



Bundesverband Lehrende
Gesundheits- und Sozialberufe

Berlin, 04.07.2019

Positionen zur Neuordnung der Gesundheitsfachberufe

Vorbemerkung

Der BLGS e.V. bedankt sich für die Anfrage des Bundesministeriums für Gesundheit zur Neuordnung der Gesundheitsberufe und die Gelegenheit zur Stellungnahme im Rahmen der Verbändebeteiligung. Die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsberufe“ zeigt, dass die seit langem bestehenden bzw. zukünftig zu erwartenden Ausbildungs- und Versorgungsmängel im Bereich der nicht-pflegerischen Gesundheitsfachberufe langsam ins Blickfeld der politisch Verantwortlichen rücken.

Eine Attraktivitätssteigerung der Gesundheitsberufe mit ihrem überwiegend weiblichen Personal ist nicht nur aus Gründen der Fachkräftesicherung, sondern auch der Geschlechtergerechtigkeit dringend geboten: „Eine für fast alle Berufsausbildungen geltende Selbstverständlichkeit, nämlich, dass für die Teilnahme an der Erstausbildung keine Gebühren erhoben werden, ist für einige Heilberufe (...) außer Kraft. Auch andere wesentliche Qualitätsmerkmale der Berufsausbildung (...) werden (...) systematisch nicht erfüllt, wie die durchgängige Qualifizierung der Lehrkräfte auf Hochschulebene und eine strukturierte praktische Anleitung während der praktischen Ausbildungsphasen durch berufspädagogisch qualifiziertes Fachpersonal. Auch die im Dualen System üblichen sozialen Standards, wie eine angemessene Ausbildungsvergütung, tarifliche Regelungen zu Ausbildungsrahmenbedingungen wie Fahrtkostenerstattung u. Ä. und Teilhabe an der betrieblichen Mitbestimmung bleiben diesen Ausbildungsberufen vorenthalten“ (Robert Bosch Stiftung 2013: Gesundheitsberufe neu denken: 175).

Infolge der teilweise jahrzehntelangen politischen Weigerung, die hier zur Diskussion stehenden Gesundheitsfachberufe den wissenschaftlich-technischen und gesellschaftlichen Entwicklungen entsprechend systematisch anzupassen und weiterzuentwickeln, hat sich ein Reformstau gebildet, dem mit kleineren Korrekturen an einzelnen Berufsgesetzen nicht mehr sinnvoll beizukommen ist. Angesichts der Vielzahl dieser Berufe mit ihren heterogenen beruflichen Handlungsfeldern und z.T. sehr unterschiedlichen Verberuflichungs- und Professionalisierungstendenzen ergeben sich berufsgruppenspezifische, vielschichtige Problemlagen.

Aus der seitens des BLGS vertretenen berufspädagogischen und berufsbildungspolitischen Perspektive erscheint eine sequenzielle Abarbeitung des vorgelegten Fragenkatalogs für jeden einzelnen der hier in Frage kommenden Berufe daher wenig zielführend. Wir haben deswegen eine Bündelung einzelner Fragen zu zentralen Themenkomplexen vorgenommen, die berufsübergreifend bzw. stellenweise exemplarisch bearbeitet wurden und zu denen wir wie folgt Stellung beziehen:

1. Hochschulische Ausbildung am Beispiel der Therapieberufe

1.1. Teilakademisierung

Position: Die bestehenden Parallelstrukturen der primärqualifizierenden Ausbildung in den Gesundheitsberufen sollten abgeschafft werden.

Begründung: Bisherige berufspolitische Diskurse und Untersuchungen zu Bedingungen und Auswirkungen der Teilakademisierung der Therapieberufe in Deutschland lassen vermuten, dass sich über diesen Weg keine ausreichende und nachhaltige qualitative und quantitative Verbesserung der Versorgung mit therapeutischen Leistungen sicherstellen lässt. So hat sich bspw. in der Physiotherapie trotz seit fast 20 Jahren bestehender Teilakademisierung ein dramatischer Fachkräftemangel manifestiert (vgl. BA 2018: Fachkräfteengpassanalyse; HVG/VAST 2018: Strategiepapier zur hochschulischen Ausbildung). Hochschulisch ausgebildete Angehörige von Gesundheitsfachberufen nutzen ihre Abschlüsse häufig als Ausstiegsmöglichkeit aus dem Beruf, um den unattraktiven Arbeitsbedingungen zu entkommen oder steigen erst gar nicht in den Beruf ein.

Eine bundesweit durchgeführte Stellenanzeigenanalyse in den Therapieberufen (Ergo- und Physiotherapie, Logopädie) hat gezeigt, dass Arbeitgeber*innen bzw. Personalverantwortliche hochschulisch ausgebildetes Personal für die unmittelbare Patient*innenversorgung unter den Bedingungen der Teilakademisierung nicht nachfragen. Sporadisch vorhandene Stellenangebote beziehen sich fast ausschließlich auf nicht-therapeutische Tätigkeitsbereiche, bspw. in Forschung und Lehre. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass die Doppelstruktur der Ausbildung mit ihren ungeklärten Kompetenzprofilen zur Desorientierung sowohl bei Arbeitgeber*innen als auch bei Arbeitnehmer*innen und damit zu nachhaltiger Verunsicherung im Berufsfeld und auf dem Arbeitsmarkt geführt hat (vgl. Unger 2017: Bedarfsanalysen: Stellenanzeigen und Arbeitnehmer*innen).

Solche Befunde sind nicht verwunderlich, denn auch im Hinblick auf die Versorgungsqualität lässt sich aus fachlicher bzw. Bedarfs-Perspektive nicht begründen, warum manche Patient*innen auf hochschulisch und andere auf berufsfachschulisch ausgebildete Therapeut*innen treffen sollen. In diesem Zusammenhang muss auch der vielzitierten (vorläufigen) Empfehlung des Wissenschaftsrats widersprochen werden, 10 bis 20 Prozent der Angehörigen von Gesundheitsberufen akademisch auszubilden, die „mit besonders komplexen und verantwortungsvollen Aufgaben“ in der Patientenversorgung betraut sind (WR 2012: Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen). Zwar gibt es Versorgungsbedarfe unterschiedlicher Komplexität. Jeder Einzelfall erfordert aber zu Beginn eine fundierte therapeutische Einschätzung des Bedarfs auf der Basis einer differenzierten Diagnostik. Gleiches gilt für die permanente Verlaufskontrolle und Steuerung des Therapieprozesses. Die Komplexität des Einzelfalls und die grundsätzlich geringe Standardisierbarkeit des beruflichen Handelns kennzeichnen das therapeutische Berufsfeld in allen Settings.

Vor diesem Hintergrund stufen wir auch die beschlossene Verlängerung der Modellklausel bis Ende 2021 als Fehlentscheidung ein. Sie ist angesichts der positiven Evaluationsergeb-

nisse nicht nachvollziehbar, zeugt von gesundheits- und bildungspolitischer Orientierungslosigkeit und lähmt die überfällige Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe zusätzlich.

1.2. Vollakademisierung

Position: Eine Vollakademisierung weiterer Gesundheitsfachberufe nach dem Vorbild des Hebammenberufs ist erforderlich, sofern diese über ein hinreichend breites und komplexes berufliches Handlungsfeld verfügen, die berufliche Tätigkeit ein fundiertes berufliches Wissen und Können erfordert und das berufliche Handeln ein hohes Maß an ethischer Verantwortung und selbstständigen Entscheidungen voraussetzt. Dies trifft zum Beispiel auf die Therapieberufe (Ergo-, Physiotherapie, Logopädie) zu.

Für die Ausgestaltung der berufsgesetzlichen Regelungen im Falle einer Vollakademisierung können zentrale Punkte des Hebammenreformgesetzes (HebRefG) als Blaupause dienen: Duale Ausrichtung des Studiums mit Verknüpfung von hochschulischer und praktischer Ausbildung, entsprechende Mindestanforderungen an die Qualifikation des Lehrpersonals an allen Lernorten und an die Studiengangsleitung, Prüfungsgestaltung und Ausbildungsvergütung. Allerdings sollte die Studiendauer in Vollzeit mindestens sieben Semester betragen.

Begründung: Für die Therapieberufe haben einige Bundesländer inzwischen Rahmenrichtlinien erlassen, die an aktuellen berufswissenschaftlichen und berufsdiaktischen Standards orientiert sind. Diese weisen Evidenzbasierung, Prozesssteuerung, interprofessionelle Kooperation und Qualitätssicherung als therapeutische Kernaufgaben aus. Dazu gehören Organisation, Planung, Clinical Reasoning, Dokumentation, Evaluierung und evidenzbasierte Begründung der therapeutischen Entscheidungen (vgl. bspw. MAGS NRW 2005 - 2007: Empfehlende Richtlinien). Hier wird die Komplexität des Versorgungsauftrags und der Anforderungen an das berufliche Handeln erkennbar, die mit einer dreijährigen berufsfachschulischen Ausbildung nicht mehr angemessen erfüllt werden kann. Ein entsprechend erweitertes Kompetenzniveau, vor allem im wissenschaftlichen Bereich sowie hinsichtlich reflektierter, eigenverantwortlicher Entscheidungsfindung und kritischer Urteilsfähigkeit würde in Bezug auf das DQR-Referenzniveau eine Steigerung um zwei Stufen bedeuten. Dies ist aus berufspädagogischer bzw. hochschuldidaktischer Perspektive in der gleichen wie für die bisherige Ausbildung vorgesehene Zeit schlichtweg nicht möglich. Das Studium sollte daher mindestens sieben Semester in Vollzeit umfassen.

Weiteren Aufschluss über therapeutische Qualifikationsanforderungen geben die Gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln. Hier wird deutlich, dass die ärztliche Verordnung lediglich eine Grundlage bildet, auf der Therapeut*innen eigene Befunderhebungen vornehmen und eigenständig tätig werden (§ 5). Für die Tätigkeit haften dementsprechend die Therapeut*innen selbst und nicht die verordnenden Ärzte/Ärztinnen (§ 11). Im Rahmen der Sicherstellung von Prozess- und Ergebnisqualität sowie Kooperation sind weitere Verpflichtungen formuliert, denen Therapeut*innen eigenverantwortlich nachkommen müssen. So dürfen ärztliche Verordnungen nicht einfach unreflektiert ausgeführt werden: „Ergibt sich aus der Befunderhebung durch den Heilmittelerbringer, dass die Erreichung des vom verordnenden Vertragsarzt benannten Therapieziels durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat der Heilmittelerbringer darüber unverzüglich den Vertragsarzt (...) zu informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans abzustimmen und ggf. eine neue Verordnung zu erhalten“ (§ 17; Abs. 4). Therapeut*innen nehmen also auf der Basis ihrer diagnostischen Kompetenz eine laufende Überprüfung der ärztlichen Verordnungen vor und veranlassen gegebenenfalls eine sachgemäße Anpassung.

Nach §135a SGB V (1) sind die Leistungserbringer außerdem „zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.“ Die hier für die Therapieberufe skizzierten Kompetenzanforderungen verweisen deutlich auf DQR-Niveau 6, was einer Ausbildung auf Bachelor-Niveau entspricht.

Eine Vollakademisierung der Therapie- und vergleichbarer Berufe würde außerdem den überfälligen Anschluss an europäische Ausbildungsstandards ermöglichen und damit einen Schritt in Richtung bildungspolitische Normalität vollziehen.

2. Berufsfachschulische Ausbildung

Gesundheitsberufe, die in der Struktur einer berufsfachschulischen Ausbildung verbleiben, bedürfen je nach Ausgangslage mehr oder weniger umfassend ausgeprägter Reformen. Anhaltspunkte für eine zeitgemäße Ausgestaltung der Ordnungsmittel (Berufsgesetze sowie Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen) kann z.B. das Pflegeberufgesetz (PflBG) bieten.

2.1. Ausbildungs- und Kompetenzziele

Position: Für alle Gesundheitsberufe sind hinreichend ausdifferenzierte Ausbildungsziele in den Berufsgesetzen sowie Kompetenzprofile in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen zu formulieren.

Begründung: Die derzeit formulierten Ausbildungsziele decken häufig nur einen Teil des tatsächlichen Qualifikationsspektrums ab; viele Berufsgesetze enthalten gar keine Ziele. Die verbindliche Formulierung von Ausbildungszielen und Kompetenzen, die das zur Erfüllung des Versorgungsauftrags erforderliche Kompetenzniveau adäquat abbilden, ist unerlässlich, um eine angemessene Versorgungsqualität abzusichern und den Schutz von Patient*innen bzw. Klient*innen zu gewährleisten. Das bislang systematische Verschweigen von Qualifikationen und Kompetenzen in vielen Gesundheitsberufen ist sachlich unangemessen, diskriminiert die überwiegend weiblichen Berufsangehörigen, u.a. im Vergleich zu den männlich dominierten gewerblich-technischen Berufsfeldern, und behindert zumindest indirekt die zur Sicherung des Fachkräftebedarfs dringend notwendige Attraktivitätssteigerung der Gesundheitsberufe. Den Höhepunkt einer absichtlichen, politisch motivierten beruflichen Degradierung im Feld der Gesundheits- und Pflegeberufe bildet vorläufig die nachträglich vorgenommene und sachlich unangemessene Herabstufung der Kompetenzbeschreibungen für die Altenpflege in der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV). Für eine adäquate Formulierung von Ausbildungszielen und Kompetenzen in der erforderlichen Breite und Tiefe können ansonsten das PflBG und die PflAPrV handlungsleitend sein.

2.2. Struktur und Durchführung der Ausbildung

Position: Sowohl die schulische als auch die praktische Ausbildung benötigen wesentlich verbindlichere und differenziertere Regelungen als in den bisherigen Ordnungsmitteln der Gesundheitsberufe vorgesehen. Hierzu gehören die Entwicklung von Rahmenrichtlinien und Rahmenausbildungsplänen durch eine Fachkommission, die Verpflichtung zur schulinternen Curriculumentwicklung, die Praxisanleitung und Praxisbegleitung hinsichtlich ihres Umfangs und die Qualifikation des verantwortlichen Lehrpersonals für schulischen Unterricht sowie für die praktische Ausbildung. Auch die Mindestanforderungen an Schulen und praktische Ausbildungsstätten sind in Anlehnung an das PflBG zu entwickeln und verbindlich zu regeln.

Begründung: Durch ausdifferenzierte und verbindliche Regelungen in Berufsgesetzen und Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen werden Mindeststandards geschaffen, die für Transparenz und Vergleichbarkeit sorgen. Rahmenrichtlinien und Rahmenausbildungspläne bieten sowohl für die Erstellung von Landeslehr- und Ausbildungsplänen als auch für die schulinterne Curriculumentwicklung eine wichtige Orientierung.

Die bislang fehlenden Regelungen zur Praxisanleitung und Praxisbegleitung haben zur Folge, dass gerade das für die berufliche Sozialisation und die Entwicklung berufspraktischer Handlungskompetenz zentrale Lernen in der praktischen Ausbildung der Beliebigkeit anheimfällt. Auch in Bezug auf das Lehrpersonal für die schulische Ausbildung herrscht föderalistische Willkür in einem Ausmaß, die sachlich in keinerlei Hinsicht zu rechtfertigen ist. Ob die Auszubildenden eine angemessene Lernunterstützung durch hinreichend fachlich und pädagogisch qualifiziertes Personal erfahren oder nicht, bleibt bislang weitgehend dem Zufall überlassen.

2.3. Lehrpersonal für die berufsfachschulische Ausbildung

Position: Die Qualifikation des Lehrpersonals für den schulischen Unterricht muss mindestens den üblichen Standards der Lehrer*innenbildung entsprechen. Hinsichtlich der formalen Anforderungen bedeutet dies eine an der ersten Phase des Lehramts für berufliche Schulen orientierte Hochschulbildung auf Master- bzw. gleichwertigem Niveau mit fachwissenschaftlichen, bildungswissenschaftlichen und berufsdidaktischen Anteilen und ausreichenden Kompetenzen im zugehörigen Berufsfeld (KMK 2018: Rahmenvereinbarung Lehramtstyp 5). Darüber hinaus ist dafür zu sorgen, dass ein angemessen hoher Anteil des Lehrpersonals über einen Berufsabschluss und Berufserfahrung im entsprechenden Gesundheitsberuf verfügt.

Die Qualifikation des Lehrpersonals für die praktische Ausbildung der Gesundheitsberufe sollte verpflichtend mindestens auf DQR-Niveau 6 erfolgen und modular strukturiert werden. Dies macht eine grundlegende Neukonzeption geeigneter Weiterbildungsangebote erforderlich. Diese sollten vorzugsweise an Hochschulen angeboten werden, können aber auch an anderen geeigneten Bildungsinstitutionen stattfinden. Den strukturellen und inhaltlichen Besonderheiten der gesundheitsberuflichen Bildung ist dabei angemessen Rechnung zu tragen.

Begründung: Professionelles Lehrer*innenhandeln im Berufsfeld Gesundheit und Pflege erfordert umfassendes wissenschaftliches Wissen und berufspädagogische Handlungskompetenz. Die beruflichen Anforderungen an Lehrer*innen für die schulische Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen entsprechen mindestens denen ihrer Kolleg*innen aus anderen beruflichen Fachrichtungen. Durch den Patient*innenbezug ergibt sich darüber hinaus für die Lehrkräfte in diesem Berufsfeld eine besondere Verantwortung hinsichtlich ihres fachwissenschaftlichen Wissens und ihres pädagogisch-didaktischen Könnens. Daher darf die Lehrer*innenbildung nicht weiter unter dem allgemein anerkannten Standard verbleiben. Für die Pflegedidaktik als Schnittstelle zwischen Fachwissenschaften und Bildungswissenschaften/beruflicher Didaktik hat die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft einen breit konsentierten Fachqualifikationsrahmen vorgelegt (DGP 2019: Fachqualifikationsrahmen Pflegedidaktik). Die hier formulierten Kompetenzen sind auf die Lehrkräfte in anderen Gesundheitsberufen übertragbar und machen eine Hochschulqualifikation auf Masterniveau erforderlich.

Die Berufsbildungsforschung zeigt, dass Erfahrungen im beruflichen Handlungsfeld für die berufliche Entwicklung eine zentrale Rolle spielen. Damit sind Praxisanleiter*innen als berufliche Rollenvorbilder und als Lehrende genauso bedeutsam wie schulische Lehrkräfte und

tragen eine erhebliche Mitverantwortung für das Erreichen des Ausbildungsziels. Praxisanleitung erschöpft sich auch nicht in der sporadischen Anleitung von Auszubildenden nach traditionellem Muster, sondern ist eine komplexe Aufgabe, die umfassende pädagogisch-didaktische Fähigkeiten und eine fundierte berufspädagogische Qualifikation erfordert.

3. Berufsbilder / Kompetenzerweiterungen

3.1. Berufsbilder: Differenzierungen

Position: Die Berufe Masseur*in und medizinische*r Bademeister*in und Physiotherapeut*in sollten zukünftig in zwei getrennten Gesetzen geregelt werden.

Begründung: Die physikalische Therapie im engeren Sinn (Massage-, Elektro-, Hydro- und Thermotherapie) stellt das zentrale Tätigkeitsfeld der Masseur*innen und medizinischen Bademeister*innen dar, aber lediglich einen sehr begrenzten Teilbereich der Physiotherapie. Hiervon ist die Bewegungstherapie im weiteren Sinn (veraltet: Krankengymnastik) als Kernbereich physiotherapeutischer Interventionen zu unterscheiden. Dieser hat sich v.a. in den letzten beiden Jahrzehnten verwissenschaftlicht und in Folge zunehmender Forschungsaktivitäten weiter ausdifferenziert, während die physikalische Therapie im Rahmen der evidenzbasierten Physiotherapie weiter an Bedeutung verliert. Die verbliebene Schnittmenge an Ausbildungsinhalten und beruflichen Tätigkeiten kann ein gemeinsames Berufsgesetz nicht mehr sachlich nachvollziehbar begründen.

3.2. Berufsfähigkeit: Integration von Zertifikatspositionen in die Ausbildung

Position: Die derzeit verpflichtenden „Weiterbildungen“ für die Zertifikatspositionen in der Physiotherapie sollten in ihrer bestehenden Form nicht in die Ausbildung übernommen werden. Vielmehr sind die betreffenden Therapiemaßnahmen bezüglich ihrer externen Evidenz neu zu bewerten und bei zufriedenstellendem Ergebnis in angepasster Form als reguläre Lerngegenstände in die Ausbildung zu integrieren, und zwar unabhängig davon, ob diese zukünftig in Berufsfachschulen oder Hochschulen stattfindet. Heilmittelrichtlinie bzw. Heilmittelkatalog müssen entsprechend geändert werden.

Begründung:

Das bestehende System der Zertifikatspositionen hat sich in zweierlei Hinsicht als problematisch erwiesen: Erstens sind die den Zertifikatspositionen zugrundeliegenden Behandlungsmethoden in ihrer Wirksamkeit häufig nicht ausreichend belegt. Demgegenüber sind einige neuere Therapieformen mit besseren Evidenznachweisen nicht berücksichtigt. Damit erfüllen gerade die Zertifikatspositionen in ihrer bestehenden Form nicht mehr ihren ursprünglichen Zweck, die fachlich gebotene Qualität der Versorgung nach § 70 SGB V sicherzustellen. Vielmehr begünstigen und perpetuieren sie die Anwendung z.T. fragwürdiger Therapieformen und erschweren damit sogar die Implementierung aktueller evidenzbasierter Ansätze. Zweitens verdeutlichen Stellenanzeigen und Analysen des Heilmittelinformationssystems der GKV, dass mittlerweile fast die Hälfte der physiotherapeutischen Verordnungen auf Zertifikatspositionen basieren (GKV-HIS 2019: Bundesbericht) und dass in mehr als der Hälfte der untersuchten Stellenangebote entsprechende Weiterbildungen verlangt wurden (BMBF 2014: Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen). Damit sind die Absolvent*innen aus derart umfangreichen Gebieten ihres Berufsfelds systematisch ausgeschlossen, dass von einer ausreichenden Berufsfähigkeit nach Beendigung der Ausbildung nicht mehr ernsthaft gesprochen werden kann. Das Minimalziel der o.g. Maßnahmen besteht in diesem Zusammenhang also in der Wiederherstellung der Berufsfähigkeit mit der Berech-

tigung, bezüglich des gesamten Indikationsspektrums des Heilmittelkatalogs physiotherapeutisch tätig werden zu können.

3.3. Berufsentwicklung, neue Berufsprofile und Kompetenzerweiterungen

Position: Neue Berufsprofile und berufliche Kompetenzerweiterungen bspw. im Rahmen von Substitution ärztlicher Aufgaben können sinnvolle Maßnahmen zur Erfüllung des Versorgungsbedarfs und zur Qualitätssicherung darstellen. Die Neu- und Weiterentwicklung von Berufsprofilen muss sich jedoch sowohl an langfristig zu erwartenden Versorgungsbedarfen als auch an berufspädagogischen Standards moderner Beruflichkeit orientieren.

Begründung: Der besondere gesellschaftliche Stellenwert der Gesundheitsberufe gebietet es, Berufsentwicklungen in erster Linie mit Blick auf Versorgungsbedarfe und Patient*inensicherheit zu betrachten. Professionalisierung in den Gesundheitsberufen bedeutet nicht, berufspolitische Aktivitäten vorrangig am Ziel einzelberuflicher Prestigesteigerung und Einkommenserhöhung bzw. Sicherung einer systeminternen Vormachtstellung auszurichten. Angesichts erster Ergebnisse aus den Modellversuchen zur sogenannten Blankoverordnung bei den Heilmittelerbringern sind die Regelungen im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) als erste Schritte zu möglichen weiteren Kompetenzerweiterungen zu begrüßen.

Gleichzeitig müssen berufliche Neuzuschnitte und Profiländerungen Ansprüchen an eine hohe Fachlichkeit und berufsfeldbreite Qualifizierung bei gleichzeitiger Beschäftigungsfähigkeit genügen. Sowohl einseitige Spezialisierung als auch berufliche Profillosigkeit im Segment von Hilfs- und Assistenzberufen sind hierbei zu vermeiden. Um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten bzw. in vulnerablen Bereichen überhaupt erst wiederherzustellen, werden nicht immer mehr Assistenz- und „Lückenbüßer“-Berufe gebraucht, sondern attraktive Berufsbilder mit guten Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung und angemessener Bezahlung.

4. Schulgeld, Studiengebühren, Ausbildungsvergütung

Position: In allen Gesundheitsberufen sind Schulgeld und Studiengebühren für die berufliche Erstausbildung abzuschaffen. Stattdessen sollte eine Ausbildungsvergütung in angemessener Höhe eingeführt werden, und zwar unabhängig davon, ob die berufliche Erstqualifizierung an der Berufsfachschule oder an der Hochschule stattfindet.

Begründung: Die massive finanzielle Benachteiligung während der Ausbildung bei gleichzeitig deutlich unterdurchschnittlichen Verdienst- und weitgehend fehlenden Aufstiegsmöglichkeiten macht die Gesundheitsberufe unattraktiv und trägt erheblich zur Verschärfung des Fachkräftemangels bei. Einige Bundesländer haben das Problem inzwischen erkannt und sich zumindest zur Abschaffung des Schulgelds durchgerungen. Die bisherigen Maßnahmen werden aber nicht ausreichen, und auch aus Gründen der Gleichberechtigung ist das Erheben von Schulgeld nicht mehr länger hinnehmbar. Mit dem PflBG wurde die bundesweite Schulgeldfreiheit in der Altenpflege eingeführt; das HebRefG sieht ein duales Studium mit Ausbildungsvergütung vor. Nach diesem Vorbild müssen entsprechende Regelungen nun auch für die nicht-pflegerischen Gesundheitsberufe getroffen werden.

5. Ausbau von Kapazitäten und Übergangsregelungen

Eine angemessene Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe wie oben skizziert macht einen massiven Ausbau von Studiengangskapazitäten erforderlich. Dies betrifft nicht nur den Ausbau von Studiengängen für die Lehrer*innenbildung für die berufsfachschulischen Ausbildungsgänge, sondern auch für die Primärqualifizierung der vollständig zu akademisierenden Gesundheitsberufe einschließlich der Schaffung und Etablierung innovativer universitärer

Lehrstühle wie bspw. in den Therapiewissenschaften. Die Studiengänge müssen voll ausfinanziert werden und sind überwiegend an staatlichen Hochschulen einzurichten. Geeignete flankierende Maßnahmen zur Qualifizierung des (hoch-) schulischen Lehrpersonals bspw. über breit angelegte berufsbegleitende Studien- und Promotions- Stipendienprogramme sind zu ergreifen. Um drohende Engpässe beim Lehrpersonal zu vermeiden, sind großzügige und pragmatische Übergangsregelungen erforderlich. Weitere Anhaltspunkte für die Gestaltung solch tiefgreifender gesundheitsberuflicher Transformationsprozesse können die bereits vollzogenen Reformen in Österreich und der Schweiz liefern, auf die bspw. auch VAST und HVG (2018) in ihrem Strategiepapier verwiesen haben.

Quellen

- BA (2008): Fachkräfteengpassanalyse. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse.pdf>
Abruf: 27.06.2019.
- BMBF (2014): Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/berufsbildungsforschung_band_15.pdf
Abruf: 27.06.2019.
- DGP (2018): Fachqualifikationsrahmen Pflegedidaktik. https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2019/03/2019_02_20-FQR-Ver%C3%B6ffentlichung_ES.pdf
Abruf: 27.06.2019.
- GKV-HIS (2019): Heilmittel-Schnellinformation nach § 84 Abs. 5 i.V. m. Abs. 8 SGB V – Bundesbericht. https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2018_04/Bundesbericht-HIS_201804.pdf
Abruf: 27.06.2019.
- HVG/VAST (2018): Notwendigkeit und Umsetzung einer vollständig hochschulischen Ausbildung in den Therapieberufen. https://daten.verwaltungsportal.de/dateien/news/4/7/3/8/0/7/15f04285f1d29bc028f5e33f20ac4bc5_strategiepapier_2018_11.pdf
Abruf: 27.06.2019.
- KMK (2018): Rahmenvereinbarung über die Ausbildung und Prüfung für ein Lehramt der Sekundarstufe II (berufliche Fächer) oder für die beruflichen Schulen (Lehramtstyp 5). https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/1995/1995_05_12-RV-Lehramtstyp-5.pdf
Abruf: 27.06.2019.
- MAGS (2005 – 2007): Richtlinien und Handreichungen. Hinweise zur Ausgestaltung von Ausbildungen in Pflege- und Gesundheitsberufen. <https://www.mags.nrw/richtlinien-und-handreichungen>
Abruf: 27.06.2019.
- Robert Bosch Stiftung (2013): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/gesundheitsberufe-neu-denken-gesundheitsberufe-neu-regeln>
Abruf: 27.06.2019.
- Unger, Angelika (2017): Ergebnisse der Bedarfsanalysen – Arbeitnehmer*innen. https://www.ib-hochschule.de/bilder-und-dateien/forschungsprojekt-therfor/ergebnisse_bedarfsanalyse_arbeitnehmerinnen.pdf
Abruf: 27.06.2019.
- Unger, Angelika (2017): Ergebnisse der Bedarfsanalysen – Stellenanzeigen. https://www.ib-hochschule.de/bilder-und-dateien/forschungsprojekt-therfor/ergebnisse_stellenanzeigenanalyse.pdf
Abruf: 27.06.2019.
- Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>
Abruf: 27.06.2019.

Der Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (BLGS) e.V. vertritt die Interessen der Lehrenden und der Bildungseinrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen. Er ist Ansprechpartner in allen Bildungsangelegenheiten der Gesundheits- und Sozialberufe im Bereich der theoretischen und der praktischen Aus-, Fort- und Weiterbildung. Der BLGS engagiert sich in fachlichen, pädagogisch-didaktischen Feldern, in der Mitgestaltung bildungspolitischer Prozesse sowie in der Bildungsentwicklung und im Bildungsmanagement. Der BLGS ist Ratsmitglied im Deutschen Pflegerat (DPR).

BLGS e.V.
Alt-Moabit 91 • 10559 Berlin
Telefon: 030 39 40 53 80
Email: info@blgsev.de
Web: www.blgsev.de



Vorsitzender: Carsten Drude
Amtsgericht Charlottenburg VR 31906 B
Bank im Bistum Essen
IBAN: DE27360602950030381017
BIC: GENODED1BBE