

ARGE Modellklausel



Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
16(14)0543(2)neu
geladene VBe zur Anhörung am
25.5.09_Modellklausel
18.05.2009

Geschäftsstelle
der ARGE Modellklausel

c/o Deutscher Verband
Technischer Assistentinnen/Assistenten
in der Medizin e.V.

Spaldingstraße 110 B
20097 Hamburg

Tel. 040-2351170

Fax. 040-235

Email info@dvta.de

web www.dvta.de

Stellungnahme der ARGE Modellklausel (BT-Drs. 16/9898) zur Anhörung am 25.05.2009

15.05.2009

Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

in Anbetracht der nun am 25.05.2009 anstehenden Anhörung, möchten wir noch einmal kurz zu den an uns gerichteten Fragen Stellung beziehen.

Im Anhang finden Sie ein Schaubild, wie sich die ARGE Modellklausel die Umsetzung vorstellt sowie berufsspezifische Stellungnahmen einzelner Berufsverbände für die die Verantwortung beim einzelnen Berufsverband liegt.

Wieso soll die Modellklausel in die Berufsgesetze der von den Mitgliedern der ARGE vertretenen Berufsgruppen aufgenommen werden?

Die 80. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat sich am 4./5.07.2007 in Ulm mit dem Thema Modellklausel zur Erprobung einer akademischen Ausbildung in Gesundheitsfachberufen beschäftigt und den Bund einstimmig gebeten, Modellklauseln analog § 4 Abs. 6 KrPflG in die Berufsgesetze der übrigen nichtärztlichen Heilberufe aufzunehmen.

Im vorliegenden Gesetzesantrag (BT-DRs. 16/9898) sind die von uns als ARGE Modellklausel vertretenen nichtärztlichen Heilberufsgruppen (sog. Gesundheitsfachberufe) der MTA-Berufe, Diätassistenten/-innen, Rettungsassistenten/innen und Pharmazeutisch-technischen Assistenten/-innen und Orthoptistinnen nicht erwähnt.

Ziel der von uns vertretenen Gesundheitsfachberufe ist es daher, dass der Gesetzesantrag zur Einführung einer Modellklausel auf die übrigen nichtärztlichen Heilberufe erweitert wird oder jedenfalls auf alle übrigen nichtärztlichen Heilberufe erweitert wird, die wie die von un-

seren Verbänden vertretenen Berufsgruppen der MTA, der Diätassistenten/innen und die Orthoptistinnen die Voraussetzungen erfüllen.

Zum einen spricht der Aspekt der Gleichbehandlung dafür. Nach dem Beschluss der 80. GMK sollten „alle übrigen nichtärztlichen Heilberufe“ die Möglichkeit der Erprobung erhalten, d.h. nicht nur die im Gesetzesantrag genannten. Es gibt keine sachliche Rechtfertigung dafür, dass die von uns vertretenen Berufsgruppen nicht in den Gesetzesantrag aufgenommen werden. Die von uns vertretenen Berufsgruppen sind daher gleich zu behandeln. Gleiches gilt für die Öffnungsklausel der Pflege in § 4 Abs. 6 KrPflG. Auch hier gibt es keine sachliche Rechtfertigung dafür, dass die Aufnahme der Modellklausel nur der Pflege vorbehalten sein soll.

Selbst wenn man hier die sachliche Rechtfertigung für eine Ungleichbehandlung in der Dauer der Ausbildung oder dem Zugang zur Ausbildung sehen würde, wären dann jedenfalls die Berufsgruppen der MTA, der Diätassistenten/innen und der Orthoptistinnen mit in den Gesetzesantrag aufzunehmen, da Sie die gleichen Voraussetzungen erfüllen, wie die bislang im Gesetzesantrag Benannten. Letzteres bringt auch die Bundesregierung in ihrer Stellungnahme für die Berufsgruppen der MTA und die Diätassistenten/innen zum Ausdruck.

Zum anderen spricht dafür, dass die Anforderungen in der Berufspraxis der von uns vertretenen Gesundheitsfachberufe, durch die rasanten wissenschaftlichen und technologischen Entwicklungen ständig höher werden und der steten Anpassung bedürfen. Dies kann die bisherige Ausbildung an staatlich anerkannten Schulen allein nicht mehr leisten.

Die Einführung der Modellklausel, auch für die von uns vertretenen Gesundheitsberufe, ist auch vor dem Hintergrund des Bolognaabchlusses von 1999 notwendig. Die EU-Mitgliedstaaten haben sich verpflichtet, in der Europäischen Union einheitlich Bachelor – und Master-Studiengänge einzuführen. Da Deutschland einer der letzten europäischen Staaten ist, in dem die von uns vertretenen Berufsgruppen keinen akademischen Abschluss im originären Berufsfeld erreichen können, ist die Modellklausel unabdingbar. Zudem ist dieser Schritt erforderlich um die Wettbewerbschancen und die Mobilität der von uns vertretenen Berufsgruppen auch im europäischen Binnenmarkt herzustellen und auch zukünftig zu gewährleisten.

Es reicht nicht aus, dass zunächst nur die im Gesetzesantrag benannten Berufsgruppen die Möglichkeit der Erprobung erhalten, da die Berufe fachlich nicht vergleichbar sind.

Wozu brauchen die Berufsgruppen der ARGE Modellklausel die Akademisierung?

Es gibt bislang keine grundständige akademische Ausbildung in den von uns vertretenen Gesundheitsfachberufen. Die vorhandenen Möglichkeiten eines Studiums nach der Ausbildung werden den fachspezifischen Praxisanforderungen nicht gerecht. Sie dauern zudem länger als eine grundständige akademische Ausbildung und kosten mehr. Auch gibt es keine Möglichkeit, nach der Ausbildung einen berufsspezifischen Bachelor (sog. Monoprofessioneller Bachelor) zu machen.

Auch die stetig wachsenden Erkenntnisse und Neuerungen in der Wissenschaft sowie die fortschreitende Technologisierung machen die Akademisierung notwendig. So reicht es z.B. nicht mehr aus, ein Standardverfahren anzuwenden, man muss heute wissen, wie die Technologie dahinter funktioniert, um bewerten zu können, ob das Ergebnis richtig ermittelt wurde. Gleiches gilt für die Anforderungen der evidenzbasierten Medizin.

Der dramatische Nachwuchsmangel liegt auch darin begründet, dass die bisherige Ausbildung an staatlich anerkannten Schulen eine Sackgassenausbildung ist.

Was passiert mit den jetzigen Schülern, die eine Ausbildung mit mittlerem Reifeabschluss anstreben?

Die schulische Ausbildung im herkömmlichen Sinne wird keineswegs ihre Bedeutung verlieren. Die Parallelität der Ausbildungen wird angestrebt.

Zudem ist festzuhalten, dass das Gros der Schüler, die diese Ausbildungen anstreben, schon jetzt Abitur haben (siehe *Anlage A* am Bsp. Schaubild dvta für MTA-Berufsgruppen, Artikel Rettungsdienst Journal 02/2008 S.9)).

Wie stellen Sie sich die Umsetzung vor? (Siehe Schaubild B)

Neben der derzeitigen fachschulischen Ausbildung soll parallel dazu eine akademische Ausbildung auf Hochschulniveau erprobt werden.

Schulabgänger mit Abitur und/oder Fachhochschulreife sollen die Möglichkeit haben, direkt in ein gesundheitsberufliches Bachelorstudium einsteigen zu können, in das die jeweilige fachschulische Ausbildung integriert ist (primärqualifizierendes Studium). Dieses primärqualifizierende Studium soll mit einer Doppelqualifikation abschließen, wie z.B. staatlich anerkannte MTLA und Bachelor of Science (B.Sc.) in Biomedizinischer Analytik oder z.B. staatlich anerkannte Diätassistentin und B.Sc. in Diätetik etc.

Das Bachelorstudium soll umfassende Fach-, Methoden- und Sozialkompetenzen vermitteln, die dazu befähigen, anspruchsvolle Tätigkeiten im Sinne eines reflektierenden Praktikers professionell und wissenschaftlich begründet auszuüben.

Die dargestellten Ausbildungsmodelle können und sollen nebeneinander existieren (siehe Anlage B).

Als realistischen Zeitrahmen für die Erprobung der Modellklausel für die grundständige Bachelorqualifizierung sehen wir mindestens 5-6 Jahre an. Während dieser Erprobungsphase erfolgen ein Monitoring und eine Evaluation. Die Evaluation erfolgt qualitativ und quantitativ.

Die dargestellten Modelle wahren das, in den jeweiligen Berufsgesetzen festgelegte Qualifikationsziel, als Mindestanforderung. Sie sind darüber hinaus mit den einschlägigen EG-Richtlinien vereinbar.

Konzepte für die grundständige akademische Ausbildung liegen vor, ebenso wie Hochschulen, die diese Konzepte in kürzester Zeit umsetzen können.

Was soll das Ergebnis sein?

Das Ergebnis der Erprobung soll die Feststellung der Notwendigkeit sein, ob eine dauerhaften Etablierung einer grundständigen akademischen und/oder einer Ausbildung an staatlich anerkannten Schulen sinnvoll ist.

Wie unterscheiden sich die unterschiedlichen Abschlüsse in der Praxis?

Nach außen unterscheiden sich die Abschlüsse formal dadurch, dass es gesundheitsberufliche Abschlüsse bei gleicher Berufsberechtigung mit und ohne Bachelorgraduierung gibt. Die Einsatzbereiche der Graduierten werden derzeit insbesondere in Querschnittsfunktionen, wie z.B. im Qualitäts-, Patienten- oder Casemanagement, in leitenden Positionen, in der Lehre, in der Forschung oder der Entwicklung gesehen.

Welche finanziellen Auswirkungen ergeben sich für das Gesundheitssystem?

Finanzielle Auswirkungen auf das Gesundheitssystem durch die grundständige Bachelorausbildung gibt es nicht.

Blick auf Europa?

Die von uns vertretenen Berufsgruppen, die eine große Zahl an Berufsangehörigen vertreten, haben Nachteile in Europa, da die formalen Anforderungen nicht gegeben sind (siehe *Anlage C* z. B. Berufsspezifische Stellungnahme des VDD und des dvta).

Mit freundlichen Grüßen

i.V. E. Müller-Rawlins
als Sprecherin der ARGE Modellklausel
und Vorstandsreferentin dvta e.V.

Anlagen:

- A Ausbildungsniveau
- B Schaubild Umsetzung Modellklausel
- C Berufsspezifische Stellungnahmen

Anlage A: Ausbildungsniveau

Quelle: Nesco Wachen
Qualitätsforschung
Standort: Siedel Siedel
Analyse: Berlin 2007

Untersuchungsergebnisse

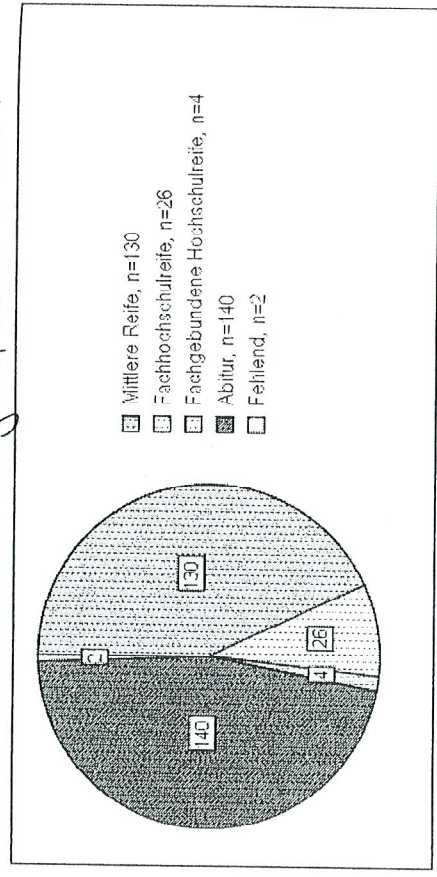


Abb. 5: Erreichter höchster Schulabschluss in der Stichprobe.

Akademische Ausbildung für nichtärztliche Gesundheitsberufe - aber nicht für Rettungsassistenten

Im Sommer letzten Jahres sprach sich die Gesundheitsministerkonferenz einstimmig für die Aufnahme sog. Öffnungsklauseln analog § 4 VI Krankenpflegegesetz in die Berufsgesetze der übrigen Gesundheitsfachberufe aus. Über diese Öffnungsklauseln soll die Erprobung von akademischen Ausbildungen für nichtärztliche Gesundheitsberufe auf Fachhochschul-Ebene möglich werden. Im April hatte das Land Nordrhein-Westfalen einen Gesetzesantrag in den Bundesrat eingebracht, der die Aufnahme von Öffnungsklauseln in die Berufsgesetze der Hebammen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und der Rettungsassistenten vorsah. Daß der RettAss-Beruf in diesem Gesetzesantrag letztlich berücksichtigt wurde, ist auch auf das Engagement des Berufsverbandes für den Rettungsdienst (BVRD), vor allem auf das Engagement von Herrn Dr. Gerhard Nadler, zurückzuführen. Der BVRD zeigte im Herbst letzten Jahres dem diesbezüglich noch unentschlossenem Land Nordrhein-Westfalen das FÜR und WIDER einer akademischen Ausbildung auch für den RettAss-Beruf auf.

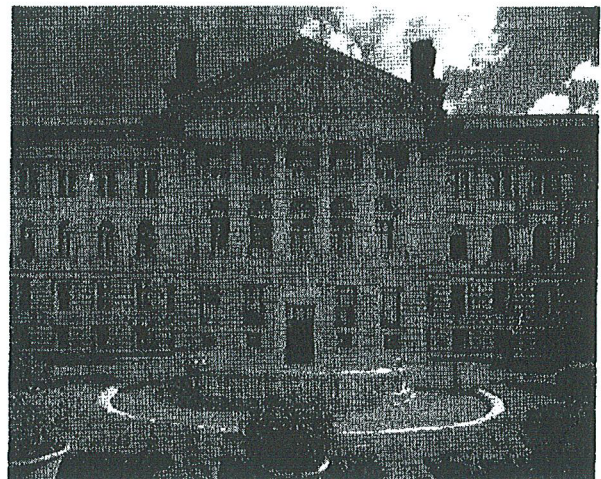
Bereits im April war dann zu vernehmen, daß das Gesundheitsministerium des Saarlandes die Rettungsassistenten ausgeklammert haben möchte. Auf der Sitzung des Bundesrats-Gesundheitsausschusses am 7. Mai, einer Arbeitstagung von Ministerialbeamten, wurde schließlich eine Beschlußempfehlung für die Abstimmung im Plenum erarbeitet, die den Gesetzesantrag aus NRW befürwortet, den Rettungsassistentenberuf aber ausklammert. Der Begründung zur Beschlußempfehlung kann entnommen werden, daß die RettAss-Ausbildung aufgrund der Zugangsvoraussetzung Hauptschulabschluß und einer Ausbildungsdauer von nur zwei Jahren weder inhaltlich noch formal die Voraussetzungen für eine modellhafte Erprobung für ein Fachhochschul-Studium erfülle. Im Gegensatz zu anderen Gesundheitsfachberufen wäre der Anteil der Berufsfachschüler mit (Fach-)Abitur auch sehr gering. Zudem hätte der RettAss-Beruf kein wirklich eigenes Profil, die Fachkompetenz der Notfallrettung wäre dem Arztberuf eigen. Im Plenum wurde am 23. Mai der Beschlußempfehlung des Gesundheitsausschusses entsprechend votiert. Der an den Bundestag weitergeleitete Gesetzesentwurf ist nun nur noch auf die Hebammen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden bezogen. Der BVRD hatte bei den Ge-

sundheitsministern der Länder noch versucht zu intervenieren, konnte jedoch vor allem aufgrund der kurzen Zeit zwischen der Ausschußsitzung am 7. Mai und der Plenarsitzung am 23. Mai nichts mehr erreichen.

Der BVRD hält die in der Begründung der Beschlußempfehlung angeführten Aspekte allesamt für unzutreffend. Die gegenwärtigen Zugangsvoraussetzungen und die Dauer der Ausbildung, die nun als Kriterien herangezogen wurden, entsprechen nicht den Anforderungen der Ausbildung und der Berufspraxis, sondern wurden 1989 ausschließlich aus politischen Gründen so festgeschrieben bzw. der Exekutive und der Legislative von einflußreichen Interessenverbänden in die Feder diktiert. Der Anteil der Auszubildenden an Schulen für Rettungsassistenten mit (Fach-)Hochschulreife, liegt, abgesehen vom Bereich der Feuerweherschulen, zudem bei etwa 40%, der der Hauptschulabsolventen lediglich bei 20%.

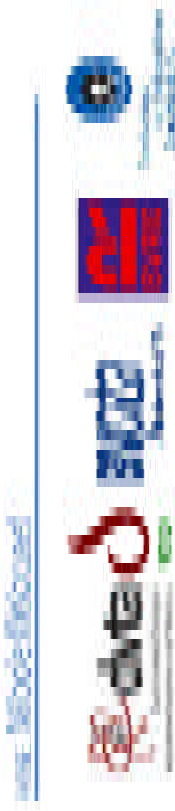
Dr. Gerhard Nadler, Berufsbildungsbeauftragter des BVRD, gegenüber dem RDJ: „Wenn als alternative Möglichkeit zur Ausbildung an einer Berufsfachschule ein grundständiges FH-Studium zum 'Rettungsassistenten' vorläufig nicht erreichbar ist, dann muß man eben ausbildungsintegrierende und berufsbegleitende Studiengänge anstoßen, die inhaltlich einem grundständigen Studiengang nahe kommen!“

RDJ-Redaktion

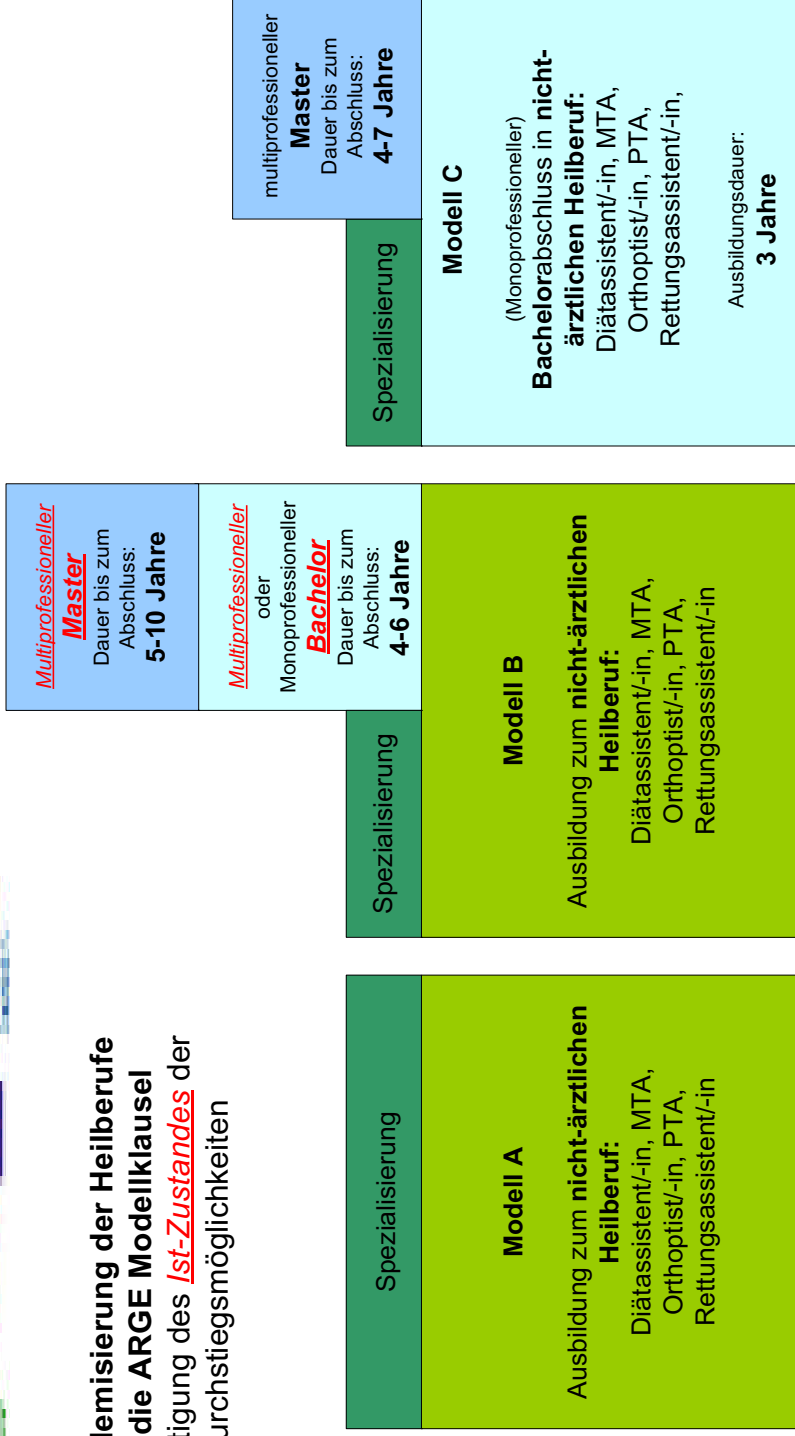


Bundesrats-Gebäude in Berlin

Anlage B: Schaubild zum Umsetzung des Modellklausel



Modell der Akademisierung der Heilberufe
vertreten durch die ARGE Modellklausel
unter Berücksichtigung des Ist-Zustandes der
akademischen Durchstiegsmöglichkeiten



die drei Modelle sollen und können parallel existieren

Modell A: Ist- Situation
Ausbildung in einem nicht-ärztlichen Heilberuf, Spezialisierung aber kein akademischer Durchstieg möglich.

Modell B:
Ausbildung in einem nicht-ärztlichen Heilberuf, Spezialisierung und/oder akademischer Durchstieg möglich. Nachteil: sehr langer Zeitraum bis zum ersten akadem. Abschluss (Bachelor).

Modell C:
Studium eines nicht-ärztlichen Heilberuf, bei gleicher Ausbildungsdauer von 3 Jahren (wie Modell A), Spezialisierung und/oder weiterer akadem. Werdegang möglich, „Europäisches Modell“

Modell C ist nur mit der Modellklausel möglich

Anmerkungen:
Dauer bis zum Bachelorabschluss ist abhängig von Anzahl der ECTS, Angebotsform (Vollzeit/Teilzeit)

Anlage C: Berufsspezifische Stellungnahmen

- **Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)**
- **Deutscher Verband Technischer Assistentinnen/Assistenten in der Medizin e.V. (dvta)**
- **Bundesverband für den Rettungsdienst e.V. (BVRD)**
- **Bundesverband der Orthoptistinnen Deutschlands e.V.**



Anlage C

**Verband der Diätassistenten –
Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)**

**Berufsspezifische Stellungnahme für den
Gesundheitsausschuss im deutschen Bundestag zur Anhörung
am 25. Mai 2009
zum Gesetzesentwurf des Bundesrates vom 23. Mai 2008
(BT-Drs. 16/9898)**

Zusätzlich zu den im Begleitschreiben der Arbeitsgemeinschaft (ARGE) Modellklausel aufgeführten Punkten zur Notwendigkeit der Einführung einer Modellklausel in die jeweiligen Berufsgesetze, bitten wir Sie, die folgenden, berufsspezifischen Punkte zu berücksichtigen:

Diätassistenten/-innen [*engl. dietitian*] vertreten in nahezu allen Ländern Europas den einzigen Heilberuf [health professional] im Bereich der (klinischen) Ernährung und Diätetik.

In Europa wird die Berufsgruppe der Diätassistenten berufspolitisch durch **EFAD** (European Federation of the Associations of Dietitians) vertreten. EFAD vertritt zurzeit 23 Berufsverbände. Der Deutsche Verband (VDD) ist Gründungsmitglied (1978) und der größte Mitgliedsverband.

EFAD arbeitet unter anderem eng mit DG Sanco (Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher der EU) zusammen und ist beratende NGO bei der World Health Organization, Regional Office for Europe.

Die besondere Bedeutung der Berufsgruppe der Diätassistenten für den Bereich der Therapie und Prävention im (europäischen) Gesundheitssystem wird auch durch das **EU- Projekt „DIETS 1“** (Dietitians Improving the **E**ducation and **T**rainin**S** Standards) betont. DIETS ist ein Projekt EFADs, organisiert und koordiniert durch die University of Plymouth, Department for Dietetics and Nutrition in Großbritannien.

Ziele dieses Projektes sind unter anderem die Schaffung einheitlicher Ausbildungs- und Trainingsstandards, Qualitätsstandards und die EU- Registrierung.

In der ersten Förderung (2006-2009) wurde das Projekt mit 1,4 Mill. Euro gefördert. Dies ist die höchste Fördersumme, die je für vergleichbare Projekte ausgezahlt wurde. Eine zweite Förderung ist auf Hinweise der EU hin beantragt worden, da das Projekt außerordentlich positiv verlaufen ist.

Am Ende der zweiten Förderung (DIETS 2) wird die Berufsgruppe der Diätassistenten der erste „health professional“ sein, der die Ausbildungs- und Trainingsstandards sowie die berufsspezifischen Qualitätsstandards vollständig definiert haben wird.

Ziel der zweiten Förderung ist unter anderem die EU Registrierung der Diätassistenten aus Gründen des Verbraucherschutzes.

Obwohl auf Grundlage des EFAD Benchmarks in fast allen Ländern Europas die Ausbildung der Diätassistenten akademisiert wurde ist Deutschland, neben Frankreich, das einzige Land, in dem es keine akademischen Diätassistenten gibt.

Dies hat unter anderem zur Folge, dass die Fachdisziplin Diätetik in Deutschland nicht universitär angesiedelt ist. Deutschland bildet zusammen mit Frankreich das Schlusslicht hinsichtlich Forschung und wissenschaftlicher Weiterentwicklung der Fachdisziplin Diätetik.

In Europa vertritt Deutschland das Land mit den meisten Diätassistenten. Aufgrund einer fehlenden akademischen Ausrichtung der Fachdisziplin Diätetik kann die Berufsgruppe an vielen europäischen Projekten nicht oder nur teilweise partizipieren, Einfluss nehmen und profitieren, da die strukturellen und/oder qualitativen Anforderungen nicht gegeben sind.

Des Weiteren ist der Deutsche Berufsverband (VDD) auf eine enge Zusammenarbeit mit den Verbänden der Nachbarländer (z.B. Niederlande, Österreich, Schweiz) angewiesen, um von den akademischen Diätassistenten dieser Länder wissenschaftliche Arbeiten berufsgruppenspezifisch „aufarbeiten zu lassen“.

Doris Steinkamp

1. Vorsitzende VDD

Weitere Infos unter:

VDD: <http://www.vdd.de>

EFAD: www.efad.eu

DIETS: <http://www.thematicnetworkdietetics.eu/everyone>

Anlage C

DEUTSCHER VERBAND TECHNISCHER ASSISTENTINNEN/ASSISTENTEN IN DER MEDIZIN e.V. (dvta)

Stellungnahme für den Gesundheitsausschuß im Deutschen Bundestag

zur Anhörung am 25.Mai 2009

zum Gesetzesentwurf des Bundesrates vom 23. Mai 2008 (BT-Drs. 16/9898)

Begründung zur Einführung einer Modellklausel in das Gesetz über technische Assistenten in der Medizin (MTAG)

1.) Status Quo

Bedarf und Nachfrage nach qualifizierten Gesundheitsdienstleistungen im Bereich der Laboratoriumsdiagnostik, Radiologie und Funktionsdiagnostik steigen fortwährend. Bedingt durch gravierende gesellschafts – und gesundheitspolitische Veränderungen der Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitswesen, erkennbar z.B. durch einen steigenden Ökonomisierungstrend, veränderte Versorgungsstrukturen und ein verändertes Qualitätsverständnis, werden auch die Medizinisch-technischen Assistenzberufe (MTA) mit stets neuen Anforderungsprofilen konfrontiert.

2.) Notwendigkeit der Entwicklung einer Fachexpertise

Die rasante wissenschaftlich-technische Entwicklung und die damit verbundene Einführung neuer Diagnose - und Analysetechnologien führen zu neuen Qualifikationsanforderungen auf allen Ebenen der beruflichen Qualifikation. Sowohl die MTA-Berufe als auch das System bzw. die Strukturen der Aus – und Weiterbildung stehen daher unter einem steten und notwendigen Veränderungs- und Anpassungsdruck, um eine optimale und qualitativ hochwertige Patientenversorgung auch in Zukunft gewährleisten zu können. Es reicht nicht mehr aus nur Standard-techniken zu kennen, die MTA-Berufe müssen auch die dahinter steckende Technologie beherrschen und verstehen, um bewerten zu können, ob die gewonnenen Ergebnisse technisch einwandfrei ermittelt wurden und richtig sind. Zudem sind Schlüsselqualifikationen, wie z.B. multiprofessionelle Zusammenarbeit, Teamfähigkeit etc. unabdingbar. Die derzeitige Ausbildung an staatlich anerkannten Schulen kann dies allein nicht mehr gewährleisten. Zur Erfüllung der hohen

qualitativen Anforderungen an eine Fachexpertise ist daher auch die Möglichkeit einer Ausbildung auf akademischen Niveau zu entwickeln.

3.) Wettbewerbsfähigkeit in Europa

Obwohl in nahezu allen Ländern Europas die Ausbildung der MTA-Berufsgruppen akademisiert wurde, sind Deutschland und Luxemburg die einzigen Länder in denen keine „akademischen MTA“ ausgebildet werden (Kachler, Marco (2007): Qualifikationsforschung zum Handlungsfeld der biomedizinischen Analytik, 27). Der deutsche Ausbildungsabschluss unterscheidet sich formal wesentlich von den Abschlüssen in Europa und Übersee. Eine Anerkennung der in Deutschland erworbenen Qualifikation (Abschluss), erfolgt in Europa, trotz der Richtlinie 2005/36/EG (Regelung zur Anerkennung von Berufsqualifikationen), nicht automatisch. Dies liegt darin begründet, dass eine Anerkennung automatisch nur in Ländern erfolgt, die auf gleicher Stufe eingeordnet sind. Die Einstufungskriterien sind das Niveau des Ausbildungsinstituts (Berufsfachschule/Hochschule) und die Dauer der Ausbildung. Da, wie oben dargestellt, die meisten Kolleginnen/Kollegen im europäischen Ausland an Fachhochschulen oder Universitäten ausgebildet werden, ist die deutsche Ausbildung auf einer niedrigeren Stufe, mit der Folge, dass das Gastland darüber entscheidet, was zur Berufserlaubnis nachgewiesen werden muss. Die Bandbreite der Vorgaben des Gastlandes reicht hierbei von Eignungsprüfungen bis hin zur kompletten Wiederholung der Ausbildung. Die besondere Bedeutung dieser Thematik für die Berufsgruppen der MTA im Gesundheitssystem zeigt sich auch auf europäischer Ebene sehr deutlich. Das HENRE-Projekt (Higher Education Network for Radiography in Europe) ist ein Projekt, das unter anderem die Schaffung einheitlicher Ausbildungs- und Qualitätsstandards sowie insbesondere die Überwindung der gegenseitigen Hindernisse bei der gegenseitigen Anerkennung von Ausbildungen zum Ziel hat. Das Projekt wird seit 2002 aus EU-Mitteln im Rahmen des Sokrates-/Erasmus Programms gefördert. Es befindet sich bereits in der 2. Phase, da das Projekt außerordentlich positiv verlaufen ist. Weitere Infos zu dem EU-Projekt finden Sie unter: www.henre.co.uk. Bei dem Blick auf Europa geht es nicht nur um die Möglichkeit im Ausland zu arbeiten, es geht vielmehr auch darum, die MTA-Berufe als attraktiv zu erhalten und nicht aufgrund höher eingestufte Ausbildungen und höherwertiger Abschlüsse der Kolleginnen/Kollegen aus anderen Ländern im eigenen Land Wettbewerbsnachteile zu haben.

4.) Zielsetzung

Die Akademisierung der MTA-Berufe ist ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung und für die optimale Patientenversorgung.

Vorstand dvta e.V.
Andreas Michelsen
Andreas Pfeiffer

Weitere Infos finden Sie unter:
Dvta: <http://www.dvta.de>

Berufsverband für den Rettungsdienst e.V. (BVRD)

Anlage C

Stellungnahme für den Gesundheitsausschuß im Deutschen Bundestag

zur Anhörung am 25. Mai 2009

zum Gesetzentwurf des Bundesrates vom 23. Mai 2008 (BT-Drs. 16/9898)

Der Beschluß der 80. Gesundheitsministerkonferenz am 4. und 5. Juni 2007 (Befürwortung der Aufnahme von Erprobungsklauseln analog § 4 VI KrankenpflegeG in die Berufsgesetze der übrigen Gesundheitsfachberufe) sowie der Gesetzesantrag des Landes Nordrhein-Westfalen vom 18. April 2008 (BR-Drs. 256/08) wurden vom Berufsverband für den Rettungsdienst, der ältesten und größten Interessenvertretung der Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten in der Bundesrepublik, begrüßt. Irritiert mußten wir am 23. Mai 2008 zur Kenntnis nehmen, daß der Bundesrat bei der Beschlußfassung zum Gesetzentwurf auf seiner 844. Sitzung (BR-Drs. 256/08/Beschluss) den Beruf des Rettungsassistenten wieder ausgeklammert hat. Ursache dafür war ein entsprechender Antrag des Saarlands, der mit einer relativ knappen Mehrheit angenommen wurde. Anzumerken bleibt, daß die in der Begründung der Beschlußempfehlung (BT-Drs. 256/1/08, Seite 2) genannten Aspekte letztlich unzutreffend sind.

Den Beruf des Rettungsassistenten aus einer Erprobung der akademischen Ausbildung der Gesundheitsfachberufe auszuklammern, halten wir jedoch für nicht sachgerecht.

Die Anforderungen der Berufspraxis an die Gesundheitsfachberufe, die durch die in der „ARGE Modellklausel“ zusammenarbeitenden Berufsverbände vertreten werden, darunter der Beruf des Rettungsassistenten, werden – bedingt durch das Fortschreiten der Medizin und anderer wissenschaftlicher Disziplinen, durch neue medizinische Verfahren und durch die Zunahme der Komplexität vieler Problemstellungen – ständig höher. Nach Meinung von Experten könnten Teilbereiche bzw. diverse Aufgaben aus den einzelnen Berufsfeldern mit einer akademischen Ausbildung (auf Fachhochschulebene) besser bewältigt werden als mit der herkömmlichen Ausbildung an der Berufsfachschule.

Nach unserer Auffassung wäre es sinnvoll, gegenwärtig etwa 20% der „Rettungsassistenten“ an einer (Fach-)Hochschule akademisch auszubilden. Mit einer grundständigen akademischen Ausbildung könnten Aufgaben in speziellen Bereichen – nach aller Wahrscheinlichkeit – besser erfüllt werden. Zudem wäre es den Absolventen aufgrund des Bachelor-Abschlusses möglich, in einem Master-Studium eine pädagogische Qualifikation (Medizinpädagogik) für eine Lehrtätigkeit oder eine Qualifikation für Leitungsfunktionen (im Rettungswesen) zu erwerben. In diesen beiden Bereichen müssen gegenwärtig häufig „Berufsfremde“ eingesetzt werden. Insbesondere aufgrund fehlender „Berufserfahrung“ als Rettungsassistent ist der Einsatz von Berufsfremden aber mit diversen Problemen behaftet. Im übrigen würde sich eine grundständige akademische Ausbildung zweifelsohne auf die Qualität der beruflichen Tätigkeit im Rettungsdienst sowie auf die Möglichkeit einer beruflichen Tätigkeit im Ausland positiv auswirken.

Die „gegenwärtige Länge“ der Ausbildung zum Rettungsassistenten, die 1989 nicht wegen sachlicher oder fachlicher Überlegungen, sondern ausschließlich aus politischen Gründen, auf zwei Jahre „festgeschrieben“ wurde, rechtfertigt eine erneute Ungleichbehandlung nicht.

Weder die gegenwärtig im Bundesministerium für Gesundheit laufenden Vorarbeiten für eine Novellierung des Rettungsassistentengesetzes (RettAssG) von 1989, noch die beabsichtigte Novellierung des RettAssG, die aus unserer Sicht dringend notwendig ist, werden durch die auch für das RettAssG geforderte „Erprobungsklausel“ tangiert oder gar überflüssig.

Im übrigen möchten wir auf die Stellungnahme der „ARGE Modellklausel“, dieser Arbeitsgemeinschaft gehört der Berufsverband für den Rettungsdienst an, verweisen.

Lich, 18. Mai 2009

Der Vorstand des BVRD



Berufsverband
der Orthoptistinnen
Deutschlands e.V.

**Begründung zur Einführung einer Modellklausel in das
Gesetz über den Beruf der Orthoptistin und des
Orthoptisten**

**Vorlage zur Anhörung im Gesundheitsausschuss am
25.5.2009**

Berufsbeschreibung

Die staatlich anerkannte Orthoptistin ist Expertin auf dem Gebiet der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von funktionellen Erkrankungen der Augen und ihrer Folgen.

Als Spezialistin, nicht nur auf dem Gebiet der Orthoptik, sondern auch in der Neuroophthalmologie, dem Low-Vision-Bereich und der optischen und neuro-orthoptischen Rehabilitation stellt sie selbstständig orthoptisch-medizinische Diagnosen und bestimmt die Therapien sowie rehabilitative Maßnahmen.

Die orthoptische/neuroophthalmologische **Diagnostik** beinhaltet die Untersuchung, Analyse und Interpretation von funktionellen Erkrankungen der Augen, wie Störungen des ein- und beidäugigen Sehens, der Augenstellung, der Augenbeweglichkeit, der Fixation und der zentralen Sehfunktionen.

Das Aufgabenspektrum orthoptische/neuro-orthoptische **Therapie** umfasst Maßnahmen zur Verbesserung, Wiederherstellung und Stabilisierung des Zustandes bei funktionellen Störungen des visuellen Systems als konservative Therapie und/oder Vor- und Nachsorge bei Augenmuskeloperationen. Mit gezielten orthoptisch-therapeutischen Verfahren wird eine Verbesserung der Seh- und Lebensqualität des Patienten erreicht.

Die (visuelle) **Rehabilitation** umfasst medizinische, soziale und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen sowie optische, orthoptische und neuro-orthoptische Maßnahmen zur Beseitigung und Minderung der Folgen einer visuellen Behinderung (sensorisch und motorisch), um die berufliche/schulische Befähigung und soziale (Wieder-)Eingliederung des Betroffenen zu unterstützen.

Die **Prävention** in der Orthoptik beinhaltet die Untersuchung zur Früherkennung von Schielen, Sehstörungen und Sehbehinderungen. Ziel ist das frühzeitige Erkennen von Risikofaktoren, um durch präventive Maßnahmen die Entstehung der Erkrankung bzw. ihre Verschlimmerung zu verhindern und Folgeschäden vorzubeugen bzw. zu reduzieren.

Begründung zur Erprobung einer Modellklausel

1) Veränderte gesellschaftliche und strukturelle Anforderungen an die Gesundheitsversorgung

Die demographische Entwicklung, das geänderte Morbiditätsspektrum, die Fortschritte in der Medizin sowie die Veränderungen der kurativen und rehabilitativen Versorgungsstrukturen erfordern neue Qualifikationen, um eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Diese geforderten qualitativen und ökonomischen Gesichtspunkte einer optimalen Patientenversorgung können nicht im Rahmen der bestehenden Berufsausbildung erworben werden, sondern erfordern zusätzliche Qualifikationen im Rahmen der Orthoptistinnenausbildung. Gesundheit wird nicht mehr allein aus bio-medizinischer Sicht verstanden, sondern Gesundheit wird als biopsychosoziales Konstrukt begriffen. Neben der Medizin als Bezugswissenschaft sind auch Soziologie, Psychologie und Pädagogik relevant geworden.

2) Forderung der Entwicklung einer Fachexpertise in Abgrenzung zur ärztlichen Tätigkeit

Wie der Sachverständigenrat in seinem Gutachten „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ betont, bedeutet eine neue Aufgabenverteilung für die Gesundheitsberufe, dass Änderungen bei den Berufsgesetzen, bei der Haftungsfrage und bei den Primärqualifikationen der Berufsausbildungen vorgenommen werden müssen.

Ein wesentlicher Punkt – die im Gutachten angesprochene Aufgabenverteilung zwischen Arzt und Gesundheitsfachberuf – ist bei den Orthoptistinnen längst in die Praxis umgesetzt.

Im Laufe der Jahrzehnte hat sich das Berufsbild soweit verändert, dass die Orthoptistin zur Spezialistin in Fragen der Orthoptik und Neuroophthalmologie geworden ist, selbstständig orthoptisch-medizinische Diagnosen stellt und Therapien bestimmt. Mit der beruflichen Fachexpertise befindet sich die Orthoptistin in der Leistungsrolle. Dieser Status verlangt danach, angesichts der hohen qualitativen Anforderungen, die Ausbildung auf akademischem Niveau weiterzuentwickeln.

3) Wettbewerbsfähigkeit in der EU

Im europäischen Ausland findet die Ausbildung zur Orthoptistin bereits auf Hochschulebene statt. Nur durch eine daran angepasste akademische Berufsqualifizierung auch in Deutschland, besteht für deutsche Orthoptistinnen die Möglichkeit, an nationalen und internationalen Forschungsprojekten teilzunehmen und somit den Beruf weiterzuentwickeln, um zukünftig im europäischen Vergleich wettbewerbsfähig zu sein. Eine Anhebung auf Hochschulebene würde dies gewährleisten und als Konsequenz die Flexibilität und die Mobilität der deutschen Orthoptistin fördern.

4) Berufsperspektiven und Forderungen? Zielsetzung?

Der Berufsverband der Orthoptistinnen verfolgt seit 1991 das Ziel, die Berufsausbildung zu akademisieren und damit die weitere Professionalisierung des Berufes voranzutreiben. Diese Zielsetzung entspricht den Anforderungen an eine innovative und zukunftsorientierte Gesundheitsversorgung und sichert eine zukunftsfähige, qualifizierte, wissenschaftsorientierte und reflektierte Berufspraxis im multiprofessionellen Gesundheitswesen.

Die Akademisierung der Orthoptistin führt zu einer Qualitätssicherung im gesundheitlichen Versorgungssystem. Auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und reflektierter Praxiskompetenz können die Berufsangehörigen eine zentrale Rolle im Theorie-Praxis-Transfer übernehmen.

Ziel ist somit eine verbesserte professionelle Handlungsfähigkeit, d. h. eine erweiterte Fachkompetenz sowie Management, Forschungs- und Sozialkompetenz. Damit wird die Orthoptistin befähigt, auch in Zukunft mit den neuen Herausforderungen qualitätsbewusst, verantwortlich und kompetent umzugehen. Für die Berufsangehörigen eröffnen sich neue Perspektiven mit einem erweiterten Arbeitsspektrum, neuen Tätigkeitsfeldern (auch hinsichtlich des demographischen Wandels), Leitungs- und Führungsaufgaben (Management) sowie Aufgaben in Lehre, Wissenschaft und Forschung.

Ansprechpartner

Marlis Lenk-Schäfer
Geschäftsführerin
Josephsplatz 20
90403 Nürnberg
Tel. : 0911-22001
Fax : 0911-2059612
E-Mail : bod@orthoptistinnen.de
Internet: www.orthoptistinnen.de

Christa Meinecke-Noot
Ausschuss Fort- und Weiterbildung
Lilienstr. 38
45133 Essen
Tel: 0201-2447727
E-Mail: meinecke-noot@web.de