

Berlin, den 05.07.2019

Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM) zum Gesamtkonzept zur Neuordnung und Stärkung der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe (Bund-Länder-Arbeitsgruppe)

Vorwort

Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) nimmt im Folgenden Stellung zu Fragen aus dem Fragenkatalog der Bund-Länder-Arbeitsgruppe. Aufgrund der berufsgruppenübergreifenden Ausrichtung des DNEbM beziehen wir uns hierbei ausschließlich auf Fragen und Aspekte, die aus der Sicht des DNEbM besonders relevant sind hinsichtlich der Förderung einer evidenzbasierten Praxis in der Gesundheitsversorgung.

I. Berufsgesetze

1. Welche Punkte der Berufsgesetze bedürfen Ihrer Ansicht nach einer Modernisierung bzw. Änderung? Welche zusätzlichen Punkte sollten einfließen? Auf welche Punkte kann Ihrer Meinung nach verzichtet werden?

In den Berufsgesetzen bzw. Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen aller patientennahen Gesundheitsfachberufe sowie der ärztlichen Berufe sollte die Qualifikation für eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung in den patientenindividuellen Versorgungsprozessen fest verankert sein.

Diese Kompetenzen umfassen u. a. (s. Albarquoni et al. 2018):

- das Bewusstsein für die nötige Integration von aktuellen besten wissenschaftlichen Erkenntnissen, beruflichen Erfahrungen, Patientenpräferenzen und situativen Rahmenbedingungen
- die Fähigkeit zur kritischen Reflexion der aktuellen Entscheidungs- und Handlungssicherheit sowie der Qualität der Versorgung
- die Fähigkeit zur systematischen Recherche nach geeigneten Forschungsdaten oder evidenzbasierten Empfehlungen (Leitlinien) sowie zur kritischen Bewertung deren Aussagekraft und zur angemessenen Ergebnisinterpretation
- die Fähigkeit zur kritisch reflektierten Übertragung der gesichteten Forschungsdaten und evidenzbasierten Empfehlungen auf das eigene Handlungsfeld unter Berücksichtigung von Patientenpräferenzen, situativen Rahmenbedingungen und Patientenmerkmalen (z. B. Schweregrade von Beeinträchtigungen, prognostische Faktoren)
- die Fähigkeit zur evidenzbasierten Patienteninformation und gemeinsamen Entscheidungsfindung mit den Betroffenen sowie deren Angehörigen, darin inbegriffen u. a die Fähigkeit zur Erhebung von Patientenbedürfnissen und -präferenzen, zur adressaten- und

Berlin, den 05.07.2019

sachgerechten Darstellung wissenschaftlicher Informationen und bestehender Unsicherheiten und zur gleichberechtigten Beteiligung der Betroffenen an Entscheidungsprozessen

- die Fähigkeit zur kritischen Reflexion bestehender Unsicherheiten in der Entscheidungsfindung sowie damit verbundene klinische/professionelle, ethische und rechtliche Implikationen
- die Fähigkeit, Ergebnisse des eigenen professionellen Handelns sowie der Versorgungsqualität insgesamt im eigenen Handlungsbereich zu überwachen, mögliche Barrieren für die Umsetzung eines evidenzbasierten Entscheidens und Handelns zu identifizieren und entsprechende Strategien zu entwickeln.

Diese Ausbildungsziele decken sich mit den Empfehlungen des Wissenschaftsrats für die hochschulische Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen und der Medizin (Wissenschaftsrat 2012). Für die Studiengänge der Humanmedizin und Zahnmedizin haben diese Ausbildungsziele bereits Niederschlag in den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogen gefunden (MFT 2015). In Analogie hierzu sollten vergleichbare Lernziele in die Ausbildungsnormen der Gesundheitsfachberufe aufgenommen werden. Das DNEbM hat in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf für das Hebammenreformgesetz (HebRefG) diese Forderung bereits konstatiert und formuliert (DNEbM 2019). Eine Orientierung hierfür bietet auch das Kerncurriculum Evidenzbasierte Entscheidungsfindung des DNEbM (2017). Für den Pflegeberuf liegen darüber hinaus auf europäischer Ebene abgestimmte aktuelle Empfehlungen für die Kompetenzen von Pflegefachpersonen mit Befähigung zur eigenständigen evidenzbasierten Entscheidungsfindung vor (Gobbi & Kaunonen 2018).

Eng verbunden mit der Befähigung zur evidenzbasierten Entscheidungsfindung ist die Befähigung zur patientenzentrierten berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe und ärztlichen Berufe auf der Basis geteilter Normen und Werte, u.a. im Sinne der evidenzbasierten Entscheidungsfindung, sowie klar definierter Vorbehalts- bzw. eigenverantwortlicher Tätigkeitsfelder der einzelnen Berufe (s. Antworten auf Fragen II-2 und II-3). Auch die hierfür erforderlichen Kompetenzen sind in den künftigen berufsgesetzlichen Vorgaben differenzierter und entsprechend aktueller nationaler und internationaler Kompetenzmodelle zu definieren. Auf nationaler Ebene wird in Kürze hierfür als eine Referenz ein Nationales Mustercurriculum „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“ für die Ausbildung in den ärztlichen und anderen patientennahen Gesundheitsversorgungsberufen zur Verfügung stehen (<https://www.impp.de/forschung/drittmittelprojekte/interprofessionelle-zusammenarbeit-und-kommunikation.html>).

2. Welche Punkte der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen bedürfen Ihrer Ansicht nach einer Modernisierung bzw. Änderung? Welche zusätzlichen Punkte sollten einfließen? Auf welche Punkte kann Ihrer Meinung nach verzichtet werden?

Die hierfür erforderlichen Anpassungen ergeben sich aus der Antwort auf die Frage I-1.

Des Weiteren ist bei der Neufassung berufsrechtlicher Normen darauf zu achten, dass diese im Einklang mit den Grundsätzen einer hochschulischen Ausbildung stehen. Dies betrifft die notwendige hochschulische Verantwortung in der curricularen Gestaltung von Modulen und Leistungsnachweisen, die Ermöglichung eines relevanten Selbststudium-Anteils und die Integration berufspraktischer Ausbildungsanteile und der staatlichen Prüfung (HRK 2017). Die entsprechenden berufsgesetzlichen Vorgaben sollten so definiert sein, dass sie die grundgesetzlich verankerten Rechte von Hochschulen nicht verletzen und sich in einem Studiengangskonzept umsetzen las-

Berlin, den 05.07.2019

sen, das mit den generellen Anforderungen an hochschulische Ausbildungsprogramme gemäß der Bologna-Deklaration (KMK 2017) vereinbar und innerhalb dieses Rahmens studierbar ist. Bisher bereits für die hochschulische Pflegeausbildung (s. Teil 3 Pflegeberufegesetz (PflBG) und dazugehörige Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAprV)) und die künftige Hebammenausbildung (s. Entwurf HebRefG) definierte Regelungen können als Orientierung dienen.

Besondere Beachtung sollten u. a. der Umfang und die Gestaltung der praktischen Ausbildungsanteile erfahren, damit auch dieser Teil des Studiums effektiv zur Entwicklung obengenannter Kompetenzen zur evidenzbasierten Entscheidungsfindung und zur berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit beitragen kann. Beispielsweise sollten, abgeleitet aus den gesetzlich verankerten Qualifikationszielen einer hochschulischen Ausbildung, verbindliche Anforderungen an den Mindestumfang der Praxisanleitung und die hochschulische Qualifikation der anleitenden Personen sowie an Umfang und Lehrformate der hochschulischen Begleitung und Unterstützung der Ausbildung am Lernort Praxis definiert werden. Die Aufnahme entsprechender Vorgaben in die berufsgesetzlichen Regelungen ist essenziell, um hochschul- und einrichtungübergreifend einheitliche Bedingungen für die hochschulische Ausbildung sicherzustellen und den hierfür erforderlichen Ressourcenbedarf zu quantifizieren.

In Verbindung mit den berufsgesetzlichen Normen sind daher auch die notwendigen rechtlichen Voraussetzungen für die Refinanzierung entsprechender Ausbildungsleistungen der Praxiseinrichtungen und der Hochschulen zu schaffen. Für alle Teile der hochschulischen Ausbildung in den ärztlichen Berufen und patientennahen Gesundheitsberufen sollten hierbei vergleichbare Regeln für die Berechnung der notwendigen Lehrkapazität an den Lernorten Hochschule und Versorgungspraxis gelten, sodass entsprechende Mindeststandards nicht Gegenstand eines Wettbewerbs nach unten zwischen Hochschulen und Studienrichtungen (Berufen) werden können.

3. Entspricht das Ausbildungsziel (falls im Berufsgesetz vorhanden) den heutigen und zukünftigen Anforderungen an Ihre Berufsgruppe? Wenn nein, wie sollte das Ausbildungsziel Ihrer Meinung nach gefasst sein?

Ergibt sich aus der Antwort auf Frage I-1. Die dort genannten Kompetenzen für eine evidenzbasierte Praxis und interprofessionelle Zusammenarbeit finden sich aktuell nur partiell in den berufsgesetzlichen Vorgaben wieder. Die im reformierten Pflegeberufegesetz (PflBG, PflAprV) oder im Entwurf für des HebRefG definierten Qualifikationsziele für die hochschulische Pflege- bzw. Hebammenausbildung enthalten die bezeichneten Kompetenzen im größeren Umfang, wenngleich die Prinzipien der evidenzbasierten Entscheidungsfindung auch in diesen novellierten berufsgesetzlichen Vorgaben nur teilweise bzw. nicht ausdrücklich in den ausgewiesenen Ausbildungszielen benannt sind. Auch zur Förderung einer berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit sollten die Prinzipien der evidenzbasierten Entscheidungsfindung und der interprofessionellen Zusammenarbeit möglichst einheitlich den Ausbildungszielen sowohl der ärztlichen Berufe als auch der patientennahen Gesundheitsfachberufe zugrunde liegen.

4. Wie beurteilen Sie die Aufnahme eines Ausbildungszieles in das Berufsgesetz Ihrer Berufsgruppe (falls nicht im Berufsgesetz vorhanden)? Wenn Sie die Aufnahme befürworten, wie sollte das Ausbildungsziel Ihrer Meinung nach gefasst sein?

Es sollten für alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Berufe Ausbildungsziele formuliert sein, die jeweils klar den Handlungsbereich des betreffenden Berufs, auch im Sinne vorbehaltenen Aufgaben, benennen. Dies wird als wichtige Voraussetzung für eine effektive berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit gesehen. Die Befähigung zur evidenzbasierten Entscheidungsfindung sollte sich dezidiert in diesen Zielen wiederfinden.

Berlin, den 05.07.2019

5. Inwieweit lassen sich Ihrer Ansicht nach die derzeitig für die Physiotherapie erforderlichen Weiterbildungen für die sogenannten Zertifikatspositionen (z.B. Manuelle Therapie, Manuelle Lymphdrainage) in die Ausbildung integrieren? Welche Folgen hätte dies für die Ausbildung?

Wie eingangs dargestellt, vertritt die vorliegende Stellungnahme des DNEbM eine berufsgruppenübergreifende Perspektive, weshalb auf einzelne berufsspezifische Ausbildungsinhalte nicht eingegangen werden kann. Generell muss sich die Auswahl der Ausbildungsinhalte aus den Qualifikationszielen ergeben, die wiederum den berufsspezifischen Versorgungsbedarf reflektieren sollten. Dieser Versorgungsbedarf ergibt sich insbesondere aus der Häufigkeit und Schwere einzelner Erkrankungen und Gesundheitsprobleme sowie aus dem Potenzial für eine effektive Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation oder Pflege nach dem Stand der Wissenschaft. Demzufolge sind auch bei der Auswahl und Vermittlung der Kompetenzen für einzelne Interventionen im Verantwortungsbereich eines definierten Berufes die Prinzipien der evidenzbasierten Entscheidungsfindung zu beachten.

6. Wie ist Ihre Position zur Durchlässigkeit zwischen beruflicher und akademischer Bildung?

Das DNEbM befürwortet grundsätzlich die Durchlässigkeit zwischen beruflicher und akademischer Bildung, sofern dabei die Erreichung der unter Punkt I-1 genannten Kompetenzen gewährleistet ist. Die Durchlässigkeit der Bildungswege ist ein Prinzip der Bologna-Reform, dem die Hochschulen dementsprechend gerecht werden. Regeln für die Anerkennung außerhochschulisch erworbener Kompetenzen – und somit die Anerkennung berufspraktischer Erfahrungen sowie (fachschulischer) Ausbildungen – bestehen bereits und sind somit, zumindest für die Übergangszeit bis zur Vollakademisierung, notwendig und sinnvoll.

7. Welche Vorteile sehen Sie in einem allgemeinen Heilberufe-Gesetz für die Gesundheitsfachberufe?

Der Begriff „Heilberufe“ und künftige Gesetze hierzu sollte implizieren und reflektieren,

- dass Angehörige aller Berufe in der patientennahen Versorgung klinisch relevante Entscheidungen nach den Maßstäben der evidenzbasierten Praxis zu treffen haben und eine entsprechende heilberufliche Verantwortung tragen
- dass das jeweilige Gesetz den Kernbereich des eigenverantwortlichen bzw. dem jeweiligen Beruf vorbehaltenen Entscheidens und Handelns definiert
- dass hierarchische Verhältnisse der Berufe zueinander vermieden werden, sondern vielmehr die jeweils eigenständigen Beiträge ausgewiesen werden
- dass konsekutiv das Entgeltsystem bzw. die Finanzierung von Gesundheitsleistungen so angepasst werden, dass die Berufe, die eine Leistung primär erbringen, auch direkt die entsprechenden Mittel erhalten und deren Einsatz/Verbrauch nach den Maßstäben der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu verantworten haben.

Eine Unterscheidung zwischen Medizin/Arztberuf und Gesundheitsfachberuf sollte sich inhaltlich ergeben, nicht aber aus tradierten Rollenverständnissen. Dass ein Allgemeines Heilberufegesetz bzw. ein Gesetz über die Heilberufe, ergänzend zu den Berufszulassungsgesetzen, erforderlich und machbar ist, um oben genannte Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte Versorgung und

Berlin, den 05.07.2019

die Kooperation zwischen den verschiedenen Berufen zu stärken, wurde bereits in entsprechenden Expertisen anerkannt (z. B. Robert Bosch Stiftung 2011 & 2013)

8. Welche Nachteile sehen Sie in einem allgemeinen Heilberufe-Gesetz für die Gesundheitsfachberufe?

Keine (siehe Ausführungen zur Frage I-7).

II. Ausbildung

1. Wie könnte ein Kompetenzkatalog für Ihre Berufsgruppe aussehen und in welcher Ausbildungsform (an Hochschulen oder Berufsfachschulen) könnten die erforderlichen Kompetenzen besser vermittelt werden?

Siehe Punkt I-1. Die genannten Kompetenzen für eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung in den patientenindividuellen Versorgungsprozessen sowie, damit korrespondierend, für eine patientenzentrierte berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit sind in den Kompetenzkatalogen aller Gesundheitsfachberufe als Querschnittskompetenzen zu verankern, ähnlich wie bereits in den Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalogen der Medizin geschehen. Diese Kompetenzen können nur im Rahmen einer vollständig hochschulischen Ausbildung vermittelt werden (HVG, VAST 2018).

2. Welche interprofessionellen Lehrinhalte halten Sie für wichtig?

Grundsätzlich gelten alle oben genannten erforderlichen Kompetenzen für eine evidenzbasierte Praxis in der patientennahen Gesundheitsversorgung universell für alle beteiligten Berufe (siehe Antwort auf Frage I-1.) und sollten möglichst interprofessionell vermittelt werden. Dies impliziert auch Kompetenzen zur patientenzentrierten und interprofessionellen Kommunikation und im Verständnis der strukturellen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung.

Der Wissenschaftsrat (WR) hat dies 2018 für das Medizinstudium ebenfalls konstatiert (WR 2018), und ein nationaler, berufsgruppenübergreifend entwickelter Referenzrahmen für die Definition und Operationalisierung entsprechender Kompetenzen wird mit dem Nationalen Mustercurriculum interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation in Kürze verfügbar sein (siehe Antwort auf Frage I-1). Hochschulen bieten aufgrund ihrer Inter- und Multidisziplinarität besonders geeignete Voraussetzungen und großes Potenzial zum frühzeitigen berufs- und disziplinenübergreifenden Lernen und Austausch, wobei zur Ausbildung der genannten Kompetenzen für die interprofessionelle Zusammenarbeit eine gemeinsame Verortung der Studienangebote in den Gesundheitsfachberufen und der Medizin an einer lokalen Hochschule oder zumindest enge Kooperationen zwischen entsprechenden lokal benachbarten Hochschuleinrichtungen erforderlich ist (HRK 2017).

3. Halten Sie die Einführung vorbehaltener Tätigkeiten für Ihre Berufsgruppe für sinnvoll? Wenn ja, welche Tätigkeiten sollten dies Ihrer Meinung nach sein?

Siehe Kommentare zur Frage I-7. Als Voraussetzung für eine effektive, zeit- und ressourcenschonende berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit wird es als erforderlich angesehen, dass für jeden an der patientennahen Versorgung beteiligten Gesundheitsfachberuf sowie für die ärztli-

chen Berufe eindeutig die jeweils vorbehaltenen Tätigkeitsfelder definiert sind. Diese vorbehaltenen Aufgaben bestimmen nicht nur die primäre Verantwortung für evidenzbasierte Entscheidungen im individuellen Pflege- oder Behandlungsprozess, sondern auch die Verantwortung für die Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung. Die vorbehaltenen Aufgaben sollten sich aus der Gesamtbetrachtung des aktuellen und künftigen Versorgungsbedarfs in der Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Pflege und der fachlichen Kompetenzen der einzelnen Berufe ergeben. Zudem sollten normativ verbindliche Mechanismen etabliert und entsprechende Ressourcen bereitgestellt werden, die eine regelmäßige Überprüfung aktuell zugeschriebener Vorbehaltsaufgaben pro Beruf und Anpassungen entsprechend sich entwickelnder Bedarfskonstellationen sicherstellen.

III. Kompetenzerweiterung /neue Aufgaben und Übertragung einer höheren Verantwortung

1. Halten Sie eine Kompetenzerweiterung bzw. neue Aufgaben für Ihre Berufsgruppe für sinnvoll? Wenn ja, welche Kompetenzen sollten erweitert werden bzw. welche neuen Aufgaben sollten hinzukommen?

Eine hochschulische Ausbildung der Gesundheitsfachberufe beinhaltet eine Höherqualifikation (DQR 6 statt DQR 4), daraus resultieren erweiterte Kompetenzen respektive Aufgabenbereiche. Diese Erweiterung bezieht sich gemäß dem Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR, <https://www.dqr.de/content/2336.php>) bzw. dem Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse (KMK 2017) gegenüber dem DQR-Niveau 4 vor allem auf die Befähigung zur eigenständigen lösungsorientierten Bearbeitung komplexer, sich ggf. schnell verändernder Problemlagen unter Anwendung und kritischer Reflexion verschiedener, auch wissenschaftlicher, Informationsquellen. Die unter I-1 beschriebenen Fähigkeiten zur evidenzbasierten Entscheidungsfindung und Praxisentwicklung im jeweiligen Berufsfeld erfordern in vielen von chronischen Verläufen und multiplen Gesundheitsproblemen und/oder schweren akuten Erkrankungen geprägten Versorgungssituationen mindestens Problemlösungskompetenzen auf dem DQR-Niveau 6. Dies deckt sich z. B. auch mit aktuellen europaweit abgestimmten Empfehlungen für die pflegeberufliche Ausbildung (Gobbi & Kaunonen 2018).

Eine darüber hinausgehende Zuordnung oder Neudefinition der Kompetenzen und Aufgaben für die einzelnen Gesundheitsfachberufe liegt außerhalb des Betrachtungshorizonts dieser berufsgruppenübergreifenden Stellungnahme des DNEbM. Dies bedeutet jedoch ausdrücklich nicht, dass damit der Bedarf für eine (partielle) Neuordnung der Aufgaben- und Kompetenzzuweisung zu den einzelnen Berufen in der patientennahen Gesundheitsversorgung, einschließlich der Medizin, ausgeschlossen wird. Diese Neuordnung sollte auf der Basis einer wissenschaftlich fundierten Beantwortung nachfolgender Fragen unter gleichberechtigter Einbeziehung und Entscheidungsbeteiligung aller relevanten Interessengruppen, inklusive der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen, erfolgen:

- Für welche Versorgungssituationen (z. B. Patientengruppen) verweisen vorliegende Forschungsergebnisse auf eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung, die sehr wahrscheinlich durch die Etablierung neuer Aufgabenfelder oder eine Änderung der Aufgabenzuordnung in der Gesundheitsversorgung überwunden werden kann?
- Für welche Berufe in der patientennahen Gesundheitsversorgung besteht nach beruflichem Selbstverständnis und vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen das größte Potenzial, neu zu etablierende oder neu zu übernehmende Aufgaben zum Wohle der indi-

Berlin, den 05.07.2019

viduell Betroffenen und der Gesellschaft nach den Maßstäben der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit eigenverantwortlich (im Sinne von Vorbehaltsaufgaben) auszuführen?

- Welche Kompetenzen und Kompetenzniveaus sind für die eigenverantwortliche Übernahme (künftiger) vorbehaltener Aufgaben erforderlich? Inwieweit genügen hierfür beispielsweise Kompetenzen auf dem DQR-Niveau 6 (Bachelorgrad) oder sind Kompetenzen auf den DQR-Niveaus 7 (Masterabschluss) oder 8 (abgeschlossene Promotion) erforderlich?
- Inwieweit lassen sich darüber hinaus durch eine Anpassung der Organisation der Ausführung der einem Beruf zugeordneten Aufgaben, z. B. durch Delegation an einen anderen Gesundheitsfachberuf oder an ein niedrigeres Qualifikationsniveau desselben Berufes (z. B. Assistenz- und Helferniveau), die Ergebnisqualität der Gesundheitsversorgung in einem patienten- und gesellschaftlich relevantem Maße optimieren?

Bei der Beantwortung dieser Fragen sind die in anderen Ländern bereits umfangreich vorliegenden Forschungsergebnisse zur Substitution und Delegation besonders ärztlicher Aufgaben oder zum „skills and grade mix“ in bestimmten Versorgungsbereichen systematisch einzubeziehen. Über die genannten Fragen hinaus ist zudem berufsgruppenübergreifend zu prüfen und festzulegen, welche Mechanismen und Maßnahmen zum verpflichtenden Kompetenzerhalt bezogen auf den zugeordneten Vorbehaltsaufgaben und auf Delegationsbasis auszuführenden Aufgaben erforderlich sind.

Die erforderlichen Forschungsarbeiten (inkl. systematischer Evidenzsynthesen) für die Darstellung und Erprobung notwendiger Neuordnungen der Aufgabendefinition, -zuordnung und -organisation in der Gesundheitsversorgung sollten im Rahmen wettbewerblich ausgeschriebener und nach den üblichen Kriterien guter wissenschaftlicher Praxis vergebener öffentlich geförderter wissenschaftlicher Projekte erfolgen. Ebenso sind öffentliche Mittel für die aussagekräftige Überwachung der mittel- und langfristigen Konsequenzen solcher tiefgreifenden Änderungen des Gesundheitssystems bereitzustellen.

Grundsätzlich erwartet das DNEbM darüber hinaus, dass die Ausweitung der Kompetenzen der Gesundheitsfachberufe und die Neuordnung der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen auch mit einer Novellierung der Zuweisung finanzieller Ressourcen zu den einzelnen Berufen sowie der Zugriffsmöglichkeiten und Ressourcenverantwortung der einzelnen Berufe einhergehen muss.

2. In welchen Bereichen halten Sie ggf. die Delegation ärztlicher Aufgaben an Ihre Berufsgruppe für sinnvoll?

Siehe Antwort auf Frage III-1.

3. In welchen Bereichen halten Sie ggf. eine Substitution ärztlicher Aufgaben durch Ihre Berufsgruppe für sinnvoll?

Siehe Antwort auf Frage III-1.

4. Ist aus Ihrer Sicht die Schaffung neuer Berufsausbildungen (auch z.B. auf Assistenz-/Helferniveau) erforderlich? Wenn ja, welche halten Sie für erforderlich?

Siehe Antwort auf Frage III-1.

IV. Akademisierung

1. Welche Position vertritt Ihr Berufsverband zum Thema Akademisierung der Ausbildung Ihrer Berufsgruppe?

Wie die Stellungnahme zu den Fragen in den Kapiteln I bis III zeigen, erachtet das DNEbM eine vollständige primärqualifizierende hochschulische Ausbildung in den patientennahen Gesundheitsfachberufen als eine Voraussetzung, um die unter I-1 beschriebenen Kompetenzen für eine eigenverantwortliche evidenzbasierte Entscheidungsfindung und Praxisentwicklung sowie eine effektive patientenzentrierte interprofessionelle Zusammenarbeit zu vermitteln.

Das heißt, in allen patientennahen Gesundheitsfachberufen sollte die Erlaubnis zur Ausübung des Berufs mit diesen Kompetenzen ausschließlich im Wege einer hochschulischen Ausbildung zu erlangen sein. Dies schließt für einzelne Berufsfelder nicht den Bedarf nach Berufsabschlüssen unterhalb des DQR-Niveaus 6 aus, die jedoch dann nicht zur Ausübung von Vorbehaltsaufgaben im Sinne einer eigenverantwortlichen evidenzbasierten Entscheidungshoheit in dem jeweiligen beruflichen Handlungsfeld befähigen können.

2. Welche Vorteile sehen Sie in einer Vollakademisierung?

Siehe Antwort auf IV-1. Mit ausschließlich hochschulischen Ausbildungsangeboten für die Erlangung der unter I-1 genannten Kompetenzen werden die qualifikatorischen Anforderungen an die Berufsausübung verbindlich, explizit sowie transparent nach innen (innerhalb der Berufsgruppe) und nach außen an ein Mindestniveau akademischer Qualifikation gebunden. Nur eine Vollakademisierung für das Erreichen dieser Ausbildungsziele kann eine einheitlich wissenschaftlich fundierte Ausbildung mit dem Ziel der Befähigung zu einer zeitgemäßen evidenzbasierten Gesundheitsversorgung gewährleisten. Sie ist zudem unerlässlich für die internationale Anschlussfähigkeit der Ausbildung in diesen Berufen (in allen EU-Ländern außer in Deutschland ist bspw. die akademische Ausbildung Standard) und für den Ausbau der Forschung und damit der wissenschaftlichen Evidenz in den entsprechenden Handlungsfeldern.

Eine Vollakademisierung trägt dazu bei, ein deutschlandweit einheitliches Qualifikationsniveau in den einzelnen patientennahen Gesundheitsberufen sicherzustellen, schützt Bürgerinnen und Bürger vor regional ungleichen Versorgungsstandards und schafft wichtige strukturelle Voraussetzungen für eine gleichberechtigte, partnerschaftliche Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen in der patientennahen Gesundheitsversorgung.

3. Welche Nachteile sehen Sie in einer Vollakademisierung?

Keine

4. Welche Vorteile sehen Sie in einer Teilakademisierung?

Keine

5. Welche Nachteile sehen Sie in einer Teilakademisierung?

Berlin, den 05.07.2019

Unterschiedliche Ausbildungswege führen zwangsläufig zu unterschiedlichen Kompetenzen und Kompetenzniveaus. Bei einer Teilakademisierung wäre eine einheitlich wissenschaftlich fundierte Ausbildung mit dem Ziel der Befähigung zu einer evidenzbasierten, patientenzentrierten Gesundheitsversorgung nicht gewährleistet. Ebenso steht eine Teilakademisierung der Entwicklung einer einheitlichen professionellen Identität innerhalb der Gesundheitsfachberufe sowie einem berufsgruppenübergreifend geteilten Wissens- und Werteverständnis entgegen und erschwert die Gewährleistung einheitlicher Qualitätsstandards in der Versorgung. Für Patientinnen und Patienten sind die derzeitige diversen Ausbildungsstrukturen in den Gesundheitsfachberufen schon jetzt kaum mehr nachvollziehbar. Sowohl gesundheits- als auch bildungspolitisch steht das DNEbM einem deutschen Sonderweg der Teilakademisierung kritisch gegenüber.

6. Wie kann Ihrer Meinung nach eine praxisorientierte Ausbildung bei einer Akademisierung der Ausbildung weiterhin gewährleistet werden?

Eine akademische Ausbildung steht nicht im Widerspruch zur notwendigen Praxisorientierung der Ausbildung in den patientennahen Gesundheitsfachberufen. Vielmehr muss und soll es das Ziel einer akademischen Ausbildung in diesen Berufen sein, die Absolventinnen und Absolventen zu einem kritisch reflektierten Transfer der aktuell verfügbaren besten wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Versorgungspraxis und zur Ableitung weiteren Forschungs- und Entwicklungsbedarfs aus der erlebten, beobachteten und kritisch reflektierten Praxis heraus zu befähigen. Hierfür sind Vorgaben zu Umfang, Orten und didaktischer Unterstützung bzw. Begleitung praktischer Ausbildungsanteile sowie zur wissenschaftlichen und fachpraktischen bzw. berufsfachlichen Qualifikation der Anleitenden und Lehrenden erforderlich.

Aus Sicht des DNEbM gibt es keine Anforderungen mit Blick auf die praktischen Anteile der Ausbildung, die die Hochschulen nicht erfüllen können. Dies zeigt zum einen die Jahrhunderte alte Tradition des universitären Medizinstudiums, zum anderen die Evaluationsergebnisse und Erfahrungen aus bereits etablierten Modellstudiengängen für die Ausbildung in den patientennahen Gesundheitsfachberufen (z. B. Darmann-Finck et al. 2014). Entsprechende Regelungen sollten sich auf in diesen Studiengängen bewährten Strukturen und Abläufe stützen. Wichtig ist hierbei die Sicherstellung ausreichender Lehrkapazitäten, um das Lernen an der Schnittstelle von Theorie und Praxis (klinischer Unterricht, Praxisbegleitung etc.) zu unterstützen, das häufig Kleingruppenformate (< 10 Studierende pro Lehrkraft) erfordert (s. z. B. Regelungen zu Umfängen und Lehrkapazität für praktische Übungen in § 2 Approbationsordnung für Ärzte).

7. Wie beurteilen Sie den Einfluss einer Vollakademisierung auf die Entwicklung der Auszubildenden- und Absolventenzahlen in Ihrer Berufsgruppe? Erwarten Sie zurückgehende, gleichbleibende oder steigende Zahlen? (bitte begründen)

Die Zahlen der Studierenden in den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen hat sich von 2010 bis 2018 verdreifacht (Deutscher Bundestag 2019). Dies illustriert das stark gewachsene Interesse an einer akademischen Ausbildung in diesen Berufen. Wir erwarten einen weiteren Anstieg der Studierendenzahlen, der allenfalls temporär gebremst sein könnte durch die Tatsache, dass eine akademische Ausbildung einen höheren Schulabschluss erfordert als eine nicht-akademische Ausbildung.

Unabhängig davon, dass es in einzelnen Berufsfeldern weiterhin Bedarf auch für Qualifikationsniveaus unterhalb des DQR-Niveaus 6 geben wird (s. Antwort auf Frage IV-1), ist der akademische Ausbildungsweg essenziell, um ausreichend qualifizierten Nachwuchs für die einzelnen pati-

Berlin, den 05.07.2019

entnehmen Gesundheitsfachberufe, auch im Wettbewerb mit anderen Berufen und Branchen, gewinnen zu können.

Internationale Zahlen z. B. für die Ausbildung in der Pflege zeigen höhere Absolventenzahlen pro 100.000 Einwohner/-innen für Länder mit ausschließlich akademischem Ausbildungsweg für pflegerische Vorbehaltsaufgaben (z. B. skandinavische Länder, Kanada, Schweiz) als für Deutschland (OECD 2019). Dies deutet darauf hin, dass ein höheres Qualifikationsniveau die Nachfrage nach diesen Ausbildungsplätzen begünstigt, vorausgesetzt, dass an dieses höhere Qualifikationsniveau auch ein höheres Verantwortungsniveau im beruflichen Aufgabenfeld inkl. korrespondierender Vergütung gekoppelt ist.

8. In welchen Tätigkeitsbereichen werden Ihrer Meinung nach im Falle einer Teilakademisierung die Absolventinnen/Absolventen einer akademischen Ausbildung im Vergleich zu den Absolventinnen/Absolventen einer fachschulischen Ausbildung tätig werden?

Wie unter IV-1 dargelegt, befürwortet das DNEbM die Vollakademisierung und spricht sich gegen eine Teilakademisierung aus. Es würde den Rahmen dieser Stellungnahme sprengen, für jeden einzelnen patientennahen Gesundheitsfachberuf darzustellen, für welche Tätigkeitsfelder eine akademische Ausbildung erforderlich ist. Vielmehr sei nochmals auf unsere Stellungnahmen zu den Fragen I-1 und III-1 verwiesen, in denen wir übergreifend für alle patientennahen Gesundheitsfachberufe dargelegt haben, für welche Verantwortungs- und Aufgabenfelder in der patientennahen Versorgung wir eine akademische Ausbildung auf dem DQR-Niveau 6 für erforderlich erachten: nämlich für berufsspezifische Vorbehaltsaufgaben, die eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung in der individuellen Patientenversorgung erfordern und implizieren, sowie für die interprofessionelle Zusammenarbeit, die Praxis- und Qualitätsentwicklung und die verantwortungsvolle Mitwirkung in der Forschung im jeweiligen Berufsfeld.

V. Lehrpersonal

1. Wie sollte die Qualifikation des Lehrpersonals und der Praxisanleiter/Praxisanleiterinnen für eine modernisierte fachschulische Ausbildung aussehen (Mindestanforderungen)?

Da wir uns ausdrücklich für eine Vollakademisierung aussprechen, nehmen wir zu den Fragen V-1 bis V-5, die sich ausschließlich auf die fachschulische Ausbildung beziehen, keine Stellung.

2. Über welche Qualifikation sollten Schulleiter/Schulleiterinnen in einer modernisierten fachschulischen Ausbildung verfügen (Mindestanforderungen)?

s. Antwort V-1.

3. Wie beurteilen Sie die Möglichkeit zur Integration des aktuellen Lehrpersonals und der aktuellen Schulleiter/Schulleiterinnen in modernisierten fachschulischen Ausbildungsstrukturen vor dem Hintergrund der Fragen 1. und 2.?

s. Antwort V-1.

Berlin, den 05.07.2019

4. **Wäre Ihrer Ansicht nach ein Engpass an Lehr- und Leitungspersonal zu erwarten, der die Ausbildungskapazität in einer modernisierten fachschulischen Ausbildung gefährden würde? (bitte begründen)**

s. Antwort V-1.

5. **Wie beurteilen Sie die Vorgabe einer Quote in der fachschulischen Ausbildung der jeweiligen Berufsgruppe, die eine Aussage zur Angemessenheit der Zahl der hauptberuflichen Lehrkräfte im Verhältnis zur Zahl der Ausbildungsplätze trifft? (bitte begründen)**

s. Antwort V-1.

6. **Wie sollte die Qualifikation des Lehrpersonals und der Praxisanleiter/Praxisanleiterinnen für eine modernisierte Ausbildung im Falle einer akademischen Ausbildung aussehen (Mindestanforderungen)?**

Grundsätzlich sollten die Qualifikationsanforderungen an die Lehrenden in akademischen Ausbildungsgängen in den Gesundheitsfachberufen den gleichen Normen folgen, wie sie laut länderspezifischer Hochschulgesetzgebung jeweils generell für akademische Ausbildungsangebote auf dem jeweiligen DQR-Kompetenzniveau gelten. Dies schließt u. a. eine Ausstattung mit einer ausreichenden Anzahl (i. d. R. >1) an berufs- bzw. fachspezifisch qualifizierten Hochschullehrerinnen und -lehrern als primär Lehrverantwortliche für die einzelnen Fachgebiete und Module ein (s. auch HRK 2017). Voraussetzung für eine Lehrverantwortung in diesem Sinne ist in Fachhochschulen i. d. R. eine Qualifikation auf dem DQR-Niveau 8 bzw. in Universitäten eine Habilitation oder äquivalente akademische Leistung in diesem Fach.

Der Logik hochschulgesetzlicher Normen folgend, sollten die für die studentische Praxisanleitung verantwortlichen Fachpersonen mindestens über einen Abschluss in dem jeweiligen Gesundheitsfachberuf auf dem gleichen DQR-Niveau (also mindestens Niveau 6) verfügen, wie er mit dem betreffenden Studiengang angestrebt wird. Je nach inhaltlichem und didaktischem Anforderungsniveau in der Anleitungsverantwortung (z. B. Anleitung zur evidenzbasierten Entscheidungsfindung in komplexen Versorgungssituationen, Prüfungsverantwortung) sollten darüber hinausgehend ergänzende Anforderungen an die Dauer der Berufserfahrung und/oder berufs- oder hochschulpädagogische Qualifikation formuliert werden. Einschlägige international praktizierte Anleitungsmodelle und korrespondierende Evaluationsergebnisse im jeweiligen Berufsfeld sollten hierbei berücksichtigt werden.

Aus den beschriebenen Anforderungen ergeben sich konsekutiv, abgesehen von zeitlich angemessenen Übergangsregelungen, gerade für die Praxisanleitenden, folgende weitere zentrale Erfordernisse hinsichtlich der Qualifikation der Lehrenden und Anleitenden:

- Um die aus der Sicht des DNEbM unverzichtbare Akademisierung der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen umzusetzen, ist ein breiter Ausbau der Infrastruktur für die hochschulische Lehre und Forschung in diesen Berufen, entweder in Anbindung an oder in enger Kooperation mit der Hochschulmedizin, erforderlich. Dieser Ausbau sollte auch die (weitere) Etablierung von Programmen zur akademischen Nachqualifizierung für Berufstätige mit einem DQR-Niveau <6 umfassen.
- Die Weiterentwicklung der Ausbildungsstrukturen und -kapazitäten sollte möglichst evidenzbasiert erfolgen. Daher sollten auch notwendige Ressourcen und Strukturen bereitgestellt bzw. etabliert werden, die eine aussagekräftige Evaluation der akademischen Ausbildungs- bzw. Qualifizierungsangebote in den gesundheitsfachberufen, inkl. der Be-

Berlin, den 05.07.2019

darfs-, Nachfrage- und Verbleibsentwicklung und der Auswirkungen auf die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Gesundheitsversorgung, ermöglichen.

7. Wie beurteilen Sie im Falle einer Vollakademisierung der Ausbildung die Möglichkeit zur Integration des aktuell lehrenden Personals in akademische Ausbildungsstrukturen?

Es besteht ein hoher Bedarf, das aktuell lehrende Personal in akademische Ausbildungsstrukturen einzubinden, unter anderen, weil viele Lehrende über eine hohe Expertise und langjährige Erfahrung insbesondere im berufspraktischen Bereich verfügen. Die Möglichkeit zur Integration in akademische Ausbildungsstrukturen könnte durch akademische Nachqualifizierungsangebote erfolgen bzw. unterstützt werden, wie es u. a. in der Schweiz bei der Umstellung auf die flächen-deckende berufsqualifizierende Hochschulqualifikation angewandt wurde.

8. Ist Ihrer Ansicht nach ein Engpass an Lehrpersonal im Falle einer Vollakademisierung der Ausbildung zu erwarten, der die Ausbildungskapazität gefährden würde? (bitte begründen)

Diese Frage lässt sich aufgrund des unterschiedlichen Umfangs bereits verfügbarer akademischer Aus- und Weiterbildungs- sowie Nachqualifizierungsangebote in den einzelnen patienten-nahen Gesundheitsfachberufen nicht übergreifend für alle diese Berufe definieren, weshalb hierzu nicht weiter Stellung genommen wird. Es wird eine berufsspezifische Analyse bereits (potenziell) verfügbarer Lehrkapazitäten und des erwarteten Bedarfs und die Definition entsprechend angepasster Übergangsregelungen, z. B. für die Anerkennung der Äquivalenz außerhochschulisch erbrachter Qualifikationen, sowie ein zeitlich entsprechend angepasster schrittweiser Ausbau akademischer Ausbildungsprogramme empfohlen.

9. Wie stehen Sie zur Frage einer Fortbildungspflicht für Lehrpersonal und Praxisanleiter/Praxisanleiterinnen? (bitte begründen)

Es sollte eine grundsätzliche Fortbildungspflicht für alle Berufsangehörigen geben. Dies schließt Lehrende und Praxisanleitende ein und ist eine unabdingbare Voraussetzung für die Befähigung von Studierenden zu einer evidenzbasierten Entscheidungsfindung.

10. Wie beurteilen Sie die Frage einer verbindlichen Vorgabe zum Umfang der während der Ausbildung in der jeweiligen Berufsgruppe zu erbringenden Praxisanleitung?

s. Antwort auf Frage I-2.

Verbindliche Anforderungen an den Mindestumfang der Praxisanleitung (ebenso wie an die Qualifikation der anleitenden Personen sowie an Umfang und Lehrformate der hochschulischen Begleitung und Unterstützung der Ausbildung am Lernort Praxis) sind erforderlich für die Sicherstellung überregional gleicher Studienbedingungen in den verschiedenen Gesundheitsfachberufen und die Quantifizierung des Ressourcenbedarfs. Entsprechende Vorgaben sollten nach berufsgruppenübergreifend gleichen Regeln und Prinzipien abgeleitet werden, die auch verfügbare wissenschaftliche Erkenntnisse aus der nationalen und internationalen Bildungsforschung zur akademischen Ausbildung in diesen Berufen berücksichtigen.

VI. Finanzierung

In der vorliegenden Stellungnahme kann u.a. aufgrund des berufsgruppenübergreifenden Charakters dieser Stellungnahme auf die nachfolgenden Fragen nicht differenziert im Einzelnen eingegangen werden. Auf der Basis der allgemeinen Grundsätze der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung hält es das DNEbM vielmehr für unabdingbar, dass berufsgruppenübergreifend folgende allgemeine Voraussetzungen in der Finanzierung der Ausbildung in allen patientennahen Gesundheitsfachberufen und der ärztlichen Berufe sichergestellt werden:

- Die Finanzierung und Bereitstellung bedarfsgerechter Ressourcen für die Ausbildung in den patientennahen Gesundheitsfachberufen und den ärztlichen Berufen ist aufgrund der gesellschaftlichen Bedeutung dieser Berufe eine öffentliche Aufgabe. Der Zugang zu diesen Ausbildungsgängen sollte nicht von den sozioökonomischen Ressourcen der Studierenden abhängen.
- Die Bestimmung des Ausbildungsplatzbedarfs und der erforderlichen Lehrkapazität sollte nach berufsgruppenübergreifend einheitlich geltenden Prinzipien und Mechanismen erfolgen, die empirisch begründet sein sollten.
- Soweit es begründete Annahmen dafür gibt, dass die Bereitstellung eines studentischen Entgelts (Ausbildungsvergütung oder Praktikumsentgelt) für die Sicherstellung der Nachfrage nach der akademischen Ausbildung oder der Durchführung des Studiums erforderlich sind, sollten entsprechende Modelle erprobt werden können. Anzustreben ist ein Wettbewerb und eine Evaluation der Modelle, sodass Erkenntnisse über die Vor- und Nachteile einzelner Unterstützungsmöglichkeiten gewonnen werden können.
- Eine generelle, gesetzlich verbindliche Etablierung und Refinanzierung einer Ausbildungsvergütung für Studierende in einem der genannten Berufe, wie sie im aktuellen Entwurf des HebRefG für die künftige vollakademische Hebammenausbildung vorgesehen ist, ist im Gesetzgebungsverfahren öffentlich transparent hinsichtlich der ethischen, rechtlichen, sozialen und ökonomischen Implikationen zu begründen sowie nach der Etablierung daraufhin zu überprüfen (s. DNEbM 2019).
- Die Angemessenheit der für die Ausbildung bereitgestellten Ressourcen sollte regelmäßig evaluiert werden.

1. Wie sollte Ihrer Meinung nach die Finanzierung der Ausbildung sichergestellt werden?

s. übergreifende Antwort zur Finanzierung.

2. Wie ist Ihre Position zum Thema Schulgeld? Sofern Sie eine Abschaffung des Schulgeldes befürworten, legen Sie bitte dar, wie die dadurch entfallenden Finanzmittel aufgebracht werden sollen.

s. übergreifende Antwort zur Finanzierung.

3. Wie ist Ihre Position zum Thema Ausbildungsvergütung?

s. übergreifende Antwort zur Finanzierung.

Berlin, den 05.07.2019

Für den geschäftsführenden Vorstand

Prof. Dr. Andreas Sönnichsen, Erster Vorsitzender des DNEbM, Medizinische Universität Wien,
andreas.soennichsen@meduniwien.ac.at

Prof. Dr. Gabriele Meyer, Schriftführendes Vorstandsmitglied im DNEbM, Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg, gabriele.meyer@medizin.uni-halle.de

Für den Fachbereich Gesundheitsberufe die Sprecherinnen

Prof. Dr. Katrin Balzer, Universität zu Lübeck, katrin.balzer@uksh.de

Prof. Dr. Cordula Braun, hochschule 21, Buxtehude, braun@hs21.de

Dr. Andrea Warnke, Pädagogische Hochschule Freiburg, andrea.warnke@ph-freiburg.de

Referenzen:

Albarquoni L, Hoffmann T, Straus S et al. (2018): Core Competencies in Evidence-Based Practice for Health Professionals Consensus Statement Based on a Systematic Review and Delphi Survey 2018. JAMA Network Open;1(2):e180281; doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.0281.

Darmann-Finck I, Muths S, Görres S, Adrian C, Bomball J, Reuschenbach B (2014): Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW. Studie im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Abschlussbericht,
https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/pflege_abschlussbericht_26_05_2015.pdf.

Deutscher Bundestag (2019): Drucksache 19/10279. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Sylvia Gabelmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 19/9762 – Sicherstellung der Heilmittelversorgung. 16.05.2019. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/102/1910279.pdf>.

Deutsches Netzwerk evidenzbasierte Medizin (DNEbM) (Hrsg.) (2017): Kerncurriculum Evidenzbasierte Entscheidungsfindung. <https://www.ebm-netzwerk.de/was-wir-tun/publikationen/kerncurriculum.pdf>.

Deutsches Netzwerk evidenzbasierte Medizin (DNEbM) (2019): Stellungnahme des EbM-Netzwerks zum „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung (Hebammenreformgesetz – HebRefG)“ vom 12.04.2019. <https://www.ebm-netzwerk.de/pdf/stellungnahmen/stn-hebrefg-20190412.pdf>

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Hebammenreformgesetz – HebRefG), Deutscher Bundestag, 19. Wahlperiode, Drucksache 19/10612, 04.06.2019.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/H/Hebammenreformgesetz_-_BT1.pdf.

Berlin, den 05.07.2019

Gobbi M & Kaunonen M (eds.) (2018): TUNING Guidelines and Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Nursing Edition 2018. <https://www.calohee.eu/wp-content/uploads/2018/11/WP-4-Del.-1.4-Guidelines-and-Reference-Points-for-the-Design-and-Delivery-of-Degree-Programmes-in-Nursing-FINAL-28NOV18.pdf> (Accessed on 4 July 2019).

Hochschulrektorenkonferenz (HRK) (2017): Primärqualifizierende Studiengänge in Pflege-, Therapie- und Hebammenwissenschaften. Entschließung der 23. Mitgliederversammlung der HRK. Berlin, 14.11.2017. https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-01-Beschluesse/Entschliessung_Primaerqualifizierende_Studiengaenge_14112017.pdf.

Hochschulverband Gesundheitsfachberufe (HVG), Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen (VAST) (2018): Notwendigkeit und Umsetzung einer vollständig hochschulischen Ausbildung in den Therapieberufen (Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie) – Strategiepapier. Berlin: HVG. https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Strategiepapier-2018_11_08.pdf.

Kultusministerkonferenz (KMK) (2017): Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse. Im Zusammenwirken von Hochschulrektorenkonferenz und Kultusministerkonferenz und in Abstimmung mit Bundesministerium für Bildung und Forschung erarbeitet und von der Kultusministerkonferenz am 16.02.2017 beschlossen. https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2017/2017_02_16-Qualifikationsrahmen.pdf.

MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. (Hrsg.) (2015): Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM). http://www.nklm.de/files/nklm_final_2015-07-03.pdf.

OECD (2019): Nursing graduates (indicator). doi: 10.1787/c54611e3-en (Accessed on 27 June 2019).

Robert Bosch Stiftung (2011): Memorandum. Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/Memorandum_Kooperation_der_Gesundheitsberufe.pdf.

Robert Bosch Stiftung (2013): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf.

Wissenschaftsrat (WR) (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Drs. 2411-12, Berlin 13.07.2012. <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>.

Wissenschaftsrat (WR) (2018): Neustrukturierung des Medizinstudiums und Änderung der Approbationsordnung für Ärzte. Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020. Drs. 7271-18, Köln 21.09.2018. <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/7271-18.pdf>.

Das **EbM-Netzwerk** setzt sich dafür ein, dass alle Bürgerinnen und Bürger eine gesundheitliche Versorgung erhalten, die auf bester wissenschaftlicher Erkenntnis und informierter Entscheidung beruht. In ihm haben sich Wissenschaftler/innen aus medizinischen, pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Fakultäten, praktizierende Ärzte/Ärztinnen und sowie Vertreter/innen anderer Gesundheitsberufe zusammengeschlossen. (www.ebm-netzwerk.de)