Bundesvereinigung. <http://www.kbv.de/publikationen/36989.html> (Stand: 14.02.2013).
- Mayring, P. (2001): Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. In: Forum Qualitative Sozialforschung 2(1), Artikel 6 (o. S.).
- Mayring, P. (2007): Designs in qualitativ orientierter Forschung. In: Journal für Psychologie, Ausgabe 2, o. S. <http://www.journal-fuer-psychologie.de/jfp-2-2007-4.98.html> (Stand: 19.11.2011).
- McCaughan, E. & Parahoo, K. (2000): Medical and surgical nurses perceptions of their level of competence and educational needs in caring for patients with cancer. In: Journal of Clinical Nursing 9(3), 420-428.
- MDK (La Maison Des Kinésithérapeutes) (1989): Arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. http://www.maison-deskines.com/_dl_files/ffmkr/A5091989_DEMK.pdf (Stand: 08.10.2012).

- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) (2012): 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen: MDS. [http://www.sindbad-mds.de/infomed/sindbad.nsf/0/4de13170ad324d21c12579ea00254897/\\$FILE/Qualit%C3%A4tsbericht%20Pflege_2012.pdf](http://www.sindbad-mds.de/infomed/sindbad.nsf/0/4de13170ad324d21c12579ea00254897/$FILE/Qualit%C3%A4tsbericht%20Pflege_2012.pdf) (Stand: 28.04.2012).
- Meifort, B. (1999): Probleme der Verrechtlichung der Berufsbildung für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen. In: Meifort, B.; Becker, W.; Csongär, G.; Kramer, H.; Mettin, G. & Podeszfa, H. (Hrsg.): Berufsbildung und Beschäftigung im personenbezogenen Dienstleistungssektor. Berufe und Berufsbildung im Gesundheits- und Sozialwesen zwischen Veränderungsdruck und Reformstau. (Wissenschaftliche Diskussionspapiere, Heft 43), Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung, 19-27.
- Meifort, B. (2004): Die pragmatische Utopie. Qualifikationserwerb und Qualifikationsverwertung in Humandienstleistungen. (Schriftenreihe des Bundesinstituts für Berufsbildung). Bielefeld: Bertelsmann.
- Menke, M. (2005): Pflegeausbildung „mangelhaft“, Pflegeberuf „gut“? Studie zu Arbeits- und Ausbildungsbedingungen sowie Pflegekompetenzen aus Sicht professioneller Pflegekräfte in ambulanten und stationären Einrichtungen der (Alten-)Pflege. Frankfurt a. M.: ISS-Pontifex.
- Menzler, L. & Rabbata, S. (2010): Gesundheitsreform in den Niederlanden: keine Blaupause für Deutschland. In: *Ärztblatt*, 107(1-2), A 29.
- Meretoja, R.; Isoaho, H. & Leino-Kilpi, H. (2004a): Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. In: *Journal of Advanced Nursing* 47(2), 124-133.
- Meretoja, R.; Leino-Kilpi, H. & Kaira, A.-M. (2004b): Comparison of nurse competence in different hospital work environments. In: *Journal of Nursing Management* 12, 329-336.
- Merrill, B. & Hill, S. (2003): Accreditation of Prior Experiential Learning (APEL). Report: Zeitschrift für Weiterbildungsforschung, 4, S. 55. www.die-bonn.de/doks/merrill0301.pdf (Stand: 01.08.2012).
- Merten, M. (2011): National Health Service: Mehr Spielräume, mehr Druck. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 108 (28-29), A 1575.
- MESR (Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche) (2012): Enseignement supérieur. Vie étudiante. Aides financières. Droits de scolarité. <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid20195/frais-d-inscription-pour-la-rentree-universitaire-2012.html> (Stand: 08.10.2012).
- MGEPA (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen) (2011): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2011. Situation der Ausbildung und Beschäftigung. Düsseldorf: MGEPA.
- Ministère de la Santé et des Sports (2010): Un enjeu majeur : la réforme Licence master doctorat (LMD). http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/lmd_web.pdf (Stand: 25.07.2012).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2012): Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. <http://www.bigregister.nl/registratie/inhetbigregister/wetenregelgeving/> (Stand: 09.10.2012).
- Mistian, P.; Kroezen, M.; Triemstra, M. & Francke, A. L. (2011): Verpleegkundige en verzorgenden in international perspectief. Een literatuurstudie naar rollen en posities van beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging. Utrecht: Nivel. <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Verpleging-Verzorging-internationaal-perspectief.pdf> (Stand: 10.02.2013).
- MLU (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg) (2012): Institute. Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Studienberatung und Studiengangbeschreibung. Bachelor-Studiengang. Interdisziplinär studieren, forschen und lehren – Arbeiten im therapeutischen Team von Anfang an. <https://www.medicin.uni-halle.de/index.php?id=554> (Stand: 20.07.2012).
- MPhG (1994): Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie, Massage- und Physiotherapeutengesetz vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), das zuletzt durch Artikel 45 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/mphg/gesamt.pdf> (Stand: 26.07.2012).
- MSS (Ministère de la Santé et des Sports) (2010): Un enjeu majeur: la réforme – Licence master doctorat (LMD). http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/lmd_web.pdf (Stand: 19.07.2012).
- MTA-APrV (MTA-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung) (1994): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für technische Assistenten in der Medizin (MTA-APrV) von 1994 in der aktuellen Fassung vom 06. Dezember 2011. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/mta-aprv/gesamt.pdf> (Stand: 18.07.2012).
- MTAG (1993): Gesetz über technische Assistenten in der Medizin (MTA-Gesetz – MTAG) von 1993 in der aktuellen Fassung vom 06. Dezember 2011. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/mtag_1993/gesamt.pdf (Stand: 18.07.2012).
- mtd austria (Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs) (2008): MTD-Bericht. Erster Bericht über die gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs (MTD). Wien: Remaprint.
- mtd austria (Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs) (2012a): Mitgliederinformation zu gesetzlichen Änderungen betreffend die MTD-Berufe. http://www.radiologietechnologen.at/dl/Neuerungen_MABG.pdf (Stand: 04.10.2012).
- mtd austria (Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs) (2012b): Registrierung. <http://www.mtd-austria.at/registrierung> (Stand: 18.07.2012).
- MTD-Gesetz (1992): Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste. BGBl. Nr. 460/1992, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 61/2010 (NR: GP XXIV RV 779 AB 853 S. 74. BR: 8352 AB 8374 S. 787.). <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10010701/MTD-Gesetz%20c%20Fassung%20vom%2016.10.2010.pdf> (Stand: 08.10.2012).
- MTF-SHD-G (1961): Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste. BGBl. Nr. 102/1961, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 61/2010 (NR: GP XXIV RV 779 AB 853 S. 74. BR: 8352 AB 8374 S. 787.). <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10010302/MTF-SHD-G%20c%20Fassung%20vom%2006.09.2012.pdf> (Stand: 06.09.2012).
- Müller, K. (2009): Trends in der Pflegebildung: Ergebnisse deutscher Modellprojekte. In: *Pflegewissenschaft* 11(4), 197-200.
- Münch, R. (2011): Akademischer Kapitalismus. Über die politische Ökonomie der Hochschulreform. Berlin: Suhrkamp.
- Münk, D. (2006): Berufliche Aus- und Weiterbildung in Europa. In: Arnold, R. & Lipsmeier, A. (Hrsg.): *Handbuch der Berufsbildung*. (2., überarb. u. aktual. Aufl.), Wiesbaden: VS, S. 547-560.

- Muzar N. (2009): Direktzugang zur Physiotherapie. (inform Nr. 5, 5. Dezember 2009). Wien: Physioaustria. <http://www.physioaustria.at/inform-nr-5-dezember-2009-physiotherapie-in-der-gynaekologie-und-geburtshilfe/direktzugang-zur-physi> (Stand: 11.11.2012).
- Needleman, J.; Buerhaus, P.; Mattke, S.; Stewart, M. & Zelevinsky, K. (2002): Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. In: *New England Journal of Medicine* 346, 1715-1722.
- NHS (National Health Service) (2008): NHS Careers. Physiotherapist. http://www.nhs.uk/media/1487519/AHP_PHYSIOTHERAPIST.pdf (Stand: 14.02.2013).
- NHS (National Health Service) (2010): NHS Career planner for nurses. <http://nursingcareers.nhsemployers.org/> (Stand: 13.11.2012).
- NHS (National Health System) (2011): Modernising Scientific Careers Programme. BSc (Hons) in healthcare science. Medical Physics Technology and Biomedical Engineering. http://www.networks.nhs.uk/nhs-networks/msc-framework-curricula/documents/BSc_HCS_Medical_Physics_Technology%202011-12.pdf (Stand: 25.10.2012).
- NHS (2012): Advanced Nursing Practice Tool Kit. Advanced Practice Competence and Capability. <http://www.advancedpractice.scot.nhs.uk/definitions/advanced-practice-competence-and-capability.aspx/> (Stand: 02.10.2012).
- NHS Careers (2012a): Clinical/medical technologist (working in medical physics). <http://www.nhs.uk/explore-by-career/healthcare-science/careers-in-healthcare-science/careers-in-physical-science-and-biomedical-engineering/clinical-medical-technologist-%28working-in-medical-physics%29/> (Stand: 11.09.2012).
- NHS Careers (National Health System) (2012b): Assistant practitioner. <http://www.nhs.uk/explore-by-career/wider-healthcare-team/careers-in-the-wider-healthcare-team/clinical-support-staff/assistant-practitioner/NHS> (National Health System) (2012c): Radiography assistants and imaging support workers. <http://www.nhs.uk/details/Default.aspx?id=477> (Stand: 11.09.2012).
- NHS Careers (2012c): Physiotherapy assistants/physiotherapy support workers. <http://www.nhs.uk/explore-by-career/wider-healthcare-team/careers-in-the-wider-healthcare-team/clinical-support-staff/physiotherapy-assistant-support-roles/> (Stand: 08.10.2012).
- NHS Careers (2012d): Agenda for changes – pay rates. <http://www.nhs.uk/working-in-the-nhs/pay-and-benefits/agenda-for-change-pay-rates/> (Stand: 19.09.2012).
- NHS Careers (2012e): Careers in Nursing. <http://www.nhs.uk/media/1487628/careers-in-nursing.pdf> (Stand: 12.10.2012).
- NHS Careers (2012f): Explore by career > Nursing. <http://www.nhs.uk/explore-by-careers/nursing/> (Stand: 02.09.2012).
- NHS Careers (2012g): Explore by career > Healthcare assistant. <http://www.nhs.uk/explore-by-careers/wider-healthcare-team/careers-in-the-wider-healthcare-team/clinical-support-staff/healthcare-assistant/> (Stand: 12.10.2012).
- NHS Careers (2012h): Explore by career > Assistant practitioner. <http://www.nhs.uk/explore-by-career/wider-healthcare-team/careers-in-the-wider-healthcare-team/clinical-support-staff/assistant-practitioner/> (Stand: 12.10.2012).
- NHS Careers (2012i): Explore by career. Allied Health Professions. Careers in the Allied Health Professions. <http://www.nhs-careers.nhs.uk/explore-by-career/allied-health-professions/careers-in-the-allied-health-professions/> (Stand: 28.10.2012).
- NHS Careers (2012j): Developing your Career in NHS. <http://www.nhs.uk/working-in-the-nhs/developing-your-career/> (Stand: 13.11.2012).
- NHS Careers (2012k): Operating department practice. <http://www.nhs.uk/explore-by-career/operating-department-practice/> (Stand: 13.11.2012).
- NHS IC (NHS Information Centre for health and social care) (2012): NHS Hospital and Community Health Services: Non-medical workforce census. Results from September 2011. London. <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/workforce/nhs-staff-numbers/nhs-staff-2011-non-medical> (Stand: 02.09.2012).
- Niedersächsisches Kultusministerium (2007): Rahmenrichtlinien für die Ausbildung in der Physiotherapie. Hannover. <http://www.nibis.de/nli1/bbs/archiv/rahmenrichtlinien/physio.pdf> (Stand: 01.02.2013).
- NIZW (Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn – Beroepsontwikkeling) (2005): Beroepscompetentieprofiel mbo-verpleegkundige (ten behoeve van onderwijsexperimenten). November 2005, versie 07. Utrecht: NIZW. <http://www.nu91.nl/uploads/PDFBCPmboverpleegkundige2005.pdf> (Stand: 12.10.2012).
- NMC (Nursing and Midwifery Council) (2004): Standards of proficiency for pre-registration nursing education. Download hier: <http://www.nmc-uk.org/Publications/Standards>. (Stand: 02.09.2012).
- NMC (Nursing & Midwifery Council) (2009): The Nursing and Midwifery Order 2001 (SI 2002/253) – Consolidated text – Effective from 14 May 2009. London: NMC. Download hier: <http://www.nmc-uk.org/About-us/legislation/the-order/> (Stand: 02.09.2012).
- NMC (Nursing & Midwifery Council) (2009): The Nursing and Midwifery Order 2001 (SI 2002/253) – Consolidated text – Effective from 14 May 2009. London: NMC. Download hier: <http://www.nmc-uk.org/About-us/legislation/the-order/> (Stand: 02.09.2012).
- Nojima, Y.; Tomikawa, T.; Makabe, S. & Snyder, M. (2003): Defining characteristics of expertise in Japanese clinical nursing using the Delphi technique. In: *Nursing and Health Sciences* 5(1), 3-11.
- Nolan, P. & Brimblecombe, N. (2007) A survey of the education of nurses working in mental health settings in 12 European countries. In: *International Journal of Nursing Studies* 44(3), 407-414.
- NVAO (nederlands-vlaamse accreditatieorganisatie) (2008): Nederlands Kwalificatieraamwerk Hoger Onderwijs compatibel met het overkoepelende Europese Kwalificatieraamwerk voor de Europese Hogeronderwijsruimte. http://www.nvao.net/page/downloads/Nederlands_Kwalificatieraamwerk_Hoger_Onderwijs.pdf (Stand: 20.07.2012).
- NVFG (Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie) (2012): Herregistratie geriatrie-fysiotherapeut. <http://www.nvfgnet.nl/scrivo/asset.php?id=565715> (Stand: 17.10.2012).
- NVMBR (Nederlandse vereniging Medische Beeldvorming en Radiotherapie) (2009): Beroepsprofiel Medisch Beeldvormings- en Bestralingsdeskundige (MBB'er). Nederlandse Vereniging Medische Beeldvorming en Radiotherapie: Utrecht. Verlagseigener Druck.

- Numata, Y.; Schulzer, M.; van der Wal, R. et al. (2006): Nursing staffing levels and hospital mortality in critical care settings: literature review and meta-analysis. In: *Journal of Advanced Nursing* 55, 435-448.
- ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) (2003): Berufsprofil der/des diplomierten Radiologisch-technischen Assistentin/Assistenten. <http://www.linz.at/images/DRTA-Berufprofil.pdf> (Stand: 23.07.2012).
- O'Connor, S. E.; Pearce J.; Smith, R. L.; Voegeli, D. & Walton, P. (2001): An evaluation of the clinical performance of newly qualified nurses: a competency based assessment. In: *Nurse Education Today* 21(7), 559-568.
- OECD (2010): Health at a Glance: Europe 2010. Zusammenfassung in Deutsch. OECD Multilingual Summaries. <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/46727983.pdf> (Stand: 02.10.2012).
- OECD (2011a): Education attainment. In: OECD Factbook 2011-2012: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2011-85-en> (Stand: 18.09.2012).
- OECD (2011b): Education expenditure. In: OECD Factbook 2011-2012: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2011-89-en> (Stand: 18.09.2012).
- OECD (2011c): GDP. In: OECD Factbook 2011-2012: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2011-4-en> (Stand: 02.10.2012).
- OECD (2011d): Health expenditure. In: OECD Factbook 2011-2012: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2011-112-en> (Stand: 02.10.2012).
- OECD (2011d): Life expectancy. In: OECD Factbook 2011-2012: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2011-104-en> (Stand: 02.10.2012).
- OECD (2011e): Immigrant population. In: OECD Factbook 2011-2012: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2011-13-en> (Stand: 02.10.2012).
- OECD (2011f): Total population. In: OECD Factbook 2011-2012: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2011-9-en> (Stand: 02.10.2012).
- OECD (2011g): Employment Outlook 2011. OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/empl-outlook-2011-en> (Stand: 19.01.2013).
- Oelke, U. & Menke, M. (2005): Gemeinsame Pflegeausbildung. Modellversuch und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. (2., überarb. Aufl., 1. Aufl. 2002), Bern: Huber.
- Oerman, M. & Navin, M. (1991): Effect of extern experience on clinical competence of graduate nurses. In: *Nursing Connections* 4(4), 31-38.
- Oerter, H. & Hörner, W. (1999): Frankreich. In: Lauterbach, U. (Hrsg.): Internationales Handbuch der Berufsbildung. Baden-Baden: Nomos.
- Ofqual (Office of Qualifications and Examinations Regulation) (2010): Qualifications & Assessments. Explaining the Qualifications and Credit Framework. <http://www.ofqual.gov.uk/qualifications-assessments/89-articles/145-explaining-the-qualifications-and-credit-framework> (Stand: 18.07.2012).
- Ofqual (Office of Qualifications and Examinations Regulation) (2011): Qualifications & Assessments. What is the European Qualifications Framework (EQF)? <http://www.ofqual.gov.uk/qualifications-assessments/eqf> (Stand: 18.07.2012).
- ÖGKV (ÖGKV Landesverband Steiermark – Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband Landesverband Steiermark) (2011): Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich. http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/Steiermark/Kompetenzmodell/OEGKV_Handbuch_Abgabeverсион.pdf (Stand: 16.07.2012).
- ÖGKV (2012): Freiwillige Registrierung. Wien: ÖGKV. <https://www.oegkv.at/freiwillige-registrierung.html> (Stand: 29.09.2012).
- Öhmann, A.; Hägg, K. & Dahlgreen, L. (2005): A stimulating, practice-based job facing increased stress - Clinical supervisors' perceptions of professional role, physiotherapy education and the status of the profession. In: *Advances in Physiotherapy* 7(3), 114-122.
- OLG (Oberlandesgericht Dresden) (2008): Urteil vom 24.07.2008, Az: 4 U 1857/07. <http://www.justiz.sachsen.de/esamosweb/documents/4U1857.07.pdf> (Stand: 18.09.2012).
- ONI (Ordre National des Infirmiers) (2012a): L'Ordre et les conseils ordinaires. - Rôle et missions. Paris: ONI. <http://www.ordre-infirmiers.fr/lordre-et-les-conseils-ordinaires/role-et-missions.html> (Stand: 03.09.2012).
- ONI (Ordre National des Infirmiers) (2012b): Actualités 27/09/2012: 12 000 inscrits. Paris: NI. <http://www.ordre-infirmiers.fr/actualites/articles/ressource-sans-titre.html> (Stand: 30.09.2012).
- OrthoptG (1989): Gesetz über den Beruf der Orthoptistin und des Orthoptisten (Orthoptistengesetz) - Vollzeit: Orthoptistengesetz vom 28. November 1989 (BGBl. I S. 2061), das zuletzt durch Artikel 54 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/orthoptg/gesamt.pdf> (Stand: 26.07.2012).
- Overheid (2012): Besluit van 13 oktober 1997, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de fysiotherapeut (Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied fysiotherapeut). http://wetten.overheid.nl/BWBR0008962/geldigheidsdatum_23-11-2009 (Stand: 20.09.2012).
- Øyen, E. (1990): The Imperfection of Comparisons. In: Øyen, E. (Ed.): *Comparative methodology: theory and practice in international social research*. London: Sage, 1-18.
- Paquay, L.; De Lepeleire, J.; Milisen, K. et al. (2007): Tasks performance by registered nurses and care assistants in nursing homes: A quantitative comparison of survey data. In: *International Journal of Nursing Studies* 44, 1459-1467.
- Parry, R. H. & Brown, K. (2009): Teaching and learning communication skills in physiotherapy: What is done and how should it be done? In: *Physiotherapy* 95(4), 294-301.
- Pätzold, G. & Rauner, F. (2006): Die empirische Fundierung der Curriculumentwicklung – Annäherung an einen vernachlässigten Forschungszusammenhang. In: Pätzold, G. & Rauner F. (Hrsg.): *Qualifikationsforschung und Curriculumentwicklung*. Stuttgart: Steiner, 7-28.
- Pfau-Effinger, B.; Sakač Magdalenic, S. & Wolf, C. (2009): Zentrale Fragen der international vergleichenden Sozialforschung unter dem Aspekt der Globalisierung. In: Pfau-Effinger, B.; Sakač Magdalenic, S. & Wolf, C. (Hrsg.): *International vergleichende Sozialforschung. Ansätze und Messkonzepte unter den Bedingungen der Globalisierung*. Wiesbaden: VS, 7-17.

- PfWG (2008): Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz - PfWG) vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874 (Nr. 20), <http://www.buzer.de/gesetz/8223/index.htm> (Stand: 19.09.2012).
- Philipps-Universität Marburg (2012): Studium der Physiotherapie – Master. <http://www.uni-marburg.de/fb20/studium/studiengaenge/physio/master> (Stand: 20.09.2012).
- Physio Deutschland (Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V.) (2012a): Zahlen, Daten Fakten. https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Zahlen_Daten_Falten/Zahlen_Daten_Fakten.pdf (Stand: 17.09.2012).
- Physio Deutschland (Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V.) (2012b): Studiengänge Physiotherapie. https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Studium/Studieng%C3%A4nge_Physiotherapie.pdf (Stand: 19.09.2012).
- PhysTh-APrV 1994 – Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten vom 6. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3786), die zuletzt durch Artikel 46 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist. <http://www.gesetze-im-internet.de/physth-aprv/BJNR378600994.html> (Stand: 26.10.2012).
- Pilz, M. (1999): Vereinigtes Königreich von Großbritannien und Nordirland; Schottland. In: Lauterbach, U. (Hrsg.): Internationales Handbuch der Berufsbildung. Baden-Baden: Nomos.
- Portail des Métiers de la Santé et du Social (2011): Formations par métiers. Masseur-kinésithérapeute. http://www.metiers.santesolidarites.gouv.fr/formations-masseur_kinesithera-peute-165.html&typForm=1 (Stand: 14.09.2011).
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2010): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. München: Oldenbourg-Verlag.
- Purroy, C. A. & Sicilia, A. R. (2006): La Profesion de Technico Especialista de Laboratorio Clinico y Radiologia medica en Europa. http://www.fetess-catalunya.org/contenido/Informe_Empresa_anagrama.pdf (Stand: 25.02.2013).
- QAA (The Quality Assurance Agency for Higher Education) (2001): Benchmark statement: Health care programmes. Physiotherapy. <http://www.qaa.ac.uk/Publications/InformationAndGuidance/Documents/physio.pdf> (Stand: 08.10.2012).
- QAA (Quality Assurance Agency for Higher Education) (2004): Guidelines on the accreditation of prior learning. September 2004. <http://www.qaa.ac.uk/Publications/InformationAndGuidance/Documents/APL.pdf> (Stand: 30.9.2012).
- QAA (Quality Assurance Agency for Higher Education) (2008): The framework for higher education qualifications in England, Wales and Northern Ireland. August 2008. <http://www.qaa.ac.uk/Publications/InformationAndGuidance/Documents/FHEQ08.pdf> (Stand: 19.07.2012).
- Rappold, E. (2008): Österreichs Pflege in Bewegung? In: *Pflege* 21, 147-148.
- Rauner, F. (Hrsg.) (2006): Handbuch Berufsbildungsforschung. (2., aktual. Aufl.). Bielefeld: Bertelsmann.
- Rauner, F. (2006): Berufsbildungsforschung – Eine Einführung. In: Rauner, F. (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. (2., aktual. Aufl.), Bielefeld: Bertelsmann, 9-16.
- Rauner, F. (2010): Moderne Berufsbilder als Dreh- und Angelpunkt für die Organisation gesellschaftlicher Arbeit und die Gestaltung beruflicher Bildungsgänge. In: *Pflegewissenschaft* 11, 141-148.
- RbP (RbP – Registrierung beruflich Pflegenden GmbH) (2012): Jetzt registrieren. Für ein aktives Berufsverständnis und mehr Selbstbestimmung. (Informationsflyer zur Registrierung). Berlin: RbP. <http://www.regbp.de/anmeldung.html> (Stand: 29.09.2012).
- RBS (Robert Bosch Stiftung) (2011): Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherung der Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung. <http://www.bosch-stiftung.de/gesundheitsversorgungvonmorgen> > Memorandum (Stand: 13.11.2012).
- RCN (Royal College of Nursing) (2012): Home > Professional development > Health care assistants (HCAs). http://www.rcn.org.uk/development/health_care_support_workers (Stand: 12.10.2012).
- Rebscher, H. (2009): Gesundheitssysteme im Wandel – Eine Einführung. In: Rebscher H. & Kaufmann, S. (Hrsg.): Gesundheitssysteme im Wandel. Heidelberg u. a.: Economica, 1-8.
- Rennen-Allhoff, B. & Bergmann-Tyacke, C. (2000): Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe in Europa. Ausbildungsstandards in den EU-Mitgliedstaaten. Bern: Huber.
- RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) (2011): Nationaal Kompas Volksgezondheid. Zorg. Sectoroverstijgend. Verloskundige zorg. Zijn er verschillen tussen Nederland en andere landen? <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/sectoroverstijgend/verloskundige-zorg/verschillen-internationaal/> (Stand: 31.07.2012).
- Robb, Y.; Flemming, V. & Dietert, C. (2002): Measurement of clinical performance of nurses: literature review. In: *Nurse Education Today* 22, 293-300.
- ROC.NL (2012a): Opleidingen > Mbo Verpleegkundige (ZH, VVT, GGZ, GHZ) (4). <http://www.roc.nl/default.php?fr=details&id=3831> (Stand: 12.10.2012).
- ROC.NL (2012b): Opleidingen > Verpleegkundige (4). <http://www.roc.nl/default.php?fr=details&id=17> (Stand: 12.10.2012).
- Rottenhofer, I. (2009): Evaluierung Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Wien: Gesundheit Österreich GmbH. <http://www.goeg.at/de/Bereich/Evaluierung-Gesundheits-und-Krankenpflegegesetz.html> (Stand: 21.01.2013).
- RöV (1987) Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (Röntgenverordnung - RöV) von 1987 in der aktuellen Fassung vom 30.04.2003. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/r_v_1987/gesamt.pdf (Stand: 25.10.2012).
- Rudolph, S. (2007): Kompetenzanalyse zum Berufsbereich Medizinisch-technische Radiologieassistentz. (Diplomarbeit), Berlin: Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin, unveröffentlicht.
- Rühmkorf, D. (2007): Gesundheitssysteme im Vergleich: Weiterschauen im Schatten des Big Ben. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 104(47), A3242-A3243.
- Rump, J. & Eilers, S. (2006): Managing Employability. In: Rump, J.; Sattelberger, T. & Fischer, H. (Hrsg.): *Employability Management. Grundlagen, Konzepte, Perspektiven*. Wiesbaden: Gabler, S. 13-73.
- Saarikoski, M.; Marrow, C.; Abreu, W.; Rikkinieni, O.; Özbicakçi, S. (2007) Student nurses' experience of supervision and mentorship in clinical practice: a cross-cultural perspective. In: *Nurse Education in Practice* 7(6), 407-415.
- Sailer, M. (2005): Fachweiterbildung in der Pflege in der DRG-Kostenzange. In: *Printernet* 7, 355-358.

- Sailer, M. (2009): Anforderungsprofile und akademischer Arbeitsmarkt. Die Stellenanzeigenanalyse als Methode der empirischen Bildungs- und Qualifikationsforschung. Münster et al.: Waxmann.
- Salminen, L.; Stolt, M.; Saarikoski, M.; Suikkala, A.; Vaartio, H. & Leino-Kilpi, H. (2010): Future challenges for nursing education – A European perspective. In: *Nurse Education Today* 30, 233-238.
- SanG (2002): Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter (Sanitättergesetz - SanG). BGBl. I Nr. 30/2002 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 57/2008. <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20001744/SanG%2c%20Fassung%20vom%2021.10.2011.pdf> (Stand: 02.07.2012).
- Sauer, J. (2006): Pflege in Großbritannien: Mit der Lizenz zum Pflegen. In: *Die Schwester Der Pfleger* 45(3), 198-201.
- Schäfer, D. (2010): Rheinische Hebammengeschichte im Kontext. Kassel: kassel university press.
- Scheel, K. (2012): Modellvorhaben: Physiotherapie zwischen Autonomie und Fremdkontrolle. In: *Public Health Forum* 20(4), online first.
- Schlette, S.; Blum, K. & Busse, R. (Hrsg.) (2009a): Gesundheitspolitik in den Industrieländern 12 – im Blickpunkt: Kosten und Nutzen, Finanzierung und Steuerung, Zugang und Gerechtigkeit. Bielefeld: Bertelsmann Stiftung.
- Schlette, S.; Blum, K. & Busse, R. (2009b): Gesundheitspolitik in den Industrieländern 13 – im Blickpunkt: Gesundheitspolitik in Zeiten der Krise, Wettbewerb und Regulierung, Evaluation im Gesundheitswesen. Bielefeld: Bertelsmann Stiftung.
- Schneider, A. (2003): Die Ausbildung in den Pflegeberufen – ein Sonderfall. In: Schneider, K.; Brinker-Meyendriesch, E. & Schneider, A. (Hrsg.): *Pflegepädagogik für Studium und Praxis*. Heidelberg: Springer, 387-402.
- Schneider, S. L. (2008a): Nominal comparability is not enough: Evaluating cross-national measures of educational attainment using ISEI scores. *Sociology Working Papers* 04/2008, Department of Sociology, University of Oxford, Oxford. <http://www.sociology.ox.ac.uk/documents/working-papers/2008/2008-04.pdf> (Stand: 20.09.2012).
- Schneider, S. L. (Ed.) (2008b): *The International Standard Classification of Education. An Evaluation of Content and Criterion Validity for 15 European Countries*. Mannheim: MZES. <http://www.mzes.uni-mannheim.de/publications/books/isced97.html> (Stand: 20.09.2012).
- Schober, M. & Affara, F. (2008): *Advanced Nursing Practice (ANP)*. (dt.-sprachige Ausgabe hrsg. von Spirig, R.; de Geest, S. & Wagner, F.). Bern: Huber.
- Schölkopf, M. (2010): *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Gesundheitssystemvergleich und die europäische Gesundheitspolitik*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsges. (MWV).
- Schulz, M. (2006): Europäisches Projekt zur Förderung von Ausbildung und der Anerkennung von Pflegeberufen. In: *Printernet* 7(5), 292-279.
- Schulz, M. & Renn, O. (Hrsg.) (2009): *Das Gruppendelphi: Konzept und Fragebogenkonstruktion*. Wiesbaden: VS.
- Schuttelaar, M. L. A.; Vermeulen, K. M.; Drukker, N. & Coenraads, P. J. (2010): A randomized controlled trial in children with eczema: nurse practitioner vs. Dermatologist. In: *British Journal of Dermatology* 162, 162-170.
- Scott, C. (2003): *Setting safe nurse staffing levels. An exploration of the issues*. Research reports. London: RCN. http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/78551/001934.pdf (Stand: 22.01.2012).
- Scottish Government (2010): *Advanced Nursing Practice Roles: Guidance for NHS Boards*. <http://www.advancedpractice.scot.nhs.uk/media/614/sg-advanced-practice-guidance-mar10.pdf> (Stand: 02.10.2012).
- Sesink E. M., Kerstens, J. A. M. & Vermeulen, M. (2003): *Handboek verpleegkunde*. Houton: Bohn Stafleu van Loghum.
- SBG V – Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) geändert worden ist. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf (Stand: 24.11.2012).
- Severing, E. (2006): Europäisierung der Berufsbildung – Wirkungen auf die duale Ausbildung. In: Eckert, M. & Zöllner, A. (Hrsg.): *Der europäische Bildungsraum – Beiträge der Berufsbildungsforschung*. (Schriftenreihe des Bundesinstituts für Berufsbildung), Bielefeld: Bertelsmann, 79-97.
- SGB XI – Elftes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) geändert worden ist. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_11/gesamt.pdf (Stand: 26.11.2012).
- SGG (Légifrance – Secrétariat général du gouvernement) (1990): Arrêté du 1er août 1990 relatif au programme des études préparatoires au diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale (Arrêté du 1er août 1990) in der aktuellen Fassung von 2012. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=01538490EA06E90AE5EB-F96640A6BD02.tpdjo08v_2?cidTexte=JORFTEXT000000716603&categorieLien=id (Stand: 19.07.2012).
- SGG (Légifrance – Secrétariat général du gouvernement) (1997): Décret n°97-1057 du 19 novembre 1997 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale (zuletzt geändert 2004). http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=4E5CDB4C2A0D8F814042075A32D40D14.tpdjo13v_2?cidTexte=JORFTEXT000000202676&dateTexte=20040807 (Stand: 18.07.2012).
- SGB V (Sozialgesetzbuch V) – Gesetzliche Krankenversicherung. Zehnter Abschnitt. Weiterentwicklung der Versorgung. §63 Grundsätze. <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/63.html> (Stand: 20.09.2012).
- SGG (Légifrance – Secrétariat général du gouvernement) (2006): Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000635168&dateTexte=> (Stand: 19.09.2012).
- SGG (Légifrance – Secrétariat général du gouvernement) (2009a): Code de la santé publique. Partie législative. Quatrième partie: Professions de santé. Livre III: Auxiliaires médicaux. Titre II : Professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue. Chapitre I: Masseur-kinésithérapeute. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006689302&idSectionTA=LEGISCTA000006171311&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110403> (Stand: 08.10.2012).
- SGG (Légifrance – Secrétariat général du gouvernement) (2009b): Décret n° 2009-955 du 29 juillet 2009 relatif au bilan kiné-

- sithérapique. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020935131&dateTexte=&catégorieLien=id> (Stand: 08.10.2012).
- SGG (Légifrance – Secrétariat général du gouvernement) (2009a). Code de la Santé. IV partie: Professions de santé. Livre III: Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers. Titre II: Professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue. http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?sessionId=501A28CA3A1BAF969086CB83811FC31B.tpdjo17v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006171311&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090312 (Stand: 17.08.2012).
- SGG (Légifrance – Secrétariat général du gouvernement) (2009b). LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=5264E639864692DB8407E8A71CC7FB2D.tpdjo17v_2?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=20120604#LEGIARTI000020881318 (Stand: 17.08.2012).
- SGG (Légifrance – Secrétariat général du gouvernement) (2012). Code de la santé publique. Quatrième partie: Livre III: Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers. Titre V: Professions de manipulateur d'électroradiologie médicale et de technicien de laboratoire médical. Chapitre Ier: Règles liées à l'exercice de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale. http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?sessionId=4E5CDB4C2A0D8F814042075A32D40D14.tpdjo13v_2?idSectionTA=LEGISCTA0000021708987&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20111207 (Stand: 25.10.2012).
- Shields, N.; Bruder, A.; Taylor, N. F. & Angelo, T. (2012): Getting fit for practice: An innovative paediatric clinical placement provided physiotherapy students opportunities for skill development. In: *Physiotherapy*, doi:10.1016/j.physio.2012.02.001, online first (Stand: 24.02.2013).
- Sieger, M. & Gorontzi, F. (2009): Interberufliches Handeln als Voraussetzung für Profilbildung innerhalb der Gesundheitsberufe. In: Walkenhorst, U.; Nauwerth, A.; Bergmann-Tyacke, I. & Marzinzik, K. (Hrsg.): *Kompetenzentwicklung im Gesundheits- und Sozialbereich*. Bielefeld: Universitätsverlag Webler, S. 139-150.
- Siegrist, J. (2005): *Medizinische Soziologie*. (6., neu bearb. u. erw. Aufl.), München: Urban & Fischer.
- Simon, M. (2008): Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Mindestanforderungen als Ansatz zur nachhaltigen Sicherung einer ausreichenden Personalbesetzung. Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Hannover: Fachhochschule.
- Simon, M. (2010): *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. (3., überarb. u. aktual. Aufl.), Bern: Huber.
- Skills for Health (2006): *Higher Education Strategy*. http://www.skillsforhealth.org.uk/images/stories/Resource-Library/PDF/Career_framework_key_elements.pdf (Stand: 02.10.2012).
- Sonntag, B. (2008): *Gesund bleiben in Großbritannien. Eine Gebrauchsanweisung für das britische Gesundheitssystem*. Norderstedt: Books on Demand.
- Spichale, C. (2010): Anästhesietechnische Assistenz. Ein neues Berufsbild etabliert sich. In: *Die Schwester Der Pfleger* 49 (1), 86-87.
- Spirig, R. & de Geest, S. (2004): Editorial: Advanced Nursing Practice lohnt sich! In: *Pflege* 17, 233-236.
- SRH Hochschule Heidelberg (2012): *Physiotherapie (Bachelor of Science)*. <http://www.fh-heidelberg.de/de/studium/bachelorstudium/physiotherapie/> (Stand: 19.09.2012).
- Statistik Austria (Bundesanstalt Statistik Österreich) (Hrsg.) (2009): *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008*. Wien: Verlag Österreich GmbH. http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/gesundheits-versorgung/personal_im_gesundheitswesen/publdetail?id=123&listid=123&etail=543 (Stand: 08.10.2012).
- Statistik Austria (2012): *Statistiken. Gesundheit. Gesundheitsversorgung. Personal im Gesundheitswesen*. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html (Stand: 14.12.2012).
- stb-2011-366 (2011): *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Jahrgang 2011. Nummer 366. Besluit van 6 juli 2011, houdende wijziging van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut in verband met de directe toegankelijkheid van de diëtist, ergotherapeut, logopedist, orthoptist en podotherapeut*. <http://ikreger.nl/pdf/stb-2011-366.pdf> (Stand: 23.10.2012).
- Stemmer, R., Böhme, H. (2008): *Aufgabenverteilung im Krankenhaus der Zukunft. Einige Aussagen eines Gutachtens für das Sozialministerium Rheinland-Pfalz. Pflege & Gesellschaft* 13, 197-215.
- Spitzer, A. & Perrenoud, B. (2006): *Reforms in nursing education across Western Europe: from agenda to practice*. In: *Journal of Professional Nursing* 22(3), 150-161.
- Stöcker, G. (2005a): *Bologna-Prozess bei den Pflegelehrern*. In: *Pflege aktuell* 59 (12), 662-665.
- Stöcker, G. (2005b): *Ausbildung der Pflegeberufe in Deutschland und Berlin*. In: Landenberger, M.; Stöcker, G.; Filkins, J.; de Jong, A.; Them, C.: *Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland*. Hannover: Schlütersche, 25-77.
- Storey, C.; Cheater, F.; Ford, J. & Leese, B. (2009): *Retention of nurses in the primary and community care workforce after the age of 50 years: database analysis and literature review*. In: *Journal of Advanced Nursing* 65(8), 1596-1605.
- Stöver, M. (2010): *Die Neukonstruierung der Pflegeausbildung in Deutschland. Eine vergleichende Studie typischer Reformmodelle zu Gemeinsamkeiten und Differenzen sowie deren Nachhaltigkeit*. Lage: Jacobs.
- Straka, G. A. & Macke, G. (2007): *Berufliche Kompetenz: Handeln können, wollen und dürfen. Zur Klärung eines diffusen Begriffs*. In: *BWP – Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis* 39(3), 14-17.
- Suhonen, R.; Papastavrou, E.; Efsthathiou, G.; Lemonidou, C.; Kalafati, M.; Antunes da Luz, M. D.; Idvall, E.; Berg, A.; Acaroglu, R.; Sendir, M.; Kanan, N.; Sousa, V. D.; Katajisto, J.; Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. (2011): *Nurses' perceptions of individualized care: an international comparison*. In: *Journal of Advanced Nursing* 67(9), 1895-1907.
- SVA (Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft) (2012): *SVA-Gesundheitsversicherung – Sozialversicherung für Selbständige*. <http://esv-sva.sozvers.at> (Stand: 25.10.2012).
- SVG (Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft) (2012): *Leistungen. Versicherungsschutz. Selbständigenvorsorge*. http://esv-sva.sozvers.at/portal27/portal/svaportal/channel_content/cmsWindow?

- p_pubid=133514&action=2&p_menuid=66523&p_tabid=4#pd891645 (Stand: 02.10.2012).
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/%DCbersicht/Langfassung.pdf> (Stand: 20.09.2009).
- SVR (Sachverständigenrat zu Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2009): Deutscher Bundestag – Drucksache 16/13770 vom 02.07.2009: Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Berlin: Deutscher Bundestag. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf> (Stand: 09.09.2012).
- SVR (Sachverständigenrat zu Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012): Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. (Deutscher Bundestag – Drucksache 1//10323 17. Wahlperiode, 10.07.2012). <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/103/1710323.pdf> (Stand: 18.11.2012).
- Tabari Khomeiran, R.; Yekta, Z. P.; Kiger, A. M. & Ahmadi, F. (2006): Professional competence: factors described by nurses as influencing their development. In: *International Nursing Review* 52, 66-72.
- Taddicken, M. (2008): *Methodeneffekte bei Web-Befragungen. Einschränkungen der Datengüte durch ein „reduziertes Kommunikationsmedium“?* Köln: Herbert von Halem Verlag.
- Taylor, J.; Irvine, F.; Bradbury-Jones, C. & McKenna, H. (2010): On the precipice of great things: The current state of UK nurse education. In: *Nurse Education Today* 30, 239-244.
- Tessaring, M. (1999): *Ausbildung im gesellschaftlichen Wandel. Ein Bericht zum aktuellen Stand der Berufsbildungsforschung in Europa.* Luxemburg: Kommission der Europäischen Union.
- Theobald, H. (2004): *Entwicklung des Qualifikationsbedarfs im Gesundheitssektor: Professionalisierungsprozesse in der Physiotherapie und Dentalhygiene im europäischen Vergleich.* (discussion paper). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).
- Thomson, D. & Hilton, R. (2012): An Evaluation of Students' Perceptions of a College-based Programme that Involves Patients, Carers and Service Users in Physiotherapy Education. In: *Physiotherapy Research International* 17(1), 36-47.
- Tippelt, R. & Schmidt, B. (Hrsg.) (2009): *Handbuch Bildungsforschung* (2., überarb. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Traynor, M. & Rafferty, A. M. (1998): Context, convergence and contingency. *Journal of Health Service Research and Policy* 3, 195-196.
- Tschöpa, I. (1975): Die Weiterbildung der Medizinisch-technischen Assistentin zur Lehrassistentin im Vergleich zur Weiterbildung der Krankenschwester zur Unterrichts- oder leitenden Schwester. In: *MTA* 58, 330-342 & 385-395.
- Tzeng, H-M. (2004): Nurses' self-assessment of their nursing competencies, job demands and job performance in the Taiwan hospital system. In: *International Journal of Nursing Studies* 41, 487-496.
- UG – Universitätsgesetz (2002): Bundesgesetz über die Organisation der Universitäten und ihre Studien. BGBl. I Nr. 120/2002 (Nr. GP XXI RV 1134 AB 1224 S. 111. BR: 6697 AB 6717 S. 690). <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20002128/UG%2c%20Fassung%20vom%2009.10.2012.pdf> (Stand: 09.10.2012).
- UHert (University of Hertfordshire) (2012): BSc (Hons) Diagnostic Radiography & Imaging. Course structure. Year 2 – full detail. http://www.herts.ac.uk/courses/BScHons-Diagnostic-Radiography-and-Imaging_year_2.cfm (Stand: 12.09.2012).
- UK Government (2010): Report: Referencing the Qualifications Frameworks of the United Kingdom to the European Qualifications Framework. http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc/eqf/ukreport_en.pdf (Stand: 01.08.2012).
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) (2011): Revision of the International Standard Classification of Education (ICED). Paris. http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/other_documents/isced_2011/index.cfm?TargetUrl=DSP_ISCED_2011 (Stand: 03.02.2013).
- van den Berg, N.; Meinke, C.; Heymann, R.; Dreier, A.; Terschüren, C. & Hoffmann, W. (2007): Community Medicine Nurses. Arztunterstützung in ländlichen Regionen. In: *Pflege & Gesellschaft* 12(2), 118-134.
- van der Velden, L. F. J., Francke, A. L. & Batenburg, R. S. (2011): *Vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland. Een kennissynthese van bestaande literatuur en gegevensbronnen.* Utrecht. Nivel. <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-nationale-kennissynthese.pdf> (Stand: 10.02.2013).
- van de Ven, B. (2012): *Niederlande.* In: Döbert, H.; Hörner, W.; Kopp, B. & Reuter, L. (Hrsg.): *Die Bildungssysteme Europas* (3., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren, 506-525.
- van Rens, J. (2006): *Het Europees Kwalificatiekader en leren in Nederland. Rapport voor de Onderwijsraad.* http://www.onderwijsraad.nl/upload/publicaties/312/documenten/het_europese_kwalificatiekader_en_leren_in_nederland.pdf (Stand: 08.10.2012).
- Vetter, C. (2005): *Physiotherapie in Frankreich – ein sicherer Job.* In: *Physiopraxis* 10(5), 46-48.
- von Troschke J. & Stößel, U. (2012): *Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege.* (2., überarb. Aufl.), Bern: Huber.
- V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland – Beroepsvereniging van zorgprofessionals) (2012a): *kwaliteitsregister verpleegkundigen & verzorgenden.* Home. <http://www.kwaliteitsregistervenvn.nl/index.asp> (Stand: 02.09.2012).
- V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland – Beroepsvereniging van zorgprofessionals) (2012b): *Beroepsprofiel verpleegkundige.* Utrecht: V&VN. <http://www.venvn.nl/Vakdossiers/Beroepsprofielen.aspx> > Het beroepsprofiel verpleegkundige (Stand: 10.02.2013).
- V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland – Beroepsvereniging van zorgprofessionals) (2012c): *Beroepsprofiel zorgkundige.* Utrecht: V&VN. <http://www.venvn.nl/Vakdossiers/Beroepsprofielen.aspx> > Het beroepsprofiel zorgkundige (Stand: 10.02.2013).
- V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland – Beroepsvereniging van zorgprofessionals) (2012d): *Beroepsprofiel verpleegkundig specialist.* Utrecht: V&VN. <http://www.venvn.nl/Vakdossiers/Beroepsprofielen.aspx> > Het beroepsprofiel verpleegkundig specialist (Stand: 10.02.2013).

- V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland – Beroepsvereniging van zorgprofessionals) (2012e): Het nieuwe beroepshuis. Utrecht: V&VN. <http://www.venvn.nl/Vakdossiers/Beroepsprofielen/Project VV2020.aspx> (Stand: 10.02.2013).
- V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland – Beroepsvereniging van zorgprofessionals) (2012f): Expertisegebied Wijkverpleegkundige. Utrecht: V&VN. <http://www.venvn.nl/Vakdossiers/Beroepsprofielen.aspx> > Expertisegebied Wijkverpleegkundige (Stand: 10.02.2013).
- V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland – Beroepsvereniging van zorgprofessionals) (2012g): Expertisegebied Casemanager Dementie. Utrecht: V&VN. <http://www.venvn.nl/Vakdossiers/Beroepsprofielen.aspx> > Expertisegebied Casemanager Dementie (Stand: 10.02.2013).
- V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland – Beroepsvereniging van zorgprofessionals) (2012h): V&V 2020. Leren van de toekomst – Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020 Deel 1. Utrecht: V&VN. http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=_TtEg4N52K8%3d&tabid=5145 (Stand: 10.02.2013).
- VvOCM (Vereniging van de Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck) (2010): De oefentherapeut. <http://www.vvocm.nl/algemeen/de-oefentherapeut> (Stand: 13.11.2012).
- Ward, A. & Gracey, J. (2006): Reflective practice in physiotherapy curricula: a survey of UK university based professional practice coordinators. In: *Medical Teacher* 28(1), e32-e39.
- Wasner, M. (2006): Qualitätsmanagement in der Ausbildung Physiotherapie in den EU-Ländern. Eine vergleichende Untersuchung. Inauguraldissertation zur Erlangung des Grades eines Dr. phil. an der Fakultät für Verhaltens- und empirische Kulturwissenschaft der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/volltexte/2007/7844/pdf/Dissertation_MW.pdf (Stand: 08.10.2012).
- Watson, R.; Stimpson, A.; Topping, A. & Porock, D. (2002): Clinical competence assessment in nursing: A systematic review of the literature. In: *Journal of Advanced Nursing* 29, 421-431.
- Weber, C. (2008): Ein altes Image ablegen. Der Professionalisierungsprozess in der Physiotherapie – aus der Geschichte heraus betrachtet. Teil 1. In: *pt_Zeitschrift für Physiotherapie*, 60(12).
- Welker, M. & Wenzel, O. (Hrsg.) (2007): *Online-Forschung 2007: Grundlagen und Fallstudien*. Köln: von Halem.
- Wet BIG (1993) – Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. http://www.st-ab.nl/wetten/0645_Wet_op_de_beroepen_in_de_individuele_gezondheidszorg_Wet_BIG.htm (Stand: 31.07.2012).
- WGKK (Wiener Gebietskrankenkasse) (2011): WGKK-Ratgeber 2011 - Ihre Gebietskrankenkasse im Überblick. http://www.arbeitundbehinderung.at/downloads/648107_Ratgeber.pdf (Stand: 14.05.2012).
- WHO (World Health Organization) (2006): Quality of care. A process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO. http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf (Stand: 13.01.2013).
- WHW (Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek) (1992): WET van 8 oktober 1992, houdende bepalingen met betrekking tot het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek. http://www.st-ab.nl/wetten/0718_Wet_op_het_hoger_onderwijs_en_wetenschappelijk_onderzoek_WHW.htm (Stand: 22.08.2012).
- Whyte, D. A., Lugton, J. & Fawcett, T. N. (2000): Fit for purpose: the relevance of Masters preparation for the professional practice of nursing. A 10-year follow-up study of postgraduate nursing courses in the University of Edinburgh. In: *Journal of Advanced Nursing* 31(5), 1072-1080.
- Wild, D.; Grove, A.; Martin, M. et al. (2005): Principles of Good Practice for the translation and cultural adaption process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR task force for translation and cultural adaption. In: *Value in Health* 8, 94-104.
- Willgerodt, M. A. (2003): Using focus groups to develop culturally relevant instruments. In: *Western Journal of Nursing Research* 25, 798-814.
- Winter, R. (2009): Ein Plädoyer für kritische Perspektiven in der qualitativen Forschung. In: *Forum Qualitative Sozialforschung* 12 (Heft 1), o. S.
- WR (Wissenschaftsrat) (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. (Drucksache 2411-12, Berlin 13.07.2012). <http://www.wissenschaftsrat.de/index.php?id=443&=&> (Stand: 30.07.2012).
- Yang, C. I.; Gau M. L.; Shiau, S. J.; Hu, W. H. & Shih, F. J. (2004): Professional career development for male nurses. In: *Journal of Advanced Nursing* 48(6), 642-650.
- Yonge, O. J.; Anderson, M.; Profetto-Mcgrath, J.; Olson, J. K.; Skillen, D. L.; Boman, J.; Ratusz, A. R.; Anderson, A.; Slater, L. & Day, R. (2005): An inventory of nursing education research. In: *International Journal of Nursing Education Scholarship* 2(1), article 11.
- Zalpour, C. (2007): Der Weg zum deutschen First Contact Practitioner. In: *Physiotherapie* 25(3), 7-8.
- Zalpour, C. (2008): Der First-Contact-Practitioner in Deutschland. Eine Frage der Qualität und Qualifikation. In: *pt_Zeitschrift für Physiotherapie*, 60(1), 105-111.
- Zillissen, A. (2011): Die Zukunft beginnt in der Schweiz. Professionalisierung der Gesundheitsberufe. In: *physiopraxis*, 9(11/12), 10-11.

Mitglieder des Projektbeirats der Gesine-Studie

Mit Studienbeginn wurde u. a. ein Netzwerk aus wissenschaftlichen und Praxis-Expert/-innen aus Deutschland i. S. eines Projektbeirats etabliert.

Die Expert/-innen des Projektbeirats unterstützen das Projekt-team mit Informationen und stellen Kontakte her zu Expert/-innen, Gremien, Verbänden und Ministerien sowohl in Deutschland als auch in den europäischen Vergleichsländern.

Zudem fanden projektbegleitend am 07. Mai 2010, 11. Februar 2011 und am 29./30. Oktober 2012 gemeinsame Arbeitssitzungen statt.

Mitglieder des Projektbeirats:

Dr. Karl Blum (Kooperationspartner)

Deutsches Krankenhaus Institut e.V.
Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf

Prof. Dr. Bernhard Borgetto

HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft
und Kunst Hildesheim/Holz Minden/Göttingen
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
Goschentor 1, 31134 Hildesheim

Gerd Dielmann

ver.di Bundesverwaltung
Ressort 9, Fachbereich 3: Gesundheit, soziale
Dienste, Wohlfahrt und Kirchen, Berufspolitik
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Prof. Dr. Heidi Höppner

Alice-Salomon-Hochschule Berlin
Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin

Prof. Dr. Marco Kachler

Fachhochschule Kärnten
Studienbereich Gesundheit & Soziales
St. Weiterstr. 47, A-9020 Klagenfurt am Wörthersee

Dr. Karl Kälble

AHPGS Akkreditierungsagentur gGmbH
Sedanstr. 22, 79098 Freiburg i. Br.

Karin Oster

BBJ Consult AG
Herzbergstr. 83, 10365 Berlin

Getrud Stöcker

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe c/o DBfK-
Bundesverband
Salzufer 6, 10587 Berlin

Stefanie Stumpe

Deutscher Verband technischer Assistenten in der
Medizin e.V. (dvta)
Spaldingstr. 110b, 20097 Hamburg

Impressum

Herausgeber

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)
Referat für Grundsatzfragen der beruflichen
Aus- und Weiterbildung
Heinemannstraße 2
53175 Bonn

Bestellungen

schriftlich an
Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Internet: <http://www.bmbf.de>
oder per
Tel.: 030 18 272 272 1
Fax: 030 18 10 272 272 1

Stand

Bonn, Februar 2014

Gestaltung

W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld
Hauke und Jessica Sturm, Berlin

Bildnachweis

Plainpicture (Titel)

Autoren

Dr. Yvonne Lehmann
Dipl.-PGw. Katrin Beutner
Dipl.-PGw. Kathleen Karge
Dr. Gertrud Ayerle
MSc.-GPw. Steffen Heinrich
Prof. Dr. Johann Behrens
Prof. Dr. Margarete Landenberger

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Medizinische Fakultät
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Magdeburger Straße 8
06097 Halle (Saale)
Tel.: (0345) 557 – 4466 (Sekretariat Frau Friede)

Die Berufsbildungsforschungsinitiative des BMBF

Zur Stärkung der Attraktivität und Zukunftsfähigkeit des Berufsbildungssystems sowie zur Erhöhung der Integrationschancen von Jugendlichen an der ersten und zweiten Schwelle bedarf es einer konsistenten und konsequenten Berufsbildungspolitik. Mit Blick auf die Komplexität der für die Berufsbildungspolitik entscheidungsbeeinflussenden Faktoren und Rahmenbedingungen sollen die Erkenntnisse der Berufsbildungsforschung eine Grundlage für die politische Entscheidungsfindung sein.

Die im Jahr 2006 gestartete Initiative des BMBF – unterstützt durch das Bundesinstitut für Berufsbildung – orientiert sich kontinuierlich in seiner inhaltlichen Ausrichtung an programmatischen bildungspolitischen Anforderungen. Das Ziel der im Rahmen der Berufsbildungsforschungsinitiative durchgeführten Forschungsvorhaben ist es, Informationen, Daten und Vorschläge in Form von Expertisen und empirischen Untersuchungen für bildungspolitisches Handeln zu generieren. Darüber hinaus soll diese Initiative zu einer Intensivierung der Kommunikation zwischen Wissenschaft und Politik beitragen.

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit vom Bundesministerium für Bildung und Forschung unentgeltlich abgegeben. Sie ist nicht zum gewerblichen Vertrieb bestimmt. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen/Wahlwerbern oder Wahlhelferinnen/Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen sowie für Wahlen zum Europäischen Parlament. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen und an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Unter sagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin/dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.



**Bundesministerium
für Bildung
und Forschung**

