

Prof. Dr. PH Ursula Walkenhorst
Liebigstraße 10
44139 Dortmund

Tel.: 0231 - 95290557
Fax: 0231 - 95290558
uwalkenhorst@versanet.de

STELLUNGNAHME

zur öffentlichen Anhörung 25.05.09

Deutscher Bundestag – Ausschuss für Gesundheit
Gesetzentwurf des Bundesrates zur Einführung einer Modellklausel in die
Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten,
Ergotherapeuten, Rettungsassistenten
(BT-Drs. 16/9898)

Vorwort

Die folgende Stellungnahme basiert auf der Fachexpertise der Verfasserin an der Fachhochschule Bielefeld als Professorin mit dem Lehrgebiet Therapie- und Rehabilitationswissenschaften (berufsspezifischer Schwerpunkt Ergotherapie) sowie dem Anwendungsschwerpunkt Didaktik therapeutischer Ausbildungen. Die Verfasserin ist Diplom-Pädagogin, Ergotherapeutin, promovierte Gesundheitswissenschaftlerin mit langjähriger Erfahrung als Ausbildungsleiterin einer Ergotherapieschule.

Begründung für eine Befürwortung des Gesetzentwurfes

Die Verfasserin dieser Stellungnahme stimmt einer Befürwortung des Gesetzesentwurfes analog zur Modellklausel in §4 Abs. 6 KrPflG in vollem Umfang zu. Zur Begründung:

Zunahme der Komplexität der Aufgaben: Im Gesundheitswesen ist eine Zunahme der Komplexität und Qualität der Aufgaben für Angehörige in den Gesundheitsfachberufen zu beobachten, die höhere Qualifikationen der Berufsangehörigen erforderlich macht. Diese Thematik wurde im Rahmen des Gutachtens des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007 mit dem Fokus auf eine neue Aufgabenverteilung und neue Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsberufen ausführlich dargelegt und begründet. Die Bewältigung der Aufgaben ist durch die bisherige berufsfachschulische Ausbildung nicht mehr zu gewährleisten. Es bedarf der Einrichtung grundständiger (primärqualifizierender) Studiengänge, die eine gezielte Entwicklung von wissenschaftlich fundierten Problemlösungen des Gesundheitswesens ermöglichen, zu interdisziplinärem Handeln befähigen, die Möglichkeit schaffen, evidenzbasierte Wirksamkeitsstudien durchzuführen und qualitätsorientierte Interventionen zu planen. Hier gelangt die derzeitige Fachschulausbildung an ihre Grenzen.

Studierfähigkeit: Bei einer Analyse der Voraussetzungen der Auszubildenden ist festzustellen, dass ein hoher Anteil über eine entsprechende Studierfähigkeit in Form von vorhandenen Bildungsabschlüssen (Hochschulzugangsberechtigung) verfügt, die unter den derzeitigen Ausbildungsbedingungen nicht hinreichend im Hinblick auf

ihre Potenziale für das Gesundheitswesen ausgeschöpft werden. Die derzeitige Notwendigkeit, zunächst eine fachschulische Ausbildung zu absolvieren und dann ein weiterbildendes Studium aufzunehmen oder sich auf komplizierte Studiengangsmodelle (z.B. 3+1,5 Modelle) einzulassen, trägt nicht zu einer Steigerung der Studien- und Berufsmotivation der (insbesondere weiblichen) Berufsangehörigen bei. Dadurch können die Gesundheitsfachberufe für qualifizierte Schulabgänger/innen an Attraktivität verlieren und die Aufnahme angrenzender akademischer Ausbildungen begünstigt werden. Dieses könnte sich auch aus einer gesundheitsökonomischen Perspektive längerfristig negativ auswirken, da es an entsprechendem Fachpersonal aus den originären Fachgebieten mangelt.

Fachexpertise: Für den Beruf der Ergotherapie lässt sich bereits jetzt eine hohe Fachexpertise verzeichnen. Einerseits sind die Berufsangehörigen derzeit auf die Verordnungen von Medizinern angewiesen und erhalten von den verschreibenden Medizinern entsprechende Hinweise für die Inhalte der therapeutischen Behandlung, aber andererseits führen sie eigenständig eine konkretisierende fachspezifische Diagnostik durch, da sie im Rahmen ihrer Befunderhebung eine ergänzende ergotherapeutische Diagnose erstellen und in der Durchführung der Therapie autonom von medizinischen Anweisungen agieren.

Internationaler Kontext: Im internationalen Kontext stellt die deutsche Ausbildungsstruktur in den therapeutischen Gesundheitsberufen eine Ausnahme dar. Während sich die Ausbildung in fast allen anderen europäischen und außereuropäischen Ländern auf Hochschulebene befindet und es dort möglich ist, in drei Jahren sowohl das Berufsexamen als auch einen Studienabschluss zu erwerben, dauert der Erwerb eines Bachelorabschlusses in der Ergotherapie in Deutschland derzeit sechs Jahre. Dies trägt zu einer unverhältnismäßigen Verlängerung des Erwerbes eines ersten berufsqualifizierenden Abschlusses bei. Dies bedeutet eine konkrete Benachteiligung deutscher Studierender.

Zum jetzigen Zeitpunkt sind Berufsangehörige, die keine akademische Ausbildung absolviert haben, mit eindeutigen Barrieren im internationalen Kontext konfrontiert. Sie benötigen zur Berufsausübung trotz der Richtlinie 2005/36/EG zur Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise Nachschulungen oder können den Beruf nur mit hohen Auflagen ausüben. D.h., die derzeitige Verortung auf der fachschulischen Ebene bedeutet eine Einschränkung der deutschen Berufsangehörigen bei einer beruflichen Veränderung in ein anderes europäisches und außereuropäisches Land und erschwert den Grundgedanken von Bologna zur Mobilität von Berufsgruppen.

Karriereorientierung von Frauen in den Gesundheitsberufen: Die jetzige fachschulische Ausbildungsform verhindert eine direkte Karriereorientierung von Frauen im Gesundheitswesen. Die Aufnahme und Durchführung eines Studiums nach Beendigung einer Ausbildung fällt bei Frauen zuweilen mit ersten Überlegungen zur Familienplanung zusammen. Dies erschwert, neben den grundsätzlichen Problemen Karriere und Familie miteinander zu verbinden, eine frühzeitige Karriereorientierung und trägt gleichzeitig dazu bei, dass führende Positionen im Gesundheitswesen, in dem eine 85%-ige Beschäftigungsquote von weiblichen Berufsangehörigen existiert, eher männlich besetzt ist.

Konzeptionelle Überlegungen für die Umsetzung des Gesetzentwurfes

Im Folgenden werden einige konzeptionelle Überlegungen für die Umsetzung des Gesetzentwurfes skizziert.

a) Dauer des Modellstatus

Für die Modellphase sollten mindestens 6 Jahre eingeräumt werden. Wenn derzeit davon auszugehen ist, dass die grundständigen (primärqualifizierenden) Studiengänge 3-4 Jahre dauern, sollte die Evaluation an mindestens zwei Kohorten durchgeführt werden können und die Möglichkeit bestehen, den Verbleib der Absolvent/inn/en zu erheben. Hier gilt, es die Handlungsfelder und Tätigkeitsbereiche der Studienabsolvent/inn/en zu identifizieren und langfristig konkret zu benennen.

b) Evaluation der Modellprojekte

Die Modellphase sollte durch eine umfassende Begleitforschung unterstützt werden. Es ist davon auszugehen, dass die Modellklausel in den verschiedenen Bundesländern different umgesetzt wird, d.h. es werden verschiedene Studienmodelle entstehen. Hier kann eine unabhängige wissenschaftliche Begleitforschung nach der Modellphase die effektivsten und effizientesten Umsetzungsmodelle im Hinblick auf curriculare Strukturen, Studienorganisation, personelle Ressourcen sowie den Verbleib der Absolvent/inn/en analysieren (Vergleichsstudien). Die wissenschaftliche Evaluation sollte durch verschiedene Gesundheitsfachberufe in Kooperation mit Medizinern vorgenommen werden, um eine entsprechende Akzeptanz in den verschiedenen Berufsgruppen zu ermöglichen. Die Evaluation sollte sowohl formativ als auch summativ erfolgen und ausgerichtet sein auf die Effektivität und Effizienz im Hinblick auf den gesellschaftlichen Versorgungsbedarf sowie die Reaktionen des Arbeitsmarktes hinsichtlich der Integration und des Erfolges der Modelle.

Die Evaluation sollte auch Ergebnisse im Hinblick auf die Qualitätsstandards erheben, die an die Hochschulstudiengänge, die Gesundheitseinrichtungen als Partner im praktischen Ausbildungsteil sowie ggf. die kooperierenden Berufsfachschulen (soweit die Hochschulen nicht autonom die Studiengänge umsetzen können) gestellt werden müssen.

c) Abschlussbezeichnungen

Die Abschlussbezeichnungen können sich aus der Ausbildungsform ergeben. So könnte eine Ergotherapeutin mit einem Bachelorabschluss die Berufsbezeichnung „B.Sc. / B.A.“, analog nach einem Masterabschluss „M.Sc. / M.A.“ mit dem jeweiligen Zusatz Ergotherapie (Occupational Therapy) im Diploma Supplement erhalten. Für die Berufsfachschulabsolvent/inn/en bleibt die bisherige Berufsbezeichnung ohne entsprechende Zusätze und akademische Grade.

d) Perspektiven für Absolvent/inn/en

Im Hinblick auf die Perspektiven für die Absolvent/inn/en grundständiger Studiengänge lassen sich die Ergebnisse der ersten Verbleibsstudien additiver Studiengänge nutzen. Hier konnten Aussagen über die Integration der ersten Bachelorabsolvent/inn/en in das Gesundheitswesen gewonnen werden. Perspektivisch sind ergotherapeutische Bachelorabsolvent/inn/en in allen Versorgungssektoren des Gesundheitswesens tätig und üben ihre Tätigkeit auch in freier Praxis und in freiberuflicher Tätigkeit aus. Die konkreten Aufgaben ergeben sich aus der Definition und Identifizierung der Tätigkeits-, Verantwortungs-

und Haftungsbereiche. Ergotherapeutische Masterabsolvent/inn/en können ebenfalls in den verschiedenen Versorgungssektoren tätig sein, ihr Tätigkeitsbereich sollte jedoch stärker von wissenschaftlichen Aufgaben geprägt sein oder von Tätigkeiten, die einer vertiefenden Fachexpertise bedürfen (z.B. Leitung, Forschung, Lehre).

e) Konsequenzen für das Gesundheitswesen

Im Mittelpunkt der Diskussionen im Gesundheitswesen steht eine Reduzierung der Kosten und Optimierung der Prozesse. Mit dem Aufbau grundständiger (primärqualifizierender) Studiengänge wird eine Steigerung der Qualität ergotherapeutischen Handelns angestrebt. Die Verbesserung der Versorgungsqualität durch eine wissenschaftlich fundierte therapeutische Versorgung und optimierte interdisziplinäre Strukturen kann zu einem besseren Schnittstellenmanagement und reduzierten Therapiekosten beitragen.

Dies gilt es sowohl durch weitere Wirksamkeitsstudien als auch durch Versorgungsstudien zu belegen. Zum jetzigen Zeitpunkt wäre eine Arbeitgeberbefragung der bereits tätigen Bachelor- und Masterabsolvent/inn/en indiziert, die einen Einblick in Kosten und Nutzen der akademisch ausgebildeten Ergotherapeut/inn/en gibt.

Perspektive: Vollakademisierung vs. Parallelität akademisch und nicht-akademisch ausgebildete Berufsangehörige vs.

Die Verfasserin sieht vor dem Hintergrund der dargelegten Begründungen zur Befürwortung des Gesetzesentwurfes eine Vollakademisierung der ergotherapeutischen Berufsgruppe für erforderlich an.

Dennoch sollen im Folgenden Überlegungen aufgezeigt werden zu dem Modell der Parallelität akademischer und nicht-akademischer Ausbildungswege. Dies bringt aus Sicht der Verfasserin folgende Aufgaben mit sich:

- Wenn beide Ausbildungswege (akademische und nicht-akademische Ausbildung) sowohl im Rahmen der Modellphase als auch noch für einen überschaubaren Zeitraum im Anschluss hinaus bestehen, ist es erforderlich, den Bedarf an Absolvent/inn/en des jeweiligen Ausbildungsweges zu identifizieren, um einerseits den Bedarf aus der Patientenperspektive zu decken und andererseits berufliche Perspektiven für Absolvent/inn/en vorzuhalten. Die Identifizierung des Bedarfes kann im Rahmen von Machbarkeitsstudien vorgenommen werden.
- Zudem ist es erforderlich die Kompetenzprofile und Ausbildungsziele für die verschiedenen Ausbildungsabschlüsse zu definieren. Hier bietet der Europäische Qualifikationsrahmen eine zugrunde zu legende Struktur für das Bachelor- und Master-Niveau mit einer eindeutigen Definition insbesondere des „Plus“ des BA-Studienganges gegenüber der berufsfachschulischen Ausbildung. Für die Ausbildung auf Berufsfachschulebene bedarf es berufsgesetzlich differenziert entwickelter Ausbildungsziele. Für die Ergotherapie gibt es noch kein definiertes Ausbildungsziel im Berufsgesetz, hier liegt zunächst ein erster Entwurf zur Beschreibung eines Ausbildungszieles durch einen Berufsverband (DVE e.V.) vor. Die Unterscheidung formaler Qualifikationen und erworbener Kompetenzen zwischen akademisch und nicht-akademisch ausgebildeten Absolvent/inn/en muss sowohl für die Berufsangehörigen selbst als

auch für die Patient/inn/en und potenziellen Arbeitgeber eindeutig erkennbar sein.

- Des Weiteren gilt es, die Tätigkeitsbereiche für akademisch und nicht-akademisch ausgebildete Absolvent/inn/en zu definieren und eine Eindeutigkeit in den Verantwortungs- und Haftungsbereichen herzustellen. Die zentrale Fragestellung ist, welche Tätigkeiten führen Berufsfachschulabsolvent/inn/enen bzw. Bachelor- und Masterabsolvent/inn/en eigenverantwortlich und mitwirkend durch? Diese Fragen lassen sich ausschließlich über eine juristische Prüfung formalrechtlicher Aspekte innerhalb des SGB beantworten.

Zukünftige Aufgaben und Herausforderungen

Im weiteren Verlauf der Einführung der Modellklausel bedarf es grundsätzlich zusätzlicher Prüfungen, welche Möglichkeiten zur Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten für akademisch ausgebildete Ergotherapeut/inn/en bestehen (vgl. SGB V §63 Abs. 3b und 3c; Gutachten des Sachverständigenrates 2007). Die Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten geht mit entsprechenden Qualifikationsanforderungen einher, die mindestens den Bachelorabschluss voraussetzen sollten, ggf. den Masterabschluss. Diese Überprüfung sollte in enger Kooperation mit medizinischen Fakultäten erfolgen, da hier die stärksten Widerstände zu erwarten sind.

Des Weiteren müsste bei Fortsetzung einer nicht-akademischen ergotherapeutischen fachschulischen Ausbildung eine gesetzliche Vorgabe für ein berufspädagogisches Studium des Lehrpersonals an Berufsfachschulen entwickelt werden. Dieses berufspädagogische Studium sollte einen zweijährigen Masterstudiengang Lehre beinhalten, bestenfalls handelt es sich um eine konsekutive Studienabfolge, die für Berufsfachschulabsolvent/inn/en angeboten wird.

Analog bedarf es einer gesetzlichen Vorgabe für die Qualifikation von Praxisanleitern/ Mentoren in den Gesundheitseinrichtungen für die praktischen Ausbildungsanteile. Hier wäre an eine Fachweiterbildung über mind. 500 Std. nachzudenken. Diese Form der Fachweiterbildung wäre auch im Hinblick auf die Umsetzung grundständiger (primärqualifizierender) Studiengänge erforderlich. Da das Studium an den Lernorten Hochschule und Praxiseinrichtung stattfinden würde, müssten die Hochschulen hier die Möglichkeiten haben, die Qualität der praktischen Ausbildung zu steuern, Qualitätsstandards für die Auswahl der Praxiseinrichtungen aufzustellen und den Lernort Praxiseinrichtung mit in die Akkreditierungen einzubeziehen.

Die größte Herausforderung liegt jedoch sicherlich darin, die Hochschulen, die an einer Weiterentwicklung der Berufe interessiert sind und sich der Umsetzung der Modellklausel öffnen, mit entsprechenden finanziellen Ressourcen zu unterstützen. Nur so kann eine qualitativ hochwertige Modellphase gewährleistet werden. Bisherige Modelle von Hochschulen, die auf die Kooperation mit Berufsfachschulen angewiesen waren, weisen eine Reihe an Problemen und Konflikten auf, die bei der Umsetzung der Modellklausel vermieden werden sollten. Hierzu benötigen die Hochschulen eine entsprechende Autonomie in ihrem Handeln.



Bielefeld, Mai 2009