

Berufrechtliche Begleitforschung

zur Auswertung der im Land Nordrhein-Westfalen gemäß der Verordnung über die Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Berufe in der Alten- und Krankenpflege, für Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten vom 25. Februar 2010 (GV. NRW 2010, 177) durchgeführten Modellvorhaben nach § 4 Absatz 6 und 7 des Altenpflegegesetzes, § 4 Absatz 6 und 7 des Krankenpflegegesetzes, § 4 Abs. 5 des Ergotherapeutengesetzes, § 6 Absatz 3 des Hebammengesetzes, § 4 Absatz 5 des Logopädiengesetzes und § 9 Absatz 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes

Professor Dr. iur. Gerhard Igl, Universitätsprofessor a.D.

Hamburg, Februar 2015

Studie im Auftrag des
Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen

Inhalt

Kurzfassung

Teil I: Gesundheitsberuferecht – Allgemein

Teil II: Berufsrecht der Heilberufe des Modellvorhabens

Teil III Rechtliche Rahmenbedingungen des Modellvorhabens und Einbettung in die ausbildungspolitische Diskussion

Teil IV: Rechtliche Entwicklungsperspektiven aufgrund der Erkenntnisse und Erfahrungen aus den Modellvorhaben (Rechtliche Anforderungen und rechtliche Möglichkeiten)

Hinweis: Die einzelnen Teile sind jeweils für sich paginiert.

Berufrechtliche Begleitforschung zur Auswertung der im Land Nordrhein-Westfalen gemäß der Verordnung über die Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Berufe in der Alten- und Krankenpflege, für Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten vom 25. Februar 2010 durchgeführten Modellvorhaben

Kurzfassung:

Rechtliche Entwicklungsperspektiven aufgrund der Erkenntnisse und Erfahrungen aus den Modellvorhaben

(Rechtliche Anforderungen und rechtliche Möglichkeiten)

Inhaltsübersicht

1	AUFTRAG	- 1 -
2	VORGEHENSWEISE BEI DER RECHTLICHEN BEGLEITFORSCHUNG	- 1 -
3	RECHTSGRUNDLAGEN DER MODELLVORHABEN	- 3 -
4	RECHTLICHE GESTALTUNG DER MODELLVORHABEN IN NORDRHEIN- WESTFALEN	- 5 -
5	HOCHSCHULISCHE QUALIFIKATION VON HEILBERUFEN IM SCHNITTPUNKT VON HOCHSCHULRECHT UND HEILBERUFERECHT	- 6 -
6	RECHTLICHE PERSPEKTIVEN DER KÜNFTIGEN GESTALTUNG DES HEILBERUFERECHTS	- 7 -
7	SCHULISCHE UND HOCHSCHULISCHE AUSBILDUNG: GESTALTUNGEN DER HEILBERUFEGESETZE	- 27 -
8	EINSCHÄTZUNG VON WIRKUNGEN EINER HOCHSCHULISCHEN QUALIFIKATION AUF DIE GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG UND DIE ZUSAMMENARBEIT DER GESUNDHEITSBERUFE	- 31 -

Inhaltsverzeichnis

1	AUFTRAG	- 1 -
2	VORGEHENSWEISE BEI DER RECHTLICHEN BEGLEITFORSCHUNG	- 1 -
2.1	Allgemeiner Rahmen für die Vorgehensweise	- 1 -
2.2	Allgemeine Veränderungsbedarfe bei den Heilberufegesetzen	- 2 -
2.3	Vorgehensweise im Einzelnen	- 3 -
3	RECHTSGRUNDLAGEN DER MODELLVORHABEN	- 3 -
4	RECHTLICHE GESTALTUNG DER MODELLVORHABEN IN NORDRHEIN- WESTFALEN	- 5 -
5	HOCHSCHULISCHE QUALIFIKATION VON HEILBERUFEN IM SCHNITTPUNKT VON HOCHSCHULRECHT UND HEILBERUFERECHT	- 6 -
6	RECHTLICHE PERSPEKTIVEN DER KÜNFTIGEN GESTALTUNG DES HEILBERUFERECHTS	- 7 -
6.1	Grundsätze	- 7 -
6.2	Zugang zur Ausbildung/zum Studium	- 7 -
6.2.1	Unionsrechtliche Vorgaben	- 7 -
6.2.2	Hochschulrechtliche Vorgaben	- 8 -
6.2.3	Besondere berufsspezifische Voraussetzungen (Eignung)	- 8 -
6.3	Gestaltung der Ausbildung/des Studiums	- 8 -
6.3.1	Formulierung von Ausbildungszielen/Qualifikationszielen	- 8 -
6.3.2	Festlegung der Ausbildungs-/Qualifikationsinhalte	- 11 -
6.3.3	Organisation und Ablauf der Ausbildung	- 11 -
6.3.3.1	Fächerorientiertes System/modularisiertes System.....	- 11 -
6.3.3.2	Selbststeuerung des Lernprozesses - Wahlmöglichkeiten.....	- 14 -
6.3.3.3	Auslandssemester – Auslandseinsätze bei praktischer Ausbildung.....	- 15 -
6.3.3.4	Urlaubssemester.....	- 15 -
6.3.4	Theoretischer und praktischer Unterricht – praktische Ausbildung	- 16 -
6.3.4.1	Verhältnis von theoretischem und praktischem Unterricht	- 16 -
6.3.4.2	Praktische Ausbildung.....	- 16 -
6.3.4.2.1	Pflege	- 16 -
6.3.4.2.2	Hebammen/Entbindungspfleger	- 18 -
6.3.4.2.3	Andere Berufe	- 19 -
6.3.4.3	Dauer der Ausbildung – Fehlzeiten – Unterbrechung der Ausbildung	- 20 -
6.3.4.4	Anwesenheits-/Teilnahmepflichten.....	- 20 -

Berufrechtliche Begleitforschung - Kurzfassung

6.4	Studierendenstatus	- 21 -
6.4.1	Ausbildungsverhältnis	- 21 -
6.4.2	Ausbildungsvergütung.....	- 22 -
6.4.3	Vertragsgestaltungen bei der praktischen Ausbildung	- 23 -
6.5	Finanzierung der Ausbildung	- 23 -
6.6	Prüfungen	- 24 -
6.6.1	Staatliche Verantwortlichkeit.....	- 24 -
6.6.1.1	Staatliche oder hochschulische Prüfung.....	- 24 -
6.6.1.2	Aufstellen der Prüfungsordnung (Regulierungsverantwortlichkeit).....	- 24 -
6.6.2	Gegenstände/Inhalte der Prüfung.....	- 25 -
6.6.3	Zulassung zur Prüfung	- 25 -
6.6.4	Prüfungsverantwortlichkeiten.....	- 25 -
6.6.5	Ablauf der Prüfungen	- 26 -
6.7	Wirkungen von Prüfungen und Abschluss – einheitliche oder getrennte Berufsbezeichnung	- 27 -
7	SCHULISCHE UND HOCHSCHULISCHE AUSBILDUNG: GESTALTUNGEN DER HEILBERUFEGESETZE	- 27 -
7.1	Integrationsmodell	- 28 -
7.2	Parallelmodell	- 28 -
7.3	Zusatzmodell	- 28 -
7.4	Empfehlung	- 29 -
7.5	Exkurs: Gestaltungsvorschläge zu einem Allgemeinen Heilberufegesetz – Gesetz über Heilberufe	- 29 -
8	EINSCHÄTZUNG VON WIRKUNGEN EINER HOCHSCHULISCHEN QUALIFIKATION AUF DIE GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG UND DIE ZUSAMMENARBEIT DER GESUNDHEITSBERUFE	- 31 -

1 Auftrag

Der Auftrag im Rahmen des Projektes

„Berufrechtliche Begleitforschung zur Auswertung der im Land Nordrhein-Westfalen gemäß der Verordnung über die Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Berufe in der Alten- und Krankenpflege, für Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten vom 25. Februar 2010 (GV. NRW 2010, 177) durchgeführten Modellvorhaben nach § 4 Absatz 6 und 7 des Altenpflegegesetzes, § 4 Absatz 6 und 7 des Krankenpflegegesetzes, § 4 Abs. 5 des Ergotherapeutengesetzes, § 6 Absatz 3 des Hebammengesetzes, § 4 Absatz 5 des Logopädengesetzes und § 9 Absatz 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes“

besteht in der Auswertung der Modellstudiengänge im Hinblick auf die berufrechtlichen Entwicklungsaspekte unter Berücksichtigung folgender Schwerpunkte:

- Beschreibung des „Status quo“ zum berufs- und ausbildungsrechtlichem Rahmen der Gesundheitsfachberufe
- Begleitung und Zusammenfassung der aus den Modellvorhaben generierten berufsrechtlichen Fragen
- Entwicklungsperspektiven aufgrund der Erfahrungen und Erkenntnisse aus den Modellvorhaben für ein zukunftsfähiges Berufs- und Ausbildungsrecht (unter Einbeziehung nationaler und internationaler Rahmenbedingungen).

2 Vorgehensweise bei der rechtlichen Begleitforschung

2.1 Allgemeiner Rahmen für die Vorgehensweise

Im Folgenden werden die Modellvorhaben für diejenigen Heilberufe einer rechtlichen Würdigung unterzogen, die nach der Modellvorhabenverordnung des Landes Nordrhein-Westfalen erfasst sind.¹ Es sind dies die Berufe der Alten- und Krankenpflege, der Hebammenkunde, der Logopädie, der Ergotherapie und der Physiotherapie. Die Fragen, die in der Richtlinie des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)² zu den Modellvorhaben gestellt werden, betreffen auch die Gestaltung der künftigen rechtlichen Ordnung von Ausbildung und Prüfung in Ansehung der Er-

¹ Verordnung über die Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Berufe in der Alten- und Krankenpflege, für Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten vom 25. Februar 2010, GV. NRW. 2010, 177.

² Bundesministerium für Gesundheit, Bekanntmachung von Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben nach § 4 Absatz 6 Satz 3 des Ergotherapeutengesetzes, § 6 Absatz 4 Satz 3 des Hebammengesetzes, § 4 Absatz 6 Satz 3 des Logopädengesetzes und § 9 Absatz 3 Satz 3 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes vom 16. November 2009, BAnz vom 27. November 2009, Nummer 180, S. 4052.

Berufrechtliche Begleitforschung - Kurzfassung

fahrungen aus den Modellvorhaben. Als Berufe sind hier nur die Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten erfasst. Die Fragestellungen betreffen aber sinngemäß auch die Berufe in der Alten- und Krankenpflege.

Grundsätzlich ist bei der rechtlichen Würdigung Folgendes zu berücksichtigen:

- Welche Regelungsanforderungen ergeben sich aus der zu regelnden Sache selbst?
- Sind neue Regelungen zu schaffen oder können bestehende Regelungen weiterentwickelt/angepasst werden?
- Welche bestehenden rechtlichen Regelungen im Umfeld der zu regelnden Sache sind in den Blick zu nehmen?
- Welche formellen und materiellen verfassungsrechtlichen Maßgaben sind zu berücksichtigen?
- Welche international-, insbesondere unionsrechtlichen Regelungen sind zu berücksichtigen?

Im Rahmen der rechtlichen Begleitforschung sind keine ausgearbeiteten Gesetzesvorschläge zu machen. Vielmehr geht es in der Hauptsache darum zu prüfen, welche Neuregelungen im Zusammenhang mit der Verlagerung der Ausbildung oder von Teilen der Ausbildung an Hochschulen erforderlich und rechtlich möglich sind.

2.2 Allgemeine Veränderungsbedarfe bei den Heilberufegesetzen

Die rechtliche Begleitforschung stößt bei den hier zu behandelnden Heilberufen auf eine Gesetzeslage, die folgendermaßen zu beschreiben ist:

- Einige Heilberufegesetze verfügen über keine oder nur unvollständig ausgebrachte Ausbildungsziele.
- Bei den Pflegeberufen (Kinder-, Kranken- und Altenpflege) wird zurzeit die Umstellung auf eine generalistische Ausbildung im Vorfeld gesetzgeberisch vorbereitet.
- Bei den Pflegeberufen wird zurzeit die Finanzierung und Refinanzierung der Ausbildung gesetzgeberisch vorbereitet.
- Die Änderungen der Richtlinie 2005/36/EG durch die Richtlinie 2013/55/EU sind bis zum 18. Januar 2016 vom Gesetz- und Verordnungsgeber umzusetzen. Sie betreffen die Hebammen und die Krankenschwestern und Krankenpfleger für die allgemeine Pflege.
- Das geplante Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird Änderungen des KrPflG bewirken.³

³ Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG), Bundesrat, Drucksache 641/14. Eine Änderung des KrPflG ist in Art. 9, eine Änderung des AltPflG in Art. 10 vorgesehen. Diese Änderungen zu § 4 KrPflG und § 4 AltPflG betreffen die Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V. Danach soll der Gemeinsame Bundesausschuss für die Tätigkeiten, die er in der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V festgelegt hat, für die zusätzliche Ausbildung standardisierte Module entwickeln.

In der rechtlichen Begleitforschung wird diese Situation, soweit erforderlich, mit in den Blick genommen.

2.3 Vorgehensweise im Einzelnen

Die *Auswahl der Gegenstände der rechtlichen Behandlung* ergibt sich vor allem aus der Richtlinie des BMG sowie aus den Erfahrungen aus den Modellvorhaben, die wiederum in den Berichten der sozialwissenschaftlichen Begleitforschung und den Berichten der Modellträger dokumentiert sind. Diese sind mit dem für die juristische Begleitforschung Verantwortlichen und den Modellträgern intensiv diskutiert worden.

Für die *Art und Weise der Behandlung dieser Gegenstände* ist eine diskursive Vorgehensweise im Verhältnis zwischen den Modellträgern und dem für die Begleitforschung Verantwortlichen sowie dem MGEPA gewählt worden. Die Modellträger haben ihre Anregungen und Vorschläge anhand einer an den BMG-Richtlinien orientierten Rastervorlage entwickelt und mit dem Verantwortlichen für die juristische Begleitforschung, zum Teil auch mit den Verantwortlichen für die sozialwissenschaftliche Begleitforschung diskutiert. Auf Anregung des für die juristische Begleitforschung Verantwortlichen sind von den Modellträgern für die beteiligten Berufsgruppen auch Ausbildungsziele (Qualifikationsziele) mit Blick auf die jeweiligen Heilberufsgesetze formuliert worden.

Für die *rechtliche Bearbeitung* der einzelnen Punkte werden diese Vorschläge mit dem Ziel der Darstellung von *rechtlichen Entwicklungsperspektiven* aufgenommen und jeweils *rechtlich* im Sinne einer Rechtsförmlichkeitsprüfung bewertet. Es geht also nicht darum, Einzelschlüsse zu unterbreiten, sondern unterbreitete Vorschläge in Hinblick auf ihre rechtliche Machbarkeit zu überprüfen.

3 Rechtsgrundlagen der Modellvorhaben

Spezielle Rechtsgrundlagen für die Modellvorhaben in NRW sind die bundesgesetzlichen Modellklauseln in den Heilberufsgesetzen zur Altenpflege, Ergotherapie, Krankenpflege, Hebammenkunde, Logopädie und Physiotherapie. Diese Modellklauseln existieren für die Alten- und Krankenpflege schon seit dem Jahr 2000. Sie waren damals nicht ausdrücklich auf die hochschulische Ausbildung ausgerichtet und sind auch bis heute nicht geändert worden. Die jüngeren Modellklauseln aus dem Jahr 2009 betreffen die anderen aufgeführten Heilberufe (Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie und Physiotherapie).

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008)⁴ sind ebenfalls Modellklauseln eingeführt worden. Diese betreffen Modellvorhaben im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (§ 63 Abs. 3b und 3c SGB V) und haben auch Auswirkungen auf die Ausbildung der betreffenden Berufe, wobei es nicht um eine hochschulische Ausbildung geht. Da solche Modellvorhaben im

⁴ Vom 28.05.2008, BGBl. I S. 874.

Berufrechtliche Begleitforschung - Kurzfassung

Rahmen des SGB V zurzeit nicht durchgeführt werden, sind sie nicht Gegenstand der Modellvorhaben in Nordrhein-Westfalen, obwohl die Modellvorhabenverordnung darauf Bezug nimmt.

Die Modellvorhaben in NRW erstrecken sich gemäß der Landesverordnung zu den Modellvorhaben⁵ auf alle oben genannten Heilberufe. In der Modellvorhabenverordnung NRW ist die Pflicht aller Modelträger zur Berichterstattung gegenüber dem Land entsprechend der BMG-Richtlinie festgelegt (§ 6 ModWeitEntwAltKrPflV). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass sich demgegenüber die Pflicht zur Berichterstattung des Landes gegenüber dem Bund, die in der BMG-Richtlinie festgelegt ist, nur auf die Modellvorhaben für die Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie und Physiotherapie bezieht.

Allgemeine Rechtsgrundlagen, die für die Modellvorhaben in NRW von Relevanz sind, sind im Unionrecht, im deutschen Verfassungsrecht und im einfachen Bundesrecht sowie im Hochschulrecht des Bundes und des Landes NRW gegeben.

Im *Unionsrecht* ist die Berufsqualifikationsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung von Bedeutung. Die Änderungen sind bis zum 18. Januar 2016 umzusetzen. Die geänderte Richtlinie enthält vor allem für die Hebammen/Entbindungspfleger und die Krankenschwestern und Krankenpfleger für allgemeine Pflege wichtige Maßgaben für den Zugang zur Berufsausbildung, deren inhaltliche und zeitliche Gestaltung sowie für die Berufsausübung.

Im *deutschen Verfassungsrecht* sind neben der Gesetzgebungskompetenz für die Zulassung zu den Heilberufen (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG) auch die Vorschriften des Grundgesetzes zu erwähnen, die die objektive staatliche Pflicht zum Gesundheitsschutz enthalten (Art. 2 Abs. 2 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip, Art. 20 Abs. 1 GG).

Zu dem für die Heilberufe in den Modellvorhaben einschlägigen *Bundesrecht* rechnen die Heilberufegesetze mit ihren Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen.

Mit Bezug zur *hochschulischen Qualifikation* sind auf Bundesebene das Hochschulrahmengesetz (HRG) und auf Landesebene das Hochschulgesetz NRW einschlägig. Das Hochschulrahmengesetz ermächtigt dazu, Bachelor- und Masterstudiengänge einzurichten (§ 19 HRG).

Das Hochschulrecht ist wiederum geprägt durch Vorgänge auf der europäischen Ebene (Bolognaprozess), die keinen Gesetzes- oder Richtliniencharakter haben, und die in der Bundesrepublik Deutschland über die Kultusministerkonferenz und die Hochschulrektorenkonferenz in die jeweilige Normsetzung eingespeist werden.

⁵ S. Fn. 1.

4 Rechtliche Gestaltung der Modellvorhaben in Nordrhein-Westfalen

Grundlage für die rechtliche Gestaltung der Modellvorhaben in NRW ist die Verordnung über die Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Berufe in der Alten- und Krankenpflege, für Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten.⁶ Einschlägig sind insbesondere die Vorschriften zur Abweichung von den Berufsgesetzen und den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen (§ 4) und zum Prüfungsverfahren (§ 5). Die Vorschriften lauten:

§ 4

Abweichungen von den Berufsgesetzen und den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen

(1) Abweichungen von den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen sind nur möglich, soweit sie den theoretischen und praktischen Unterricht betreffen und das Ausbildungsziel nicht gefährdet ist. Abweichungen, die den praktischen Teil der Ausbildung betreffen, sind nur im Bereich der Alten- und Krankenpflege zulässig, soweit dies der Erprobung generalistischer Ausbildungs- und Studiengänge dient.

(2) Sofern Modellvorhaben auf Grundlage von § 4 Absatz 6 Altenpflegegesetz bzw. § 4 Absatz 6 Krankenpflegegesetz durchgeführt werden, finden die Vorschriften über das Ausbildungsverhältnis gemäß §§ 13 ff. Altenpflegegesetz bzw. §§ 9 ff. Krankenpflegegesetz Anwendung.

§ 5

Prüfungsverfahren

(1) Die Vorschriften über das Prüfungsverfahren in den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen gelten mit der Maßgabe, dass der Modellträger an die Stelle der Fachschule tritt. Die Prüfungen können kompetenz- und handlungsorientiert durchgeführt werden.

(2) Bei Modellvorhaben im Bereich der Alten- und Krankenpflege wird der Prüfungsausschuss entsprechend § 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege bzw. § 6 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers an der Hochschule gebildet, wobei das Mitglied nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege bzw. § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers ein Mitglied des Lehrkörpers im Studiengang Pflege sein muss, das die Berufszulassung nach dem Krankenpflegegesetz bzw. nach dem Altenpflegegesetz besitzt.

(3) Bei generalistisch ausgerichteten Modellvorhaben in der Pflege können Vornoten im Sinne des § 9 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers gebildet werden. Generalistisch ausgerichtete Modellvorhaben schließen mit dem Berufsabschluss nach dem Altenpflegegesetz oder nach dem Krankenpflegegesetz ab.

(4) Soweit Modellversuche ganz oder teilweise an Hochschulen durchgeführt werden, schließt der berufsqualifizierende Studienabschnitt nach der in den Berufsgesetzen vorgegebenen Ausbildungszeit mit der berufszulassenden Prüfung ab. Abweichungen von der in den Berufsgesetzen vorgesehenen Ausbildungsdauer sind bei dem berufsqualifizierenden Studienabschnitt nicht zulässig.

Aus diesen Vorschriften wird ersichtlich, dass in NRW nur auf die Ausbildung, nicht aber auf die Prüfung bezogene Modellvorhaben stattfinden. Bei der Ausbildung sind Abweichungen beim

⁶ S. Fn. 1.

Berufrechtliche Begleitforschung - Kurzfassung

theoretischen und praktischen Unterricht möglich, nicht aber bei der praktischen Ausbildung. Nur bei der Erprobung generalistischer Ausbildungs- und Studiengänge im Bereich der Alten- und Krankenpflege sind auch Abweichungen bei der praktischen Ausbildung möglich. Damit folgt die Modellvorhabenverordnung den bundesgesetzlichen Vorgaben, die nur bei der Alten- und Krankenpflege Abweichungen auch bei der praktischen Ausbildung vorsehen.

Bei den Prüfungen sind nur Abweichungen verfahrensrechtlicher Art festgelegt (§ 5). Änderungen bei den Prüfungen können – anders als bei der Ausbildung – nur mit Blick auf die Kompetenz und Handlungsorientierung stattfinden (§ 5 Abs. 1 Satz 2). Aus dieser rechtlichen Situation können sich Probleme insofern ergeben, als die Prüfung und die Zulassung zur Prüfung eng mit der Ausbildung verknüpft sind. Das bedeutet, dass die Gestaltungsspielräume bei der Ausbildung wegen dieser engen Verknüpfung eher eng sind. Dies ist aber den bundesgesetzlichen Vorgaben geschuldet.

5 Hochschulische Qualifikation von Heilberufen im Schnittpunkt von Hochschulrecht und Heilberuferecht

Folgende Merkmale kennzeichnen das Verhältnis von Heilberuferecht zum Hochschulrecht:

- Heilberuferecht ist Ausfluss verfassungsrechtlich verankerter staatlicher Verantwortung für den Patienten- und Gesundheitsschutz und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung.
- Heilberuferecht (Ausbildung/Prüfung) ist Bundesrecht mit unionsrechtlicher Regulierung (Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG, geändert durch Richtlinie 2013/55/EU, umzusetzen bis 18. Januar 2016).
- Hochschulrecht ist Landesrecht
 - mit starker faktischer europäischer Beeinflussung (Bolognaprozess) und
 - mit starker zentralistischer Koordinierung (KMK; HRK).
- Ausbildung und Berufe werden künftig auch indirekt beeinflusst
 - von den allgemeinen Vorgaben des Europäischen Qualifikationsrahmens/Deutschen Qualifikationsrahmens,
 - von den speziellen Vorgaben für die Zuordnung der anderen als ärztlichen Heilberufe im Deutschen Qualifikationsrahmen,
 - von den Fachqualifikationsrahmen für bestimmte Berufe.

Folgende Merkmale kennzeichnen die Ausbildung und Prüfungen im heilberuflichen und im hochschulischen System:

- Die Heilberufeausbildung ist stark verschult und an Fächern orientiert.
- Das Hochschulstudium folgt dem System der studentischen Eigenverantwortung und ist an der Vermittlung von Kompetenzen orientiert.

Berufrechtliche Begleitforschung - Kurzfassung

- Die Heilberufeausbildung folgt dem System der staatlichen Abschlussprüfung (= Ausfluss staatlicher Verantwortung).
- Das Hochschulstudium folgt dem System der sukzessiven Prüfung mit Abschlussprüfung in hochschulischer Verantwortung (= Verantwortung bei Hochschulen).
- Das hochschulische Bewertungssystem ist europäisch vereinheitlicht (ECTS).

6 Rechtliche Perspektiven der künftigen Gestaltung des Heilberufrechts

6.1 Grundsätze

Eine zukünftige Lösung muss auf der rechtlichen Ebene die unionsrechtlichen Dimensionen (Berufsanerkennung) und den Schutzauftrag des Verfassungsrechts für Patienten- und Gesundheitsschutz berücksichtigen. Daraus resultiert eine hohe staatliche Verantwortung für die Ausbildung und Prüfung bei Heilberufen. Eine völlige Delegation der Gestaltung von Ausbildung und Prüfung an die Hochschulen ist deshalb nicht möglich.

Mit Blick auf die hochschulische Qualifikation muss eine zukünftige Lösung die Möglichkeiten und Chancen der Hochschulen berücksichtigen. Diese liegen in der Wissenschaftlichkeit der Ausbildung und der Gestaltung des Studiums nach zeitgemäßen bildungspädagogischen Ansätzen. Mit Blick auf die personellen Kapazitäten der Hochschulen ist darauf zu verweisen, dass das heilberufliche Studium wegen der Praxisanteile sehr personalintensiv ist.

6.2 Zugang zur Ausbildung/zum Studium

Für den Zugang zur Ausbildung/zum Studium sind unionsrechtliche Vorgaben und bei Hochschulen die entsprechenden den Hochschulzugang betreffenden Regelungen zu beachten. Persönliche Kriterien wie fachliche und gesundheitliche Eignung können ebenfalls zur Zugangsvoraussetzung erhoben werden.

6.2.1 Unionsrechtliche Vorgaben

Für die Krankenschwestern und Krankenpfleger der allgemeinen Pflege und für die Hebammen und Entbindungspfleger gelten nach der Änderung der Richtlinie 2005/36/EG durch die Richtlinie 2013/55/EU folgende Maßgaben:

- Krankenschwestern und Krankenpfleger der allgemeinen Pflege (Art. 31 Abs. 1 Richtlinie 2005/36/EG – geändert):
 - 12-jährige Schulausbildung mit Befähigung zum Universitätsbesuch,
 - oder: mindestens 10-jährige allgemeine Schulausbildung mit Berechtigung zum Besuch von Berufsschulen für Krankenpflege;
 - Umsetzung bis 18. Januar 2016 (Art. 3 Abs. 1 Richtlinie 2013/55/EU).
- Hebammen und Entbindungspfleger (Art. 40 Abs. 2 Richtlinie 2005/36/EG – geändert):

Berufrechtliche Begleitforschung - Kurzfassung

- 12-jährige Schulausbildung,
- oder: Ausbildungsnachweis allgemeine Krankenpflege;
- Umsetzung bis 18. Januar 2020 (Art. 3 Abs. 2 Richtlinie 2013/55/EU).

6.2.2 Hochschulrechtliche Vorgaben

Neben den allgemeinen im Landeshochschulrecht geregelten Voraussetzungen sind ggf. hochschulspezifische Zugangsvoraussetzungen zu beachten. Besonderheiten sind hier bezüglich der Heilberufe im Modellvorhaben nicht gegeben. Zu diskutieren wäre, ob mit der Zielsetzung der Durchlässigkeit von Ausbildungsgängen Sonderzugangsregelungen für Heilberufsangehörige geschaffen werden sollen.

6.2.3 Besondere berufsspezifische Voraussetzungen (Eignung)

Einige Modellträger plädieren für Eignungstests (persönliche und fachliche Eignung) bei der Zulassung zur Ausbildung. Solche Eignungstests sind unter Beachtung der folgenden Maßgaben grundsätzlich möglich:

- Werden außerhalb von Kapazitätsbeschränkungen besondere Zulassungsvoraussetzungen nur aus berufsspezifischen Gründen (Eignung für den Beruf) erhoben, so stellt dies einen rechtfertigungsbedürftigen Grundrechtseingriff dar. Da es sich bei solchen Voraussetzungen nicht um Voraussetzungen der Berufsausübung in einem schon gewählten Beruf, sondern um Voraussetzungen des Zugangs zu einem Beruf handelt, liegt eine Berufswahlbeschränkung aus subjektiven Gründen vor, bei der auf persönliche Eigenschaften abgestellt wird. Solche Beschränkungen der freien Berufswahl sind zum Schutz überragender Gemeinschaftsgüter, zu denen auch der Gesundheitsschutz zählt, möglich.
- Solche Beschränkungen müssen gesetzlich vorgesehen sein. Für den Zugang zum Hochschulstudium kann dann Näheres in einer Satzung der Universität geregelt werden, für die wieder eine Ermächtigung im jeweiligen Hochschulgesetz vorgesehen sein muss.

Die von den Modellträgern insbesondere bei den Therapieberufen geäußerten Vorstellungen zur Aufstellung besonderer Eignungsvoraussetzungen für den jeweiligen Beruf sind deshalb grundsätzlich realisierbar. Es kann aber nicht der Ausbildungsstätte oder der Hochschule überlassen werden, ohne gesetzlich ermächtigende Rechtsgrundlagen besondere Eignungsvoraussetzungen aufzustellen.

6.3 Gestaltung der Ausbildung/des Studiums

6.3.1 Formulierung von Ausbildungszielen/Qualifikationszielen

Die Festlegung von Ausbildungszielen/Qualifikationszielen ist erforderlich, um die Inhalte der Ausbildung zumindest in einem gewissen Rahmen festzulegen und um im Zusammenhang damit die Prüfungsanforderungen definieren zu können. Es besteht insofern ein direkter rechtlicher Zusammenhang zwischen den Ausbildungszielen, den Ausbildungsinhalten und den Prüfungsanforderungen. Da Ausbildungsziele das berufliche Geschehen reflektieren, wird durch sie auch die

Berufrechtliche Begleitforschung - Kurzfassung

künftige Berufsausübung determiniert. Damit besteht auch ein Zusammenhang zwischen den Ausbildungszielen und der Berufsausübung.

Zurzeit finden sich umfassende gesetzliche Formulierungen von Ausbildungszielen nur für die Alten- und Krankenpflege. Präzisierungsbedürftig sind die Formulierungen der Ausbildungsziele bei der Hebammenkunde und bei der Physiotherapie. Für die Ergotherapie und Logopädie finden sich keine in den Berufsgesetzen formulierten Ausbildungsziele.

Die neueren Berufsgesetze, so das KrPflG, das AltPflG und – außerhalb der Modellvorhaben für Notfallsanitäter und Notfallsanitäterinnen das NotSanG - sind in der Formulierung der Ausbildungsziele sehr klar. Dabei werden neben der Nennung der Gegenstände der Ausbildungsziele die Formen der Aufgabenwahrnehmung (z.B. eigenverantwortlich/mitwirkend) genannt. Auch wird auf die Kooperation mit anderen Berufsgruppen hingewiesen.

Die Frage, ob künftig die Ausbildungsziele nur Kompetenzen im Sinne von Performanzen enthalten und damit auf die Outcomes einer Ausbildung verweisen sollen, oder ob sie auch den Input, also die zu erlernenden Qualifikationen in Bezug auf bestimmte Aufgaben und Tätigkeiten, benennen sollen, mag zwar die bildungspolitische Diskussion bestimmen. In rechtlicher Hinsicht, auch gerade in Hinblick auf das verfassungsrechtliche Bestimmtheitsgebot, scheint es günstiger zu sein, den *heilberufegesetzlichen* Rahmen so zu gestalten, dass für den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungsgeber beides, Qualifikationen wie Kompetenzen, hinreichend für die umsetzende Konkretisierung im *untergesetzlichen Verordnungstext* bestimmt sind.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass im Heilberuferecht und auf den Gebieten, auf denen Angehörige von Heilberufen tätig werden, ein enger Zusammenhang zwischen Ausbildung, formaler beruflicher Qualifikation und Berufsausübung besteht. Anders als bei Bachelor- und Masterabschlüssen, die einen berufsqualifizierenden Abschluss vermitteln (vgl. § 19 HRG), der nicht zwingend einem Berufsbild entsprechen muss, wird mit dem Abschluss der Ausbildung eine Qualifikation erworben, die einem bestimmten rechtlich regulierten Berufsbild entspricht. Damit ist ein durchgehender Zusammenhang von Ausbildungszielen, Ausbildung, Prüfung und Berufsausübung gegeben. Aus diesem Grund hat die am Anfang dieser Kette stehende Formulierung von Ausbildungszielen entsprechendes Gewicht für die anderen Elemente in dieser Kette.

Dieser Zusammenhang ist dort zwingend, wo die heilberufliche Tätigkeit der Regulierung unterliegt. In Deutschland findet diese Regulierung vor allem im Leistungserbringungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung, der Sozialen Pflegeversicherung und der Rehabilitation statt. Diese Gebiete kennzeichnen nach wie vor das Haupteinsatzgebiet der Heilberufe.

Rechtliche Einflüsse auf die Formulierung von Ausbildungszielen ergeben sich auch aus dem Unionsrecht, dort insbesondere aus der Richtlinie 2005/36/EG. Für die Hebammen/Entbindungspfleger und für die Krankenschwestern und Krankenpfleger der allgemeinen Pflege sind durch die Richtlinie 2013/55/EU wichtige Änderungen vorgenommen worden, die auch eine dementsprechende Präzisierung der Ausbildungsziele in den entsprechenden deutschen Heilberufegesetzen erforderlich macht.

Im Einzelnen gilt Folgendes:

Berufrechtliche Begleitforschung - Kurzfassung

- Für die Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen und Logopäden/Logopädinnen sind die Ausbildungsziele zu formulieren und im Gesetz zu verankern.
- Für die Hebammen/Entbindungspfleger und die Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen sind die sehr knapp gefassten Ausbildungsziele im Gesetz zu präzisieren. Die Bezugnahme auf unionsrechtliche Vorschriften (Richtlinie 2005/36/EG) soll bei den Hebammen/Entbindungspflegern im Hebammengesetz und nicht in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zu diesem Gesetz stattfinden, wobei eine reine Verweisung auf die Richtlinie abzulehnen ist. Vielmehr sollten die Inhalte der Richtlinie textlich übernommen werden.
- Für die Krankenpflege sind die Präzisierungen der Ausbildungsziele vorzunehmen, die durch die Änderung der Richtlinie 2005/36/EG durch die Richtlinie 2013/55/EU notwendig werden.

Die Modellträger haben bereits Vorschläge zur Formulierung von Qualifikationszielen ausgearbeitet.

In der Formulierung von Ausbildungs-/Qualifikationszielen spiegelt sich das Verständnis der künftigen Ausbildung für die im Modellvorhaben zusammengefassten Heilberufe. Damit stellt sich die Frage, wie hochschulische Ausbildungsziele im Verhältnis zu schulischen Ausbildungszielen formuliert werden können oder sollen. Versteht man die hochschulische Ausbildung im Verhältnis zur schulischen Ausbildung⁷ als „add on“ oder „on the top of“, so könnte man die Ausbildungsziele dergestalt formulieren, dass man auch für die hochschulische Ausbildung zunächst die schulischen Ausbildungsziele heranzieht, und dann weiter die hochschulischen Ausbildungsziele nennt. Dies würde letztlich auf eine getrennte Formulierung von Ausbildungszielen hinauslaufen.

Aus Gründen der Klarheit der Wahrnehmung der Kompetenzen der verschiedenen Heilberufe bei den Patientinnen und Patienten, aber auch bei den leistungserbringenden Personen und Institutionen erscheint es jedoch als günstiger, wenn berufszulassungsrechtlich die gleiche Ausbildung mit den gleichen Ausbildungszielen, unabhängig vom Ausbildungsort, zur Erlaubnis der Führung der Berufsbezeichnung führt. Die hochschulische Qualifikation drückt sich in der Bezeichnung als Bachelor aus.

Im Ergebnis spricht also viel für eine Formulierung von Ausbildungszielen, die in einer gemeinsamen Formulierung von Ausbildungszielen für die Gegenstände und Inhalte der schulischen Ausbildung besteht, und die die Gegenstände und Inhalte der hochschulischen Ausbildung so beschreibt, dass allgemein das hochschulische Moment zum Tragen kommt, dass jedoch die Hochschulen in diesem Bereich unter Gewährleistung ihrer Hochschulautonomie hochschulindividuelle Gestaltungsräume haben. Eine solche Vorgehensweise liegt auch der EU-Richtlinie für die Ausbildungsziele bei der allgemeinen Krankenpflege und bei den Hebammen zugrunde. Hier ist

⁷ Unter der schulischen Ausbildung wird hier die Ausbildung gemäß den gegenwärtigen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen nach den Heilberufegesetzen verstanden.

Berufrechtliche Begleitforschung - Kurzfassung

eine hochschulische wie eine schulische Ausbildung möglich (vgl. Art. 31 Abs. 3 und Art. 40 Abs. 1 Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung).

6.3.2 Festlegung der Ausbildungs-/Qualifikationsinhalte

Für die künftige rechtliche Regulierung der Ausbildungsinhalte sind folgende Rahmenbedingungen zu berücksichtigen:

- Regelungsort soll wie bisher die Rechtsverordnung zum jeweiligen Heilberufsgesetz sein.
- Die Inhalte sind in Ansehung der Ausbildungsziele/Qualifikationsziele zu formulieren.
- Sofern die Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) Ausbildungsinhalte vorgibt, sind diese zu beachten (Hebammenkunde; allgemeine Krankenpflege).
- Für die hochschulische Ausbildung ist für die Festlegung der Ausbildungs-/Qualifikationsinhalte der Rahmen durch Verordnung vorzugeben; dabei ist für die Hochschulen entsprechender Spielraum für die erforderlichen Konkretisierungen und zusätzlich Raum für eigene inhaltliche Gestaltungen zu geben.

Für die Definition des Gestaltungsraumes, der den Hochschulen bei der Festlegung und Konkretisierung der Ausbildungsgegenstände gegeben werden muss, besteht ein rechtlicher Grundsatz, der sich wie folgt ableiten lässt:

Der Bundesgesetzgeber hat die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die Zulassung zu den Heilberufen (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG) aufgrund einer gefahrenabwehrenden Aufgabe, die im Patientenschutz und in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zu sehen ist. Dem Bund kommt bei der Einschätzung, wie diese gefahrenabwehrende und gesundheitsschützende Aufgabe wahrzunehmen ist, ein breiter gesetzgeberischen Einschätzungsspielraum zu. Dies gilt auch für die Einschätzung, ob und wie welche Gegenstände der Ausbildung den Hochschulen bei der Erstellung von entsprechenden Bachelorstudiengängen zur Konkretisierung und weiteren Ausgestaltung überlassen werden können. Aus der Hochschulautonomie (Art. 5 Abs. 3 GG) können auf dem Gebiet der Ausbildung der Heilberufe keine originären Gestaltungsrechte abgeleitet werden. Die Hochschulautonomie stellt insofern kein Gegenrecht im Verhältnis zum materiellen Gehalt der in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG verankerten Gesetzgebungsaufgabe dar.

6.3.3 Organisation und Ablauf der Ausbildung

6.3.3.1 Fächerorientiertes System/modularisiertes System

In einem eher schulisch geprägten Modell ist die Ausbildung überwiegend so organisiert, dass Lernende mehr oder weniger intensiv in das Ausbildungsprogramm dergestalt eingebunden sind, dass sie einem vorgegebenem Weg eines Curriculums zu folgen, Anwesenheitspflichten nachzukommen und Erfolgskontrollen zu absolvieren haben. Die einzelnen Ausbildungseinheiten sind dann sehr stringent aufeinander bezogen. Eine Auswahlmöglichkeit für die Belegung bestimmter Fächer besteht allenfalls begrenzt. Schulisch geprägte Modelle weisen straff organisierte Abläufe auf, was eine zeitliche Regelung der Gesamtdauer wie der Dauer der einzelnen Kurse bedingt. Die Organisation der Ausbildung der Heilberufe unterliegt einem solchen straffen

Berufrechtliche Begleitforschung - Kurzfassung

Schema. Geregelt sind die Gesamtausbildungsdauer, die Zahl, die Inhalte und die Dauer der einzelnen Kurse, die Anwesenheitspflichten, die Erfolgskontrollen und die Möglichkeiten der Anrechnung von Fehlzeiten.

Das Ausbildungssystem nach den Heilberufegesetzen ist dual organisiert, d.h. es folgt dem Muster eines traditionellen Schulsystems, in dem bestimmte Fächer in theoretischem und praktischem Unterricht gelehrt werden; dazu verläuft parallel eine praktische Ausbildung. Die Fächerorientierung greift für alle Heilberufe, ausgenommen für die Ausbildung der Kranken- und Altenpfleger und – außerhalb der Modellvorhaben – der Notfallsanitäter. Abgeschlossen werden alle Ausbildungen durch eine staatliche Prüfung.

Die Bachelor- und Masterstudiengänge müssen gemäß den ländergemeinsamen Strukturvorgaben für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen modularisiert sein. Modularisierung eines Studiums bedeutet, dass Studieninhalte und Veranstaltungen zu größeren, in sich abgeschlossenen und abprüfbareren inhaltlichen Einheiten zusammengefasst werden. Ein Modul kann aus mehreren Veranstaltungen unterschiedlichen Typs bestehen, deren Gemeinsamkeit darin liegt, dass sie gemeinsame Kompetenzen vermitteln. Ein Studium in einem modularisierten Aufbau besteht aus mehreren Modulen, von denen einige verpflichtend und andere Teil des Wahlbereiches sind.⁸

Die ländergemeinsamen Strukturvorgaben beruhen auf einem Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 10.10.2003.⁹ Auf diese Strukturvorgaben wird in den Hochschulgesetzen der Länder Bezug genommen (für Nordrhein-Westfalen vgl. § 7 Abs. 1 Satz 1, § 72 Abs. 2 Satz 6 HG).

Das Bachelorstudium an Hochschulen folgt einem allgemeinen Regelwerk, das in den Rahmenvorgaben für die Einführung von Leistungspunktsystemen und die Modularisierung von Studiengängen¹⁰ niedergelegt ist.

Für die künftige Gestaltung des Ausbildungssystems der in den Modellvorhaben erfassten Heilberufe ist bei Schaffung der Möglichkeit auch einer hochschulischen Ausbildung von folgenden Voraussetzungen auszugehen:

- Die Schaffung der Möglichkeit einer hochschulischen Ausbildung ist nur sinnvoll, wenn die Ausbildung an der Hochschule von den Charakteristika dieser Ausbildung geprägt ist. Das setzt voraus, dass die Inhalte/Gegenstände der Ausbildung einer hochschulischen Ausbildung zugänglich sein müssen. Die Durchführung der Modellvorhaben hat dies grundsätzlich unter Beweis gestellt.
- Die Annahme, dass die schulische Ausbildung Charakteristika einer hochschulischen Ausbildung vollständig übernehmen kann, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht realistisch.

⁸ Wörtlich zitiert von http://www.hrk-bologna.de/bologna/de/home/1923_2115.php (Zugriff am: 09.03.2013).

⁹ Ländergemeinsame Strukturvorgaben für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 10.10.2003 i.d.F. vom 04.02.2010), zitiert nach http://www.hrk-bologna.de/bologna/de/download/dateien/2003_10_10-Laendergemeinsame-Strukturvorgaben.pdf (Zugriff am 09.03.2013).

¹⁰ Abgedruckt im Anhang zu den Ländergemeinsamen Strukturvorgaben (wie Fn. 9).

Berufrechtliche Begleitforschung - Kurzfassung

Allenfalls könnte an eine teilweise Übernahme von Merkmalen einer hochschulischen Ausbildung nach dem Bologna-Modell gedacht werden, was vor allem für die Kompetenzorientierung der Ausbildung gilt. Dies ist aber nicht Gegenstand der Modellvorhaben.

Daraus folgt, dass für die Hochschulen ein an den Charakteristika eines Hochschulstudiums orientiertes Ausbildungssystem zu schaffen ist. Für die Schulen kann das bisherige Ausbildungssystem aufrechterhalten bleiben, sollte jedoch ebenfalls an den modernen Bildungsanforderungen orientiert und entsprechend angepasst werden. Dies ist z.B. zuletzt mit der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Notfallsanitäter (NotSan-APrV) geschehen.

Die Wirkungen einer solchen Entscheidung sind:

- Da beide Ausbildungen zur Erlaubnis der Führung einer Berufsbezeichnung führen sollen, ist insofern die Gleichwertigkeit der Ausbildungen zu postulieren.
- Da die jeweiligen Ausbildungssysteme unterschiedliche Prüfungssysteme aufweisen, ist darauf zu achten, dass die Gleichbehandlung der Prüflinge in Hinblick auf die Gestaltung des Prüfungssystems gewährleistet ist.

Zu überlegen ist, ob und inwieweit eine Durchlässigkeit zwischen schulischer und hochschulischer Ausbildung gegeben sein soll. Für eine Durchlässigkeit sprechen auch berufsfreiheitsrechtliche Aspekte im Sinne der Freiheit der Wahl der Ausbildungsstätte (Art. 12 Abs. 1 GG). Die Durchlässigkeit könnte etwa durch Übergangsmöglichkeiten von der schulischen zur hochschulischen Ausbildung geschaffen werden.

Es gibt keine verfassungsrechtliche Notwendigkeit und kein heilberufrechtliches Erfordernis, die Ausbildung von anderen als ärztlichen Heilberufen nur im Konzept einer schulischen Ausbildung zu verwirklichen. Entscheidet man sich für eine hochschulische Ausbildung, kann das Konzept der schulischen Ausbildung nicht auf die hochschulische Ausbildung übertragen werden. Umgekehrt muss sich die hochschulische Ausbildung an die Erfordernisse einer heilberuflichen Ausbildung anpassen. Soweit für die Heilberufe unionsrechtliche Vorgaben einzuhalten sind, gelten diese unabhängig vom Ort der Ausbildung.

Soll die hochschulische Ausbildung ebenso wie die schulische Ausbildung zur Erlaubnis der Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung führen, müssen unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung der Absolventen und Absolventinnen die prüfungsrelevanten Ausbildungsinhalte die gleichen sein oder sie müssen zumindest vergleichbar sein. Unter heilberufrechtlichen Gesichtspunkten muss weiter sichergestellt sein, dass die Absolventen und Absolventinnen der hochschulischen Ausbildung gemäß den jeweiligen Ausbildungszielen in gleicher Weise wie die Absolventen und Absolventinnen der schulischen Ausbildung heilberuflich eingesetzt werden können. Die zusätzliche Qualifikationsstufe, die Absolventen und Absolventinnen einer hochschulischen Ausbildung erreichen, darf nicht dazu führen, dass sie nur auf einer – höheren – Qualifikationsstufe tätig werden können.¹¹

¹¹ Gegenwärtig kann nicht beurteilt werden, wie sich eine entsprechende Zuordnung im Deutschen Qualifikationsrahmen auswirkt.

Berufrechtliche Begleitforschung - Kurzfassung

Ein Beispiel für die mögliche Gestaltung der Ausbildungsinhalte für die schulische wie für die hochschulische Ausbildung kann in der KrPflAPrV gesehen werden. Diese Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist kompetenzorientiert. So wird dort von der *Befähigung* der Lernenden in bestimmten Themenbereichen gesprochen.¹² In der Altenpflegeausbildung wird hingegen nicht auf die Befähigung verwiesen.¹³ Ein weiteres Beispiel für einen kompetenzorientierten Unterricht liefert die Ausbildung der Notfallsanitäter.¹⁴ Auch hier geht es beim theoretischen und praktischen Unterricht um Befähigungen.¹⁵

Während die genannten Ausbildungsordnungen mit dem dort verfolgten kompetenzorientierten Ansatz grundsätzlich für eine schulische wie für eine hochschulische Qualifikation herangezogen werden können, gilt dies für die Ausbildungsordnungen der anderen Berufe im Modellvorhaben nicht. Dort sind Ausbildungsordnungen in der Regel fächerbezogen. Nur bei den Hebammen und Entbindungshelfern könnten bei einigen Elementen des theoretischen und praktischen Unterrichts kompetenzorientierte Ansätze gesehen werden, so z.B. im ersten Jahr der Ausbildung beim Unterricht in den Grundlagen der Hebammentätigkeiten.¹⁶ Ähnliches gilt für die Ausbildung der Ergotherapeuten bei den ergotherapeutischen Verfahren.¹⁷ Bei den dort aufgeführten Behandlungsverfahren wäre eine Umstellung auf einen kompetenzorientierten Unterricht denkbar. Ausgesprochen fächerorientiert ist hingegen der theoretische und praktische Unterricht in der Physiotherapie.¹⁸ Rudimentäre Ansätze eines kompetenzorientierten Unterrichts lassen sich in der Logopädie allenfalls beim Unterricht in der Logopädie finden.¹⁹

Für die vorstehend aufgeführten Ausbildungs- und Prüfungsordnungen ist also ein erheblicher Bedarf an einer Umstellung auf kompetenzorientierten Unterricht gegeben, um vergleichbare Ausbildungen für den schulischen wie den hochschulischen Bereich zu schaffen. Die Regelungsmuster liegen mit den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für die Krankenpflege und für die Notfallsanitäter vor.

6.3.3.2 Selbststeuerung des Lernprozesses - Wahlmöglichkeiten

Es ist zu unterscheiden zwischen dem theoretischen und praktischen Unterricht und der praktischen Ausbildung.

¹² Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 KrPflAPrV, A Theoretischer und praktischer Unterricht.

¹³ Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 AltPflAPrV, A. Theoretischer und praktischer Unterricht in der Altenpflege.

¹⁴ Der Beruf der Notfallsanitäter ist vom Modellvorhaben nicht erfasst. Das NotSanG enthält jedoch in § 7 NotSanG ebenfalls eine Modellvorhabensklausel.

¹⁵ Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 Nr. 1 NotSan-APrV, Theoretischer und praktischer Unterricht.

¹⁶ Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 HebAPrV, Theoretischer und praktischer Unterricht, Nr. 4.

¹⁷ Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 ErgThAPrV, A Theoretischer und praktischer Unterricht, Nr. 15 bis 21.

¹⁸ Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 PhysTh-APrV, A Theoretischer und praktischer Unterricht für Physiotherapeuten.

¹⁹ Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 LogAprO,, Theoretischer und praktischer Unterricht, Nr. 13. Logopädie.

Berufrechtliche Begleitforschung - Kurzfassung

Was den theoretischen und praktischen Unterricht angeht, so kann die Selbststeuerung des Lernprozesses die Gestaltung des Ablaufs und die Gegenstände/Inhalte betreffen. Bei der Gestaltung des Ablaufs, z.B. in der Frage, wann welches Fachgebiet studiert wird, sind Flexibilitäten eher möglich als bei den Gegenständen/Inhalten. Auch im Rahmen einer hochschulischen Ausbildung muss sichergestellt sein, dass alle festgelegten Fachgebiete studiert werden. Eine individuelle Schwerpunktsetzung erscheint hier nicht als angebracht. Der individuellen Schwerpunktsetzung kann nur dort Raum verschafft werden, wo die Hochschulen über den festgelegten heilberuflichen Stoff hinaus besondere Angebote im Rahmen von Wahlmöglichkeiten etc. machen. Diese Frage ist auch berufespezifisch zu behandeln. So wird z.B. bei der Logopädie mit ihrem breiten Fächerspektrum anders vorzugehen sein als bei der Hebammenkunde. Festzuhalten ist, dass eine individuelle Schwerpunktsetzung nicht zu einer reduzierten Berücksichtigung der anderen Fachgebiete führen darf.

Die Ermöglichung von Flexibilität bei der Selbststeuerung des Lernprozesses beim theoretischen und praktischen Unterricht muss in der jeweiligen staatlichen Ausbildungsordnung als Rahmen oder im Einzelnen festgelegt sein. Die Hochschulen können nur im Rahmen dieser Vorgaben Selbststeuerung ermöglichen. Im Grunde geht es hier um die Eröffnung von Wahlmöglichkeiten in Hinblick auf bestimmte Fächer/Gegenstände etc.

Die Eröffnung solcher Wahlmöglichkeiten ist auch bei stark regulierten Ausbildungen möglich. So enthält die ÄApprO die Pflicht, ein Wahlfach abzuleisten (§ 2 Abs. 8 ÄApprO).

Beim praktischen Unterricht wird die Ermöglichung von Flexibilität bei der Selbststeuerung zurückhaltender behandelt werden müssen. In kleinem Rahmen sind z.B. bei der Physiotherapeutenausbildung²⁰ solche Gestaltungsmöglichkeiten schon eröffnet. Auch könnte die Erweiterung des Spektrums der Praxiseinrichtungen z.B. über die medizinischen Einrichtungen hinaus – wie von den Modellträgern vorgeschlagen – zur Flexibilität beitragen.

6.3.3.3 Auslandssemester – Auslandseinsätze bei praktischer Ausbildung

Die Möglichkeit des Studiums im Ausland sollte eröffnet werden. Fraglich ist aber, ob und wie solche Auslandssemester angerechnet werden können. Die Vergleichbarkeit des unterrichteten Stoffes ist hier Grundvoraussetzung. Zum Studium im Ausland und zur Anerkennung liegen bisher keine Erfahrungen vor. Auch bei der praktischen Ausbildung sind Auslandseinsätze vorstellbar.

Die Voraussetzungen und die Anerkennungsmöglichkeiten für Auslandssemester und Auslandseinsätze müssen heilberuferechtlich geregelt werden.

6.3.3.4 Urlaubssemester

Die Einräumung von Urlaubssemestern ist hochschulüblich. Sollte dies auch für die heilberufliche Ausbildung möglich werden, ist sicherzustellen, dass die Dauer der Inanspruchnahme von Ur-

²⁰ Vgl. Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 MPhG der PhysTh-AprV (unter B 2.).

laubsssemestern nicht zu Einbußen bei der Ausbildung führt. In der Praxis wird sich aber die Gewährung von Urlaubssemestern wegen der Koordinierung des theoretischen und praktischen Unterrichts und der praktischen Ausbildung kaum realisieren lassen.

6.3.4 Theoretischer und praktischer Unterricht – praktische Ausbildung

6.3.4.1 Verhältnis von theoretischem und praktischem Unterricht

Zum Verhältnis von theoretischem und praktischen Unterricht existieren für die Ausbildung der Hebammen und der Krankenschwestern und Krankenpfleger für die allgemeine Pflege unionsrechtliche Vorgaben in der Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung). Solche unionsrechtlichen Vorgaben existieren für die anderen im Modellvorhaben erfassten Heilberufe nicht.

6.3.4.2 Praktische Ausbildung

6.3.4.2.1 Pflege

Die Richtlinie 2005/36/EG bezieht sich nur auf die Ausbildung für Krankenschwestern und Krankenpfleger für die allgemeine Pflege. Die Gestaltung der *praktischen Ausbildung* für Krankenschwestern und Krankenpfleger für die allgemeine Pflege ist unionsrechtlich durch die Richtlinie 2005/36/EG in Art. 31 Abs. 5 (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) und durch den Anhang 5.2.1 der Richtlinie vorgegeben. In dieser Vorschrift und im Anhang werden detaillierte Vorgaben zur klinisch-praktischen Ausbildung gemacht. Auch wenn die Richtlinie erst der Umsetzung bedarf, empfiehlt es sich, sie schon jetzt in Hinblick auf die künftige Gesetzgebung zur Kenntnis zu nehmen.

Die Frage, welche Voraussetzungen ein hochschulisches Setting erfüllen muss, um diese Kriterien oder einige dieser Kriterien zu erfüllen, ist unter dem Blickwinkel der Ziele zu sehen, die mit der klinisch-praktischen Ausbildung verfolgt werden. Diese Ziele kann man so verstehen, dass auf jeden Fall der direkte Patientenkontakt, die Zusammenarbeit im Team, die Ausübung von Leitungsfunktionen und die Organisation des Pflegeprozesses vor Ort gewährleistet sein sollen.

In Art. 31 Abs. 5 Unterabs. 2 der Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) sind die *Ausbildungsorte* klar definiert: Krankenhäuser, andere Gesundheitseinrichtungen sowie im Gemeinwesen. Mit diesen Orten sind außerhochschulische Orte für die klinisch-praktische Ausbildung gemeint. Es ist jedoch vorstellbar, dass diejenigen Teile einer praktischen Ausbildung, die an den außerhochschulischen Orten stattfinden sollen, die aber nicht wesentlicher Bestandteil der außerhochschulischen Ausbildung sind, auch in hochschulischen Settings unterrichtet werden können. Entscheidend ist jedoch, dass eine vollständige Ersetzung der in Art. 31 Abs. 5 Unterabs. 2 der Richtlinie 2005/36/EG genannten Orte durch hoch-

Berufrechtliche Begleitforschung - Kurzfassung

schulische Settings nicht möglich ist. Vielmehr wird die praktische Ausbildung im hochschulischen Setting eher die Ausnahme darstellen müssen.²¹ Eine solche Ausbildung muss immer praxisnah sein. Die Vorschrift zum Kompetenzerwerb im Rahmen der klinisch-praktischen Ausbildung (Art. 31 Abs. 6 Buchst. c) der Richtlinie 2005/36/EG) verstärkt dies noch einmal in Hinblick auf die Personen, die für die Ausbildung verantwortlich sind: Die angemessene klinische Erfahrung muss unter der Aufsicht von qualifiziertem Krankenpflegepersonal an Orten erworben werden, die aufgrund ihrer Ausstattung und wegen der in ausreichender Anzahl vorhandenen Personals für die Krankenpflege geeignet sind.

Damit ist unionsrechtlich auch die Frage geklärt, ob die praktische Ausbildung in einem hochschulischen Setting auch in *Skills Labs* stattfinden kann. Unionsrechtlich ist das nur denkbar zur Vorbereitung auf die praktische Ausbildung. Die praktische Ausbildung selbst kann nicht in Skill Labs stattfinden.

Eine weitere Frage ist, ob die Voraussetzungen der praktischen Ausbildung auch durch *ambulante Praxiseinsätze* erfüllt werden können. Hierfür enthält die Richtlinie mit dem Verweis auf andere Gesundheitseinrichtungen als Krankenhäuser und auf das Gemeinwesen durchaus Öffnungsmöglichkeiten. Der Begriff der Gesundheitseinrichtungen ist in der Vorschrift über die Begriffsbestimmungen nicht definiert (vgl. Art. 3 Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung). Er ist weit zu verstehen. Eine praktische Unterweisung im Rahmen eines ambulanten Pflegedienstes ist demnach möglich. Dafür spricht auch, dass in Anhang V Nummer 5.2.1 die Altenpflege und die Hauskrankenpflege als Fachgebiete aufgeführt sind. Die klinisch-praktische Ausbildung muss sich demnach auch auf diese Gebiete erstrecken. Es kann deshalb dahingestellt bleiben, ob hierfür auch auf das Gemeinwesen als Ausbildungsort zurückgegriffen werden muss, Hierunter wird vor allem die Tätigkeit in präventiven Settings und die gesundheitspolizeiliche Tätigkeit zu verstehen sein.

Art. 31 Abs. 3 Unterabs. 2 der Richtlinie 2005/36/EG (in der geänderten Fassung) äußert sich nicht speziell zur Verantwortlichkeit für die *Auswahl der Praxisorte*, gibt jedoch einen Hinweis auf die Verantwortlichkeit der Koordinierung von Theorie und Praxis durch die ausbildende Einrichtung. Aus dieser Vorschrift kann entnommen werden, dass die Verantwortlichkeit für die Koordinierung von theoretischer und praktischer Ausbildung auch voraussetzt, dass die Praxisorte mit Blick auf diese Verantwortlichkeit ausgewählt werden. Im deutschen (Bundes-)Recht ist für die Krankenpflege die Verantwortlichkeit so geregelt, dass die Schulen, in Modellvorhaben die Hochschulen, die Gesamtverantwortlichkeit für die Organisation und Koordination des theoretischen und praktischen Unterrichts und der praktischen Ausbildung haben (§ 4 Abs. 5 KrPflG). Für die Altenpflege gilt grundsätzlich das Gleiche. Allerdings kann das Landesrecht davon abweichen

²¹ Ein Verweis auf die praktische Ausbildung bei Ärzten, die überwiegend im hochschulischen Setting stattfindet, verhilft hier nicht. Art. 24 Abs. 2 der Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) besagt hierzu Folgendes:

(2) Die ärztliche Grundausbildung umfasst mindestens fünf Jahre (kann zusätzlich in der entsprechenden Anzahl von ECTS-Punkten ausgedrückt werden) und besteht aus mindestens 5 500 Stunden theoretischer und praktischer Ausbildung an einer Universität oder unter Aufsicht einer Universität.

Berufrechtliche Begleitforschung - Kurzfassung

(§ 4 Abs. 4 AltPflG). Wie schon für die Modellvorhaben vorgesehen sollte auch künftig bei einer hochschulischen Ausbildung die Verantwortung für die Auswahl der Praxisorte bei den Hochschulen liegen.

Die Qualifikation der *Praxisanleiter* in der Alten- und in der Krankenpflege sieht eine berufspädagogische Zusatzqualifikation vor, bei der Altenpflege zu leisten als Fort- oder Weiterbildung (§ 2 Abs. 2 Satz AltPflAPrV), bei der Krankenpflege als 200-stündige Zusatzqualifikation (§ 2 Abs. 2 Satz 4 KrPflAPrV). Generell besteht im Rahmen einer hochschulischen Ausbildung ein Interesse daran, dass die Praxisanleitung qualifiziert stattfindet. Eine hochschulische Qualifikation sollte hierfür aber nicht gefordert werden. Die jetzige Situation bringt eine große Verantwortung für die Hochschulen mit sich, die Praxisanleitungen zu qualifizieren, damit die Qualität des Studiums gewährleistet werden kann. Aus diesem Grunde sollte eine gesetzliche Regelung in Betracht gezogen werden, wonach die Hochschulen in Kooperation mit den Praxiseinrichtungen eingehen sollen, um gemeinsam mit den Praxiseinrichtungen für eine entsprechende Qualifikation der praxisanleitenden Personen Sorge tragen zu können.

In der Frage der *Praxisbegleitung* stellt sich die Frage der Qualifikation der entsprechenden Personen anders. Hier sind die Hochschulen direkt für die Qualifikation verantwortlich. Abgesehen von möglichen Übergangsregelungen sollte hier als Grundsatz die hochschulische Qualifikation und die Absolvierung der entsprechenden staatlichen Heilberufsprüfung gelten.

6.3.4.2.2 Hebammen/Entbindungspfleger

Die Gestaltung der praktischen Ausbildung für Hebammen/Entbindungspfleger ist unionsrechtlich durch die Richtlinie 2005/36/EG in Art. 31 Abs. 3 Buchstabe d) (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) und durch den Anhang 5.5.1 vorgegeben. Auch wenn die Änderungen durch die Richtlinie 2013/55/EU wie bei der allgemeinen Krankenpflege der Umsetzung bedürfen, empfiehlt es sich, sie schon jetzt in Hinblick auf die künftige Gesetzgebung zur Kenntnis zu nehmen.

Die in Anhang 5.5.1 zur Richtlinie 2005/36/EG aufgestellten Anforderungen an die praktische und klinische Ausbildung sind einzuhalten. Es ist nicht ersichtlich, dass hiervon speziell für die hochschulische Ausbildung abgewichen werden kann.

Bei den Modellvorhaben ist von den Hochschulen zu gewährleisten, dass die praktische Ausbildung im Rahmen von Kooperationsverträgen mit Krankenhäusern sichergestellt wird (§ 6 Abs. 3 Satz 4 HebG). Das gilt gemäß § 6 Abs. 2 Satz 2 HebG auch in Richtung auf außerklinische Einrichtungen und freiberuflich tätige Hebammen/Entbindungspfleger. Eine solche Sicherstellungspflicht wird auch in Zukunft bei einer hochschulischen Ausbildung normiert werden müssen.

Die Verantwortlichkeit für die Auswahl der Praxisorte ist in Art. 40 Abs. 1 Unterabs. 2 der Richtlinie 2005/36/EG den Ausbildungseinrichtungen zugewiesen. Weiter enthält die Richtlinie Aussagen zur Koordinierung zwischen theoretischem und fachlichem Unterricht und gibt Hinweise zur praktischen Ausbildung.

6.3.4.2.3 Andere Berufe

Für die anderen Heilberufe im Modellvorhaben existieren keine unionsrechtlichen Vorschriften zur praktischen Ausbildung.

Die praktische Ausbildung wird von den Modellträgern in Umfang und Inhalt kritisch beleuchtet. Generell wird angeregt, alternative Ausbildungsformen gesetzlich zu berücksichtigen. Hierzu gehören z.B. die Durchführung und Anerkennung der praktischen Ausbildung in einer hochschulinternen Lehr- und Forschungsambulanz.

Insgesamt wird für eine Reduktion der Stunden der praktischen Ausbildung mit dem Argument plädiert, dass für das Ergebnis der Kompetenzentwicklung letztlich die Qualität der Lernsituationen vor der Quantität der Ausbildungsstunden stehe. Auch die Orte der praktischen Ausbildung müssten erweitert werden.

Zur inhaltlichen Ausgestaltung der praktischen Ausbildung und zur Auswahl der praktischen Ausbildungsorte wird seitens der *Logopäden* vorgebracht, dass für die praktische Ausbildung keine Gegenstände (z.B. Störungsbilder), sondern Lernaktivitäten (Hospitation, Übung, Therapie) festgelegt seien. Es wäre wünschenswert, inhaltliche Tätigkeitsfelder zu beschreiben (z.B. eine bestimmte Stundenzahl im Bereich Neurorehabilitation, Pädiatrie, etc.) und Spielraum darin zu lassen, was genau in dieser Zeit zu tun ist bzw. lediglich einen Mindestwert zu definieren (z.B. davon mindestens eine bestimmte Stundenzahl eigene Praxis). Weiter wird gefordert, die praktische Ausbildung an der Hochschule durch hochschulintegrierte oder eng angebundene Praxiseinrichtungen zu gewährleisten.

Die *Physiotherapeuten* wünschen neben einer Reduzierung der Stundenzahl für die praktische Ausbildung eine Erweiterung der Praxisorte über die medizinisch definierten Praxisorte hinaus. Die praktische Ausbildung müsse sowohl vom Einsatzort wie auch von den Fachgebieten her den tatsächlichen Berufsalltag widerspiegeln. Deshalb seien ambulante und stationäre Einrichtungen mit Patienten/Klienten mit Beeinträchtigungen mit einzubeziehen gemäß der Beschreibung in der Formulierung der Ausbildungsziele (gesamtes Versorgungsspektrum).

Auch für die *Ergotherapie* wird eine Reduktion der praktischen Ausbildungszeit als wünschenswert angesehen. Die praktische Ausbildung könne teilweise an der Ausbildungsstätte (Hochschulambulanz) und an Kooperationseinrichtungen durchgeführt werden.

Im Sinne einer Empfehlung für die künftige Gestaltung kann gesagt werden, dass die Vorstellungen der Modellträger in Richtung auf die *Erweiterung der Praxisorte* gut nachvollziehbar sind und aufgenommen werden sollten. Die *praktische Ausbildung in einer hochschulinternen Lehr- und Forschungsambulanz* ist unabhängig von Kostenerwägungen hingegen insofern problematisch, als in der praktischen Ausbildung Therapiekontakte notwendig ist. Aus diesem Grund kann die praktische Ausbildung in einer hochschulinternen Lehr- und Forschungsambulanz die praktische Ausbildung an Praxisorten mit Therapiekontakten nicht ersetzen. Denkbar ist jedoch eine Vorbereitung und Vertiefung der praktischen Ausbildung in solchen Settings.

Die Beantwortung der Frage der *Reduktion der Zeiten der praktischen Ausbildung zugunsten einer qualitativen Verdichtung* hängt zu sehr von den Einzelheiten der konkreten Ausgestaltung

Berufrechtliche Begleitforschung - Kurzfassung

ab, als dass hier eine generelle Empfehlung ausgesprochen werden könnte. Es kann jedoch daran gedacht werden, mit einer Art Generalklausel eine solche Möglichkeit im Sinne einer Verbindung zwischen der Reduktion der praktischen Ausbildungszeiten und der qualitativen Verdichtung zu eröffnen. Dabei ist auf die Sicherung des Ausbildungsziels hinzuweisen.

6.3.4.3 Dauer der Ausbildung – Fehlzeiten – Unterbrechung der Ausbildung

Es ist ein Merkmal hochschulischer Ausbildung, die *Gesamtdauer der Ausbildung* flexibel zu gestalten. Anders als bei einer schulischen Ausbildung, bei der die Ausbildungsziele innerhalb eines vorgegebenen Zeitraums zu erreichen sind und dies mit einer abschließenden Prüfung zu belegen ist, kommt es bei einer hochschulischen Ausbildung grundsätzlich nur auf das Ergebnis und nicht auf den Zeitraum an, innerhalb dessen das Ergebnis erreicht worden ist.

Zugrunde gelegt wird dabei die Annahme, dass pro Semester 30 CP im Rahmen des ECTS zu erwerben sind, und dass 210 CP für den Abschluss der Studiengänge erforderlich sind. Dies führt zu einer Studiendauer von sieben Semestern.

Aus Gründen der Gleichbehandlung von schulischer und hochschulischer Ausbildung spricht nichts gegen eine Verlängerung des regelhaften Studienzeitraumes und der Flexibilisierung der Gesamtdauer eines Hochschulstudiums. Die Besonderheiten des hochschulischen Studiums reichen hier als Rechtfertigung für eine anders gestaltete Regelung hin.

Die Heilberufesetze enthalten Vorschriften zum Umgang mit *Fehlzeiten* und ihrer Anrechnung auf Ausbildungszeiten. Die Anrechnung von Fehlzeiten und ihre Anrechnung auf die Ausbildungsdauer sollte aus Gleichbehandlungsgründen für die hochschulische und schulische Ausbildung dann in den Heilberufesetzen geregelt werden, wenn die Dauer des hochschulischen Studiums ähnlich wie die der schulischen Ausbildung begrenzt ist. Sollten sich hochschulische Besonderheiten ergeben, können entsprechende Öffnungsklauseln für hochschulische Regelungen vorgesehen werden.

Seitens der Modellträger wird insgesamt für eine Flexibilisierung der Studiendauer mit *Unterbrechungsmöglichkeiten* plädiert. Allerdings wird auch auf die Problematik der Unterbrechungen im Verhältnis zur praktischen Ausbildung hingewiesen.

6.3.4.4 Anwesenheits-/Teilnahmepflichten

Für die künftige Gestaltung der Voraussetzung einer regelmäßigen und erfolgreichen Teilnahme an den entsprechenden Ausbildungsveranstaltungen könnte – abgesehen von der praktischen Ausbildung - ein Verzicht auf das Kriterium der regelmäßigen Teilnahme erwogen werden, wenn unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung im Sinne der Erfolgskontrolle der Nachweis einer erfolgreichen Teilnahme ausreicht. Dies gilt aber nur für einen modularisierten Unterricht mit Modulprüfungen als Leistungskontrollen.

Da der Nachweis der regelmäßigen und erfolgreichen Teilnahme ebenso wie die Anrechnung von Fehlzeiten für die Prüfungszulassung relevant wird, ist hier auf Gleichbehandlung der Prüflinge der hochschulischen und der schulischen Ausbildung zu achten. Diese Gleichbehandlung kann sich gesetzgeberisch folgendermaßen gestalten:

Berufrechtliche Begleitforschung - Kurzfassung

- Im Recht der Heilberufe wird auf den Nachweis der *regelmäßigen* Teilnahme als Prüfungszulassungsvoraussetzung verzichtet.
- Heilberuferechtlich wie hochschulrechtlich soll der Nachweis der *erfolgreichen* Teilnahme an der Ausbildung bzw. an bestimmten Ausbildungsabschnitten im Sinne einer Prüfungszulassungsvoraussetzung an das Absolvieren bestimmter Erfolgskontrollen geknüpft sein. Die Möglichkeit der Einrichtung solcher Erfolgskontrollen ist für Schulen wie für Hochschulen zu geben. Für die Hochschulen entspricht dies dem Konzept der modularen Ausbildung in den Bachelorstudiengängen. Ob und inwieweit ein Interesse der Schulen besteht, die Ausbildung in Rahmen modularer Konzepte zu gestalten, kann von hier aus nicht beurteilt werden. Dabei ist zu bedenken, dass im KrPflG und im NotSanG durch die Vorgabe von Themenbereichen eine modulare Organisation der Ausbildung gefördert wird.

Eine andere Situation ist für die Berufe gegeben, deren Stundenvorgaben für die Ausbildung unionsrechtlich vorgegeben sind (Krankenpflege; Hebammen). In der Richtlinie 2005/36/EG wird auch für den theoretischen Teil beim Ausbildungsprogramm von Unterricht²² gesprochen.²³ Diese Wortwahl deutet darauf hin, dass Selbstlernzeiten nicht als Unterricht verstanden werden können. Damit ergibt sich ein Widerspruch zur Anlage eines Bachelorstudiums, in dem auch Selbstlernzeiten als Studienzeiten gelten, für die Credit Points vergeben werden. Aus diesem Grund kann einem Gesetzgeber, der auch Selbstlernzeiten als Ausbildungszeiten gestaltet wissen will, nur eine gewisse Zurückhaltung bei einer solchen Anerkennung angeraten werden.

6.4 Studierendenstatus

6.4.1 Ausbildungsverhältnis

Die Entscheidung in der Frage, ob in einer hochschulischen Ausbildung den Studierenden neben ihrem Studierendenstatus auch ein Ausbildungsstatus, ggf. beschränkt auf die Zeiten der praktischen Ausbildung, zukommen soll, erhebt sich vor allem aus zwei Gründen: Der Zahlung einer Ausbildungsvergütung bei einigen Heilberufen, und der Leistung einer wirtschaftlich verwertbaren Tätigkeit in einer Einrichtung während der praktischen Ausbildung. Weiter sind haftungsrechtliche und sozialversicherungsrechtliche Fragen damit verbunden.

Das Unionsrecht (Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) gibt keine Hinweise für den Status der Lernenden (Studierende, Schüler, Auszubildende). Der Begriff des Auszubildenden wird in der Richtlinie nur an einer Stelle im Zusammenhang mit der Ausbildung in der Allgemeinmedizin verwendet (Art. 28 Abs. 1 Richtlinie 2005/36/EG). Statusrechtliche Konsequenzen sind damit aber nicht verbunden.

Unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten gibt es kein Verbot, Studierende auch für das Studium oder Teile des Studiums als Auszubildende im Rahmen eines Ausbildungsverhältnisses zu

²² In der englischsprachigen Version der Richtlinie wird von "instruction" gesprochen.

²³ Richtlinie 2005/36/EG, Anhang V Nummer 5.2.1 und 5.5.1.

Berufrechtliche Begleitforschung - Kurzfassung

beschäftigen. Es gibt auch kein aus dem Gleichbehandlungsgrundsatz (Gleichheit vor dem Gesetz, Art. 3 Abs. 1 GG) herzuleitendes Gebot im Verhältnis zu Lernenden in schulischer heilberuflicher Ausbildung im Rahmen eines Ausbildungsverhältnisses. Der sachliche Rechtfertigungsgrund für eine Ungleichbehandlung liegt gerade im Studierendenstatus an einer Hochschule begründet.

Auch das Arbeitsrecht enthält keinen Grundsatz, dass Studierende, auch in praktischen Ausbildungsverhältnissen, in einem Ausbildungsverhältnis tätig wären und ihnen deshalb Ausbildungsvergütung zu zahlen wäre. Dies schließt nicht aus, dass je nach konkreter Fallgestaltung ein Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis vorliegen kann.

Für die Teile der praktischen Ausbildung, insbesondere wenn es sich um eine Ausbildung bei Kooperationspartnern handelt, wird es sich als notwendig oder zumindest sinnvoll erweisen, dass hierfür eine vertragliche Regelung gefunden wird. Dies muss aber keine Regelung in Analogie zu einem Ausbildungsverhältnis sein.

Der Möglichkeit, in einem Bundesland hochschulrechtlich die Möglichkeit der Entscheidung für ein reines Studierendenmodell oder für ein mit einem Ausbildungsverhältnis kombiniertes Modell für die jeweiligen Hochschulen offen zu halten mit der Konsequenz, dass die Hochschulen hier eine Art Wahlrecht zwischen den beiden Modellen haben, sich aber für das eine oder andere Modell entscheiden müssen, stehen keine rechtlichen Gründe entgegen. Wie sich die Einräumung einer solchen Möglichkeit in der Ordnung der jeweiligen Hochschule abbilden muss, kann hier nicht thematisiert werden.

Die Modellträger bevorzugen den Studierendenstatus. Lediglich für die Pflegeausbildung wird dafür plädiert, beide Möglichkeiten offen zu halten.

Im Sinne einer Empfehlung kann hierzu gesagt werden, dass bei einer hochschulischen Qualifikation der Studierendenstatus dominierend im Vordergrund steht. Dies spricht gegen die Etablierung eines Auszubildendenstatus bei hochschulischer Qualifikation.

Die Eröffnung einer Wahlmöglichkeit für die Hochschulen, auch ein Ausbildungsverhältnis gestalten zu können, ist vor allem mit der Frage verknüpft, ob eine Ausbildungsvergütung entrichtet werden soll und ist in diesem Zusammenhang zu klären.

Eine vertragliche Gestaltung im Rahmen der praktischen Ausbildung, die nicht als Ausbildungsverhältnis ausgebracht wird, ist hingegen sinnvoll, weil hier die entsprechenden Rechte und Pflichten der Beteiligten festgelegt werden können (z.B. beim Datenschutz).

6.4.2 Ausbildungsvergütung

Nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichtes kommen der Ausbildungsvergütung drei Funktionen zu: Sie soll zum einen dem Auszubildenden bzw. seinen Eltern zur Durchführung der Berufsausbildung eine finanzielle Hilfe sein, zum anderen die Heranbildung eines ausreichenden

Nachwuchses an qualifizierten Fachkräften gewährleisten und schließlich eine Entlohnung darstellen.²⁴

Die Frage nach der Zahlung einer Ausbildungsvergütung hängt primär davon ab, welchen Status die Studierenden auf dem Gebiet der Heilberufe an Hochschulen haben sollen: nur Studierende oder auch Auszubildende.

Ausbildungsvergütungen bei Hochschulausbildungen sind bisher in Deutschland unüblich. Nur im Rahmen bestimmter dualer Studiengänge werden Ausbildungsvergütungen gezahlt. Für die Hebammenausbildung sind die Regelungen über die Zahlung einer Ausbildungsvergütung im Modellvorhaben aufgehoben worden (§ 20a HebG). Bei den Pflegeberufen wird in den Modellvorhaben eine Ausbildungsvergütung gezahlt.²⁵

Soweit ersichtlich gibt es für Studierende anderer Ausbildungsgänge keine Diskussion darüber, ob Ausbildungsvergütung gezahlt werden soll. Es spricht daher viel dafür, im Rahmen der hochschulischen Ausbildung von Heilberufen keine Ausbildungsvergütung zu zahlen.

6.4.3 Vertragsgestaltungen bei der praktischen Ausbildung

Während für die hochschulische Ausbildung im theoretischen und praktischen Unterricht ein Ausbildungsvertrag nicht notwendig, aber als möglich erscheint, ist für den Teil der praktischen Ausbildung unabhängig vom Ort der praktischen Ausbildung in Ansehung des jeweiligen Strukturmodells eine vertragliche Gestaltung der Rechtsbeziehung zwischen der Hochschule, dem Träger der praktischen Ausbildung und dem Lernenden erforderlich, um die gegenseitigen Rechte und Pflichten festzulegen. Wenn der Ausbildungsvertrag nur mit dem Träger der praktischen Ausbildung und nicht mit der Hochschule zustande kommen soll, ist zumindest eine Zustimmung der Hochschule vergleichbar der Regelung in § 13 Abs. 6 AltPflG erforderlich.

Die Vorgaben für die Gestaltung der Ausbildungsverträge können grundsätzlich den bisherigen Regelungen in den Heilberufegesetzen entnommen werden. Im Ausbildungsvertrag sollen darüber hinaus auch die datenschutzrechtlichen Pflichten aufgenommen werden.

6.5 Finanzierung der Ausbildung

Die künftige Gestaltung der Ausbildungsfinanzierung ist nicht Gegenstand der juristischen Begleitforschung.

²⁴ Bundesarbeitsgericht (BAG), Urt. vom 25.07.2002, Az.: 6 AZR 311/00, Rn. 15 (zitiert nach juris.de); zur Ausbildungsvergütung bei Krankenpflegern BAG, Urt. vom 19.02.2008, Az.: 9 AZR 1091/06, Rn. 18 (zitiert nach juris.de).

²⁵ Bei den hier nicht relevanten Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V wird nur bei der Altenpflege, nicht aber bei der Krankenpflege eine Ausbildungsvergütung bezahlt (§ 18a KrPflG).

6.6 Prüfungen

6.6.1 Staatliche Verantwortlichkeit

6.6.1.1 Staatliche oder hochschulische Prüfung

Die grundlegende Weichenstellung für die Gestaltung der Prüfungsgegenstände und der Prüfungen wird mit der Entscheidung vorgenommen, ob die Prüfung – hier verstanden im weiten Sinn, nicht nur als Prüfungsvorgang – in staatlicher oder in hochschulischer Verantwortung liegen soll.

Die verfassungsrechtlichen Voraussetzungen für diese Entscheidung werden allgemein von der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) und dem Gleichbehandlungsgrundsatz im Sinne der Gewährleistung von Chancengleichheit (Art. 3 Abs. 1 GG) geprägt. Speziell bei Heilberufen ist die objektive Schutzpflicht für die Gesundheit der Bevölkerung (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip, Art. 20 Abs. 1 GG) sowie die Gleichbehandlung im Verhältnis zu den Heilberufen zu beachten, die schulisch ausgebildet werden.

Dabei ist bei den Heilberufen grundsätzlich davon auszugehen, dass insgesamt eine staatliche Verantwortung für die Prüfung gegeben ist. Eine Verlagerung der *Gesamtverantwortung* auf die Hochschulen bei anderen als ärztlichen Heilberufen erscheint aufgrund der gegenwärtigen verfassungsrechtlichen Gestaltung des Heilberufesystems als nicht opportun.

Eine Grundsatzentscheidung für den Beibehalt der staatlichen Verantwortung für die Prüfung auch bei hochschulischer Ausbildung von Heilberufen bedeutet nicht, dass charakteristische Elemente hochschulischer Prüfungen nicht in die Prüfung einbezogen werden könnten. Dies ist auch bei der ärztlichen Ausbildung gemäß der ÄApprO der Fall.

6.6.1.2 Aufstellen der Prüfungsordnung (Regulierungsverantwortlichkeit)

Wenn, wie bisher, die Prüfungsordnung *in staatlicher Verantwortlichkeit* als Rechtsverordnung des Bundes auch für die hochschulische Ausbildung aufgestellt wird, ist eine Voraussetzung für die Vergleichbarkeit von staatlicher und hochschulischer Prüfung gegeben. Im Rahmen einer solchen staatlichen Prüfungsordnung müsste aber bestimmten hochschulischen Anliegen, wie z.B. die Absolvierung von Leistungspunkten (Credit Points) oder die Beteiligung von hochschulischen Lehrpersonen, Rechnung getragen werden. Einzelheiten der hochschulischen Spezifika könnten in einer insoweit ergänzenden hochschulischen Prüfungsordnung geregelt werden. In der staatlichen Prüfungsordnung müssten die Gegenstände aufgeführt sein, für die die Hochschulen eigene Regelungen oder Ergänzungen vornehmen können.

Würde man statt *der staatlichen Verantwortlichkeit* für die Prüfungsordnung eine *hochschulischer Verantwortlichkeit* hierfür schaffen, würde das eine grundlegende Verantwortungsverschiebung bedeuten. Unabhängig von der Frage, ob dies aus verfassungsrechtlichen Gründen (staatliche Verantwortung für die Ausbildung der Heilberufe) auf Probleme stoßen würde, wären ein Auseinanderklaffen der Abschlüsse der Hochschule und der Schulen und damit ein Gleichbehandlungsproblem zu befürchten. Aus diesem Grund wird im Folgenden die Variante der hochschulischen Gesamtverantwortlichkeit für die Aufstellung einer Prüfungsordnung nicht weiter

verfolgt. Es soll deshalb bei der grundsätzlichen staatlichen Verantwortlichkeit, d.h. hier des Bundesgesetzgebers und des Bundesverordnunggebers, für das Aufstellen der Prüfungsordnung bleiben. Damit wird nicht ausgeschlossen, dass der Bund den Hochschulen in einem vorgegebenen Rahmen eigene Gestaltungsräume lässt. Die Hochschulautonomie kann dann in diesem Rahmen zur Geltung kommen.

6.6.2 Gegenstände/Inhalte der Prüfung

Unabhängig von der Regulierungsverantwortlichkeit ist es bei den Heilberufen unabdingbar, eine Prüfung für den theoretischen und praktischen Unterrichtsteil sowie eine praktische Prüfung durchzuführen.

Die Gegenstände/Inhalte der Prüfung sind staatlich vorzugeben.

Die Frage, ob bei Prüfungen der Faktor Kompetenzorientierung eine Rolle spielen kann oder soll, ist unabhängig davon zu beantworten, ob eine hochschulische oder eine schulische Prüfung stattfindet. So spielen bei der Prüfung von Notfallsanitätern, deren Ausbildung eine schulische Ausbildung ist, Elemente der Kompetenzorientierung eine wesentliche Rolle (vgl. §§ 15-17 NotSan-APrV). Kompetenz wird als berufliche Handlungskompetenz in den Dimensionen Fach-, Sozial- und Selbstkompetenz sogar direkt angeführt (§ 16 Abs. 1 NotSan-APrV). Auch in der Krankenpflege wird bei der Prüfung auf Elemente der Kompetenz abgestellt (vgl. §§ 13-15 KrPflAPrV). Wörtlich wird Kompetenz in § 14 Abs. 1 Satz 2 und § 15 Abs. 1 Satz 4 KrPflAPrV erwähnt.

Bei Prüfungen sollte für alle Heilberufe der Faktor Kompetenzorientierung unabhängig davon einbezogen werden, ob es sich um eine schulische oder hochschulische Ausbildung handelt.

6.6.3 Zulassung zur Prüfung

Die Zulassung zur Abschlussprüfung bei einer hochschulischen Ausbildung kann von Leistungsnachweisen abhängig gemacht werden. Solche hochschulische Leistungskontrollen als Zulassungsvoraussetzungen für die staatliche Prüfung finden sich schon in der ärztlichen Ausbildung (§ 27 Abs. 1 ÄApprO). Man könnte sich deshalb dieses Regelungsvorbildes für die Zulassung zu den Prüfungen bei anderen als ärztlichen Heilberufen bedienen.

6.6.4 Prüfungsverantwortlichkeiten

In Hinblick auf die Gestaltung und Durchführung der Prüfungen bei einer heilberuflichen Ausbildung an Hochschulen wird man von einer staatlichen Gewährleistungsverantwortung für das Prüfungswesen bei diesen Berufen ausgehen können. Die Wahrnehmung der Gewährleistungsverantwortung bedeutet dabei nicht immer eine direkte Implikation staatlicher Prüfungsbehörden in das Prüfungswesen. Die *staatliche Gewährleistungsverantwortung* schließt nicht aus, dass andere als staatliche Prüfungsbehörden, so auch Hochschulen, in das Prüfungswesen verantwortlich mit einbezogen werden. Dies kann auch im Rahmen von Prüfungskommissionen geschehen. Entscheidend ist, dass für die Prüfung letztlich eine staatliche Behörde (Prüfungsamt) verantwortlich ist.

Das *Zweiprüferprinzip* gilt als wesentlicher Bestandteil prüfungsrechtlicher Verfahrensordnungen insbesondere bei berufsqualifizierenden Abschlüssen.

Berufrechtliche Begleitforschung - Kurzfassung

Der Grundsatz, dass ein Prüfer die gleiche *Qualifikation* haben muss wie die durch die Prüfung zu erreichende Qualifikation, wird insofern modifiziert, als eine gleichwertige Qualifikation ausreicht. Dies ist auch in § 65 Abs. 1 HG NRW so festgelegt.

Grundsätzlich soll die *Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse/-kommissionen* die Verantwortlichkeiten in der Ausbildung spiegeln. Das zeigt sich auch in der bisherigen Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse, bei denen auch die Leitung der Schulen und die ausbildenden Fachpersonen als Prüfer beteiligt sind.

Bei hochschulischen Prüfungen sollen jedenfalls die hochschulischen Mitglieder des Prüfungsausschusses auf Vorschlag der Hochschule und im Benehmen mit der Hochschule von der staatlichen Prüfungsbehörde bestellt werden. Weitere Mitglieder des Prüfungsausschusses können ebenfalls auf diese Weise bestellt werden.

Schon nach der bisherigen Rechtslage muss der *Prüfungsvorsitz* nicht bei einem Vertreter der Prüfungsbehörde liegen. Die zuständige Behörde kann auch eine fachlich geeignete Person mit der Wahrnehmung der Aufgabe als Vorsitzender betrauen.²⁶ Der Beauftragung eines entsprechend qualifizierten Mitglieds mit dem Vorsitz würde also bei einer Übernahme dieser Regelung nichts im Wege stehen.

6.6.5 Ablauf der Prüfungen

Unter den verschiedenen Punkten, die zur Gestaltung des Prüfungsablaufs rechnen (Prüfungszeitraum, Bewertungssystem, Wiederholungsmöglichkeiten, Rücktritt, Täuschung, Ordnungsverstoß etc.), ergeben sich besondere Fragen nur in Richtung auf die Anerkennung von Modulnoten im Rahmen der Abschlussnote.

Wenn die Abschlussprüfung in staatlicher Verantwortlichkeit durchgeführt wird, ist die Bewertung der Prüfungsleistungen durch die staatlichen und/oder beauftragten Hochschullehrerinnen und -lehrer unproblematisch. Anders ist dies bei der Bewertung der Leistungskontrollen (Modulnoten), die alleine durch hochschulisches Prüfungspersonal vorgenommen wird. Wenn diese Modulnoten in die Gesamtnote des Abschlusszeugnisses eingehen sollen, ist für diesen Teil der Bewertung keine staatliche Prüfungsverantwortlichkeit mehr gegeben.

In der bisherigen Ausbildung nach den Heilberufegesetzen werden im Zeugnis über die staatliche Prüfung die Noten für die schriftliche und mündliche Prüfung sowie für den praktischen Teil der Prüfung getrennt ausgewiesen. Dementsprechend könnten auch die Modulprüfungen im Abschlusszeugnis aufgeführt werden. Die Bachelor-Rahmenprüfungsordnung (BRPO) für die Bachelorstudiengänge der Hochschule Bochum liefert eine entsprechende Vorlage hierfür (§ 23 BRPO).

Wenn jedoch die Modulnoten direkt in der Weise in die Abschlussnoten eingehen sollen, dass sie die Abschlussnote mit beeinflussen, besteht das oben artikulierte Problem der fehlenden

²⁶ § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, Abs. 3 Satz 1 KrPflAPrV; § 3 Abs. 1 Nr. 1 HebAPrV; § 3 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 ErgThAPrV; § 6 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 AltPflAPrV; § 3 Abs. 1 Nr. 1 PhysTh-APrV; § 3 Abs. 1 Nr. 1 LogAPrO.

staatlichen Prüfungsverantwortlichkeit. Diesem Problem könnte dadurch begegnet werden, dass die hochschulischen Prüfer von der staatlichen Prüfungsbehörde als Prüfer bestellt werden.

Im Ergebnis kann Folgendes gesagt werden: In der Gemengelage zwischen den auf der Hochschulautonomie gründenden hochschulischen Ausbildungsanliegen und der gerade die Heilberufe betreffenden verfassungsrechtlich fixierten grundsätzlichen staatlichen Verantwortlichkeit wird den hochschulischen Anliegen in Richtung auf die Anerkennung der Leistungsnachweise zu den Modulen schon dann hinreichend Rechnung getragen, wenn diese Leistungsnachweise als Zulassungsvoraussetzung für die Abschlussprüfung gelten und wenn die Noten für diese Leistungsnachweise im Abschlusszeugnis getrennt aufgeführt werden, ohne in die Abschlussnote einzugehen. Sollen die Noten der Leistungskontrollen in die Abschlussnoten eingehen, müssen die Prüfer für diese Leistungskontrollen von der Prüfungsbehörde hierzu beauftragt werden.

6.7 Wirkungen von Prüfungen und Abschluss – einheitliche oder getrennte Berufsbezeichnung

Heilberuferechtlich stellt die erfolgreiche Prüfung eine der Voraussetzungen für die Erteilung der Erlaubnis zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung dar. Weitere Voraussetzungen hierfür sind die gesundheitliche Eignung, die Zuverlässigkeit und entsprechende Sprachkenntnisse.²⁷ Die Erteilung der Erlaubnis vollzieht sich in Form eines Verwaltungsaktes. Auch wenn die Erlaubnis erteilt werden muss, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, besteht kein Automatismus zwischen dem erfolgreichen Abschluss der Prüfung und der Erlaubniserteilung.

Hochschulrechtlich stellt der erfolgreiche Abschluss eines Bachelorstudiengangs einen berufsqualifizierenden Abschluss dar. Eine Erlaubnis zum Führen einer bestimmten Berufsbezeichnung ist damit nicht verbunden. Der Bachelorabschluss impliziert nicht die Berechtigung zur Führung einer entsprechenden Berufsbezeichnung. Diese Erlaubnis wird davon getrennt erteilt, weil sie an weitere Voraussetzungen geknüpft ist. Deshalb stellen die bestandene Bachelorprüfung und der entsprechende Bachelorabschluss nur eine der Voraussetzungen für die Erteilung der heilberufrechtlichen Erlaubnis dar.

Die Frage, ob für hochschulisch qualifizierte Angehörige von anderen als ärztlichen Heilberufen eine andere Form der Berufsbezeichnung und möglicherweise auch eine andere Form der Berufszulassung vorzusehen ist, hängt wesentlich von der Formulierung der Ausbildungsziele und damit verbunden der Art und Weise der hochschulischen Ausbildung ab.

7 Schulische und hochschulische Ausbildung: Gestaltungen der Heilberufegesetze

Für die Regelung der hochschulischen Ausbildung der anderen als ärztlichen Heilberufe im Modellvorhaben bestehen grundsätzlich drei Gestaltungsmöglichkeiten:

²⁷ S. jeweils § 2 Abs. 1 des AltPflG, ErgThG, HebG, LogopG, MPhG.

7.1 Integrationsmodell

In *einem* Heilberufsgesetz, also in dem jeweiligen berufsspezifischen Heilberufsgesetz, würden in Zusatzabschnitten/-paragrafen die jeweiligen Vorschriften zur hochschulischen Qualifikation eingefügt. Bei den Ausbildungszielen müssten die Besonderheiten der hochschulischen Ausbildungsziele im Verhältnis zur schulischen Ausbildung herausgearbeitet werden. Zu diesem Modell ist Folgendes zu bemerken:

- Die Spezifika und Unterschiede der jeweiligen Ausbildungsformen sind klar erkennbar.
- Es besteht die Notwendigkeit, auch die traditionellen Heilberufsregelungen zu verändern (Anpassung der Ausbildungsziele, Gestaltung des Unterrichts und der Prüfungen).
- Durch integrierte Gesetze wird der Eindruck von Zwei-Klassen-Berufen vermieden.
- Die Gesetze für Heilberufe, für die eine hochschulische Qualifikation nicht ansteht, müssten nicht geändert werden.

7.2 Parallelmodell

Parallel zu jedem bestehendem Heilberufsgesetz wird für die Heilberufe mit hochschulischer Qualifikation ein entsprechendes Berufsgesetz geschaffen. Zu diesem Modell ist Folgendes zu bemerken:

- Die bisherigen Heilberufegesetze könnten unberührt bleiben. Wenn allerdings die Heilberufe im Modellvorhaben auch für die schulische Ausbildung entsprechend geändert werden sollen, fällt dieser Vorteil weg.
- Es könnte eine hochschulische Qualifikation für einen bestimmten Heilberuf auch dann gesetzlich geregelt werden, wenn für die schulische Qualifikation noch keine Gesetzesänderungen stattfinden können oder sollen. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die Ausbildung in der Kranken- und in der Altenpflege und die dort anstehenden Gesetzesvorhaben.
- Es kann der Eindruck der unterschiedlichen Wertigkeit der Berufe hervorgerufen werden.
- Die Übersichtlichkeit bezüglich der jeweiligen parallelen und unterschiedlichen Regelungen in schulischer und hochschulischer Ausbildung geht verloren.

7.3 Zusatzmodell

Für alle Berufe mit hochschulischer Qualifikationsmöglichkeit werden in *einem* Gesetz alle nur die hochschulische Qualifikation betreffenden Regelungen zusammengefasst. Zu diesem Modell ist Folgendes zu bemerken:

- Die bisherigen Heilberufegesetze könnten unberührt bleiben. Wenn allerdings die Heilberufe im Modellvorhaben auch für die schulische Ausbildung entsprechend geändert werden sollen, fällt dieser Vorteil weg.
- Es könnte eine hochschulische Qualifikation für einen bestimmten Heilberuf auch dann gesetzlich geregelt werden, wenn für die schulische Qualifikation noch keine Gesetzes-

Berufrechtliche Begleitforschung - Kurzfassung

änderungen stattfinden können oder sollen. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die Ausbildung in der Kranken- und in der Altenpflege und die dort anstehenden Gesetzesvorhaben.

- Einheitlicher Gesetzgebungsvorgang.
- Notwendigkeit der Schaffung nur einer Regelung für Regelungsgegenstände, die für alle Berufe mit Hochschulischer Qualifikation gleich zu regeln sind.
- Es kann der Eindruck der unterschiedlichen Wertigkeit der Berufe hervorgerufen werden.
- Die Übersichtlichkeit bezüglich der jeweiligen parallelen und unterschiedlichen Regelungen in schulischer und Hochschulischer Ausbildung geht verloren.

7.4 Empfehlung

Unter Abwägung aller Umstände spricht viel dafür, für diejenigen Heilberufe, für die eine Hochschulische Qualifikationsmöglichkeit besteht, in den jeweiligen Heilberufsgesetzen in einem zusätzlichen Abschnitt Vorschriften zur Hochschulischen Qualifikation zu schaffen (Integrationsmodell). Damit würde der berufsspezifische inhaltliche Zusammenhang gewahrt werden.

Für die Pflegeberufe kann allerdings insofern eine besondere Situation gegeben sein, als hier eine generalistische Pflegeausbildung angestrebt wird, die dann in einem einheitlichen Pflegeberufsgesetz zu regeln wäre. Sollte es sich ergeben, dass eine Einigung hierüber nicht zustande kommt, würde es sich empfehlen, für die Hochschulisch organisierte generalistische Pflegeausbildung ein eigenes Gesetz zu schaffen. Dieses Gesetz könnten dann bei einer Reform der schulischen Pflegeausbildung im Sinne einer generalistischen Pflegeausbildung in das dann zu schaffende Gesetz integriert werden.

Die Entscheidung für eines der vorgenannten Regelungsmodelle könnte allerdings auch von der Frage abhängig gemacht werden, ob für den Hochschulisch qualifizierten Heilberuf ein weiterer Heilberuf neben dem schulisch qualifizierten Heilberuf geschaffen werden soll, der über eine eigene *heilberuferechtlich* auf die Hochschulische Qualifikation verweisende Berufsbezeichnung verfügt. Dies könnte ein jeweils eigenes Gesetz im Sinne des Parallelmodells rechtfertigen.

Mit der Gestaltung der Gesetze sollte jedoch zum jetzigen Zeitpunkt keine Vorentscheidung über künftig mögliche berufspolitische und berufsrechtliche Entwicklungen getroffen werden. Deshalb erscheint es gegenwärtig als sinnvoll, bei den Absolvierenden der Hochschulischen Heilberufsausbildung die schon bisher übliche staatliche Berufsbezeichnung zu ergänzen um den *hochschulischen Grad* B.A./B.Sc. Damit würde kein neuer Beruf geschaffen, da das Ablegen einer Bachelorprüfung nicht den Zugang zu einem *bestimmten* Beruf eröffnet, sondern als berufsqualifizierender Abschluss gilt (§ 19 Abs. 2 HRG).

7.5 Exkurs: Gestaltungsvorschläge zu einem Allgemeinen Heilberufegesetz – Gesetz über Heilberufe

Das Recht der Heilberufe ist unklar, unübersichtlich, teilweise widersprüchlich und teilweise veraltet. Ein Allgemeines Heilberufegesetz oder ein Gesetz über die Heilberufe könnte hier Abhilfe

Berufrechtliche Begleitforschung - Kurzfassung

schaffen. Hierzu kann der Bund im Rahmen seiner konkurrierenden Gesetzgebungszuständigkeit (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG) tätig werden. Die gegenwärtigen Gesetze für Heilberufe verstehen sich als Berufszulassungsgesetze, so dass ein Allgemeines Heilberufegesetz oder ein Gesetz über die Heilberufe nur in diesem Rahmen bundesgesetzlich möglich wäre. Die Regelung beruflicher Tätigkeiten und die Weiter- und Fortbildung liegt hingegen in der Zuständigkeit des Landesgesetzgebers.

Die verschiedenen Heilberufegesetze enthalten eine Reihe von Begriffen und Vorschriften, die in diesen Gesetzen identisch verwendet werden. In der üblichen Gesetzestechnik werden solche Begriffe und Vorschriften in einem allgemeinen Teil „vor die Klammer gezogen“. In einem Allgemeinen Heilberufegesetz/Gesetz über die Heilberufe könnte dies ebenfalls geschehen. Ein solches Anliegen stellt einen üblichen und gängigen Zweck einer Kodifikation dar.

Gegenstand des Allgemeinen Heilberufegesetzes wäre demnach die Schaffung eines solchen allgemeinen Teils, der für alle Heilberufegesetze und auch für ländergesetzlich geregelte Heilberufe gilt. Ein Allgemeines Heilberufegesetz im Sinne eines allgemeinen Teils des Heilberuferechts macht also das Heilberuferecht nicht nur übersichtlicher, sondern trägt mit der Verwendung einheitlich definierter Begriffe zur Rechtsklarheit und einfacheren Rechtsanwendung bei.

Die Schaffung eines Allgemeinen Heilberufegesetzes könnte auch dazu dienen, das Heilberuferecht den aktuellen Anforderungen anzupassen. Dies gilt vor allem für folgende Punkte:

- Der Begriff der Heilkunde wird bisher nur im Heilpraktikergesetz von 1939 definiert. Dieser Begriff sollte in einem Allgemeinen Heilberufegesetz im Sinne der Rechtsprechung zu diesem Begriff festgelegt werden. Gegebenenfalls können auch Modernisierungen hinsichtlich weiterer Elemente vorgenommen werden (z. B. Rehabilitation, Palliation).
- In einem Allgemeinen Heilberufegesetz sollten Definitionen zum Begriff der vorbehaltenen Tätigkeiten und zu den Voraussetzungen der selbstständigen / eigenverantwortlichen/mitwirkenden Ausübung von Heilkunde getroffen werden.
- Ein Allgemeines Heilberufegesetz kann allgemeine Vorgaben für die Inhalte und die Gestaltung der Ausbildungs- und der Prüfungsordnungen auch hinsichtlich einer hochschulischen Ausbildung enthalten.
- In einem Allgemeinen Heilberufegesetz können die für die Heilberufe geltenden unionsrechtlichen Maßgaben Platz finden.

Gesetzestechnisch würde ein Allgemeines Heilberufegesetz nur die aufgeführten allgemeinen Materien enthalten, während die einzelnen Heilberufe wie bisher in davon getrennten Gesetzen reguliert werden. Ein anderer Weg wäre, ein Gesetz über die Heilberufe zu schaffen, das einen allgemeinen Teil mit den Gegenständen des Allgemeinen Heilberufegesetzes enthält und weiter einen besonderen Teil, in dem die verschiedenen Heilberufe geregelt sind.

Es steht zu vermuten, dass sich die Verbände der Heilberufe nicht von „ihren“ Berufsgesetzen trennen wollen. Deshalb spricht viel für eine Regelung der allgemeinen Gegenstände in einem Allgemeinen Heilberufegesetz unter Beibehalt der dann insoweit geänderten einzelnen Berufsgesetze.

8 Einschätzung von Wirkungen einer hochschulischen Qualifikation auf die gesundheitliche Versorgung und die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe

Eine hochschulische Qualifikation für Hebammen, Ergo- und Physiotherapeuten, Logopäden, Alten-, Gesundheits- und Kranken- sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger wird zu Veränderungen im berufrechtlichen Status führen. Die schon bisher teilweise in den Ausbildungszielen genannten Elemente des eigenverantwortlichen Handelns werden verstärkt werden. Bisher schon faktisch vorhandene Elemente des selbstständigen Handelns bei der Wahrnehmung der je spezifischen heilkundlichen Tätigkeiten und Aufgaben werden sich verstärken und beruferechtlich in Ansehung der jeweiligen Berufe unterschiedlich ausprägen müssen. Während die Hebammen schon jetzt berufsrechtlich über einen verhältnismäßig großen Raum selbstständiger Aufgabenwahrnehmung verfügen, und während den Pflegeberufen in den Ausbildungszielen breite Verantwortungsbereiche eingeräumt sind, ist dies bei den therapeutischen Berufen bisher, zumindest in den Formulierungen der Heilberufegesetze, nicht der Fall.

Wie sich mögliche berufrechtliche durch hochschulische Qualifikation notwendig gewordene Aufwertungen im Verhältnis zu den anderen Gesundheitsberufen auswirken werden, wird sich vor allem in den Reaktionen des sozialrechtlichen Leistungserbringungsrechts zeigen. Insbesondere im Leistungserbringungsrecht des SGB V ist die zentrale Steuerungsfunktion des Arztes auf dem gesamten Gebiet der Krankenbehandlung (Kuration), nicht nur bei der ärztlichen Behandlung, nach wie vor dominierend. Bei entsprechenden Veränderungen wird hier auch der krankenversicherungsrechtliche Steuerungsfaktor der Wirtschaftlichkeit eine Rolle spielen. Anders als auf dem Gebiet der Krankenbehandlung werden sich die berufrechtlichen Klärungen und Veränderungen bei den Ausbildungszielen in den anderen Feldern der gesundheitlichen Versorgung leichter abbilden lassen. Zwar kann auch hier der Arzt noch eine wichtige Rolle spielen. Anders als auf dem Feld der Kuration ist die Versorgung auf den anderen Feldern der gesundheitlichen Versorgung jedoch nicht in so hohem Maße ärztlich geprägt.

Die Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b und 3c SGB V zeigen, dass eine Verteilung der Aufgaben und Tätigkeiten, teilweise auch einhergehend mit der selbständigen Ausübung von Heilkunde bisher dem Arzt vorbehaltenen Tätigkeiten, rechtlich möglich ist.

Die weiteren Wirkungen in Richtung auf die Bedingungen der privaten Krankenversicherungsunternehmen und auf die Regelungen des Beihilferechts im öffentlichen Dienst können gegenwärtig nicht abgesehen werden.

Berufrechtliche Begleitforschung - Kurzfassung

Teil I

Gesundheitsberuferecht - Allgemein

Inhaltsverzeichnis

1	ÜBERBLICK ÜBER DIE BERUFE IN DER GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNG.	- 1 -
1.1	Bereiche der gesundheitlichen Versorgung	- 1 -
1.1.1	Überblick	- 1 -
1.1.2	Gesundheitsförderung – Prävention	- 1 -
1.1.1	Kuration	- 2 -
1.1.2	Langzeitpflege	- 2 -
1.1.3	Rehabilitation	- 3 -
1.1.4	Palliation	- 3 -
1.2	Terminologie und Einteilung der Gesundheitsberufe	- 3 -
1.2.1	Unterschiedliche begriffliche Verwendungen	- 3 -
1.2.2	Unterscheidung nach verfassungsrechtlichen Kriterien	- 4 -
1.2.3	Unterscheidung nach Ausbildungskriterien	- 4 -
1.2.4	Unterscheidung nach Tätigkeits- und Funktionskriterien	- 4 -
1.2.5	Einteilung der Gesundheitsberufe in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes	- 5 -
1.2.6	Gesundheitsnahe Berufe	- 6 -
2	RECHTLICHEN REGELUNGEN ZU DEN GESUNDHEITSBERUFEN	- 7 -
2.1	Überblick	- 7 -
2.2	Unterscheidung zwischen direktem und indirektem Berufsrecht	- 8 -
2.2.1	Notwendigkeit dieser Unterscheidung	- 8 -
2.2.2	Direktes Berufsrecht	- 9 -
2.2.3	Indirektes Berufsrecht – allgemein	- 9 -
2.2.4	Indirektes Beruferecht im Sozialleistungserbringungsrecht	- 9 -
2.3	Europäisches Recht (Unionsrecht – Europarat – Bologna-Prozess)	- 9 -
2.4	Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen	- 10 -
2.5	Verhältnis zum Recht des Ausbildungswesens	- 11 -
2.6	Verhältnis zum Gesundheitssozialrecht, insbesondere zum SGB V und zum SGB XI	- 11 -
2.7	Heilberufe und Ausübung der Heilkunde	- 12 -
2.8	Unionsrecht: Richtlinie 2005/36/EG und Änderungen durch die Richtlinie 2013/55/EU	- 14 -
2.8.1	Allgemeine Funktion der Berufsankennungsrichtlinie	- 14 -
2.8.2	Besondere Bedeutung der Berufsankennungsrichtlinie für Heilberufe	- 14 -
3	LITERATURVERZEICHNIS	- 17 -

1 Überblick über die Berufe in der gesundheitlichen Versorgung

1.1 Bereiche der gesundheitlichen Versorgung

1.1.1 Überblick

Das Gesundheitsversorgungssystem kann auf verschiedene Weise untergliedert werden. Die nachstehende Untergliederung orientiert sich an den wichtigsten Bereichen gesundheitlicher Interventionen. Als die vier wichtigsten Bereiche sind allgemein anerkannt die Prävention, die Kuration, die Rehabilitation und die Pflege im Sinne von Langzeitpflege. In jüngerer Zeit haben auch die Bereiche der Gesundheitsförderung und der Palliation eine immer stärker werdende Bedeutung erlangt.



1.1.2 Gesundheitsförderung – Prävention

Zur *Gesundheitsförderung* gehören nach der WHO (Ottawa Charta)¹ alle Maßnahmen, die sowohl auf die Veränderung und Förderung des individuellen Verhaltens als auch der Lebensverhältnisse im positiven Sinne abzielen. Ziel der Gesundheitsförderung ist es, bestehende Ungleichheiten bezüglich des Gesundheitszustandes und der Lebenserwartung unter-

¹ Die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung ist am 21. November 1986 im Gefolge der Ersten Internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung verabschiedet worden.

schiedlicher sozialer Gruppen zu reduzieren. Die Gesundheitsförderung und die gesundheitliche Prävention sind zum Teil in das Recht wichtiger Lebensbereiche integriert, etwa im Arbeitsschutzrecht. Eine zentrale Institution oder ein Hauptakteur für die Gesundheitsförderung und die gesundheitliche Prävention ist nicht auszumachen. Vielmehr sind diese Bereiche verschiedenen Akteuren und Institutionen im Gesundheitswesen zugewiesen.²

Der Bereich der Gesundheitsförderung überschneidet sich zum Teil mit der Primärprävention. Seit Anfang 2000 ist die *primäre gesundheitliche Prävention* Satzungsleistung der gesetzlichen Krankenkassen (vgl. § 20 Abs. 1 SGB V).

1.1.1 Kuration

Die Kuration, also das Heilen, ist der zentrale Bereich des deutschen Gesundheitswesens. Rechtsterminologisch wird das Heilen als Bestandteil der Krankenbehandlung betrachtet (vgl. § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V). In Deutschland ist der Bereich der Kuration institutionell und systemisch von der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung) geprägt, in der knapp 90% der Bevölkerung versichert sind. Die Gestalt des deutschen Gesundheitswesens ist auf dem Gebiet der Kuration bzw. der Krankenbehandlung in sehr hohem Maße von den Bedingungen geprägt, die das gesetzliche Krankenversicherungssystem setzt. Das gilt für das Leistungsrecht ebenso wie für die Leistungserbringung und damit für die leistungserbringenden Akteure. Aus diesem Grund kann gesagt werden, dass das deutsche Gesundheitswesen auf dem Gebiet der Krankenbehandlung sozialversicherungsdominiert ist. Allerdings handelt es sich beim Leistungserbringungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht um ein System, in dem die Leistungserbringer Bedienstete der Sozialversicherungskassen sind. Vielmehr vollzieht sich die Beschaffung von Gesundheitsdienstleistungen auf dem Vertragsweg. Daraus folgt, dass die Leistungserbringer sich den Beschaffungsweisen unterwerfen müssen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen sind. Dies ist Gegenstand des Leistungserbringungsrechts des SGB V (Viertes Kapitel. Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern).

1.1.2 Langzeitpflege

Die Pflege im Sinne der Langzeitpflege (long-term care), nicht im Sinne der Krankenpflege, die dem Bereich der Krankenbehandlung zuzurechnen ist, ist erst seit 1994 sozialversicherungsrechtlich (im SGB XI: Soziale Pflegeversicherung) ausgestaltet worden. Anders als auf dem Gebiet der Gesetzlichen Krankenversicherung ist hier auch die private Pflegeversicherung für Personen, die für das Risiko der Krankheit Versicherungsschutz bei einem Privatversicherungsunternehmen haben, dem Leistungsrecht der gesetzlichen Versicherung unterworfen worden (vgl. § 110 Abs. 1 SGB XI). Die Einführung einer gesetzlichen Pflegeversicherung hat für die Leistungserbringer Ähnliches bewirkt wie die Gesetzliche Krankenversicherung: Die Leistungen definieren sich nach den gesetzlich vorgegebenen Inhalten; die Zulassung zur Leistungserbringung folgt einem Vertragssystem. Allerdings sind die Pflegeleistun-

² S. den Überblick bei Rosenbrock, 2003, S. 6 ff.

gen nach dem SGB XI begrenzt („gedeckt“), sodass sich jenseits des Leistungskataloges des SGB XI Leistungsspielräume ergeben können.

1.1.3 Rehabilitation

Die Leistungen zur Teilhabe für behinderte Menschen (SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) haben das Ziel, Behinderung durch das Ansetzen am Gesundheitszustand und seinen Kontextfaktoren zu verhindern oder behinderten Menschen ein möglichst selbstbestimmtes Leben mit gleichwertiger Teilhabe zu ermöglichen. Die dazu erforderlichen Leistungen sind gegliedert in medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (soziale Rehabilitation), bei denen Institutionen und Berufe des Sozial- und Gesundheitswesens zusammenwirken. Sie sind durch einen gemeinsamen Rahmen verbunden (§§ 1-25 SGB IX).

Die im engeren Sinne gesundheitsbezogene Rehabilitation, in der rechtlichen Terminologie als medizinische Rehabilitation bezeichnet (vgl. § 5 Nr. 1 SGB IX), ist Bestandteil insbesondere der Leistungskataloge der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V), der Gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI), der Gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) und der Sozialhilfe (SGB XII). Ein einheitlicher Rehabilitationsträger existiert nicht. Mit dem SGB IX ist es aber immerhin gelungen, für alle Sozialleistungsbereiche, in denen medizinische Rehabilitation stattfindet, gemeinsame Regelungen zu finden (§§ 26-32 SGB IX).

1.1.4 Palliation

Das Anliegen, sterbenden Menschen ein selbstbestimmtes Leben und Sterben zu ermöglichen, wurde in Deutschland von der Hospizbewegung aufgegriffen, während es Anliegen der palliativ-medizinischen Versorgung ist, die ärztliche Versorgung auf diese Situation auszurichten. Der Bereich der Palliation stellt sich noch nicht als eigenständiger Systembereich des Gesundheitswesens dar. Seine Bedeutung nimmt aber zu, was sich auch an den seit 2007 vorgesehenen Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung ablesen lässt (§ 39a SGB V).

1.2 Terminologie und Einteilung der Gesundheitsberufe

1.2.1 Unterschiedliche begriffliche Verwendungen

Es gibt keine für alle Berufe des Gesundheitswesens einheitliche Terminologie. Es ist aber üblich geworden, alle im Gesundheitswesen tätigen Berufe unter dem Oberbegriff der Gesundheitsberufe einzuordnen.³ Bei einem solch weiten begrifflichen Verständnis ist es notwendig, eine genauere Unterteilung zu schaffen. Für diese Unterteilung können verfassungsrechtliche und an die Ausbildung und berufliche Tätigkeit/Funktion anknüpfende Kriterien herangezogen werden.

³ So auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007, S. 71f. S. auch Dielmann, 2013, S. 151.

1.2.2 Unterscheidung nach verfassungsrechtlichen Kriterien

Der Begriff der Heilberufe ist als verfassungsrechtlicher Begriff vorgeprägt (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Die entsprechende Unterscheidung innerhalb der Gesundheitsberufe würde dann „Heilberufe und andere Gesundheitsberufe“ lauten.

1.2.3 Unterscheidung nach Ausbildungskriterien

Die Ausbildung der Gesundheitsberufe weist eine Besonderheit auf: Während die berufliche Ausbildung außerhalb von Hochschulen nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) und der Handwerksordnung (HWO) stattfindet, existieren für diejenigen Gesundheitsberufe, die den Heilberufen zuzurechnen sind, besondere Ausbildungsregelungen im Rahmen der Heilberufegesetze, die sich als Berufszulassungsgesetze verstehen (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Für deren Regelung ist der Bundesgesetzgeber zuständig. Auch die Gesetzgeber der Länder können tätig werden, solange und soweit der Bundesgesetzgeber von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht Gebrauch gemacht hat (Art. 72 Abs. 1 GG).

Innerhalb der Heilberufe werden noch weitere Unterscheidungen getroffen, die jedoch nicht verfassungsrechtlich vorgegeben sind. So wird zwischen akademischen und nicht akademischen Heilberufen unterschieden. Akademisch im Sinne eines Universitätsstudiums werden Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten ausgebildet. Diese Unterscheidung wird aber zunehmend problematisch, da mittlerweile für mehrere Heilberufe (Kranken- und Altenpflege, Hebammen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden) in Modellvorhaben eine Ausbildung an einer Hochschule möglich ist. Außerdem werden seit einiger Zeit Ausbildungen dualer Art (Kombination betrieblicher und hochschulischer Ausbildung) angeboten.

Die nicht akademisch ausgebildeten Heilberufe werden auch als Gesundheitsfachberufe bezeichnet.⁴

Eine andere Unterscheidung bei den Heilberufen betrifft die Einteilung der nicht akademisch ausgebildeten Berufe. Diese Unterscheidung knüpft an den Funktionen der Berufe in der beruflichen Tätigkeit an: Pflegeberufe / Hebammen und Entbindungspfleger; Therapieberufe; Assistenzberufe.

Es kann also festgehalten werden, dass nach wie vor keine einheitliche Bezeichnung für die nicht akademisch ausgebildeten Heilberufe existiert. Auch die teilweise verwendete Bezeichnung als „andere als ärztliche Heilberufe“ ist nicht ganz korrekt, da auch die Apotheker, die psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendpsychotherapeuten keine Ärzte sind.

1.2.4 Unterscheidung nach Tätigkeits- und Funktionskriterien

Bei den an Tätigkeits- und Funktionskriterien anknüpfenden Unterscheidungen sind verschiedene Aspekte maßgeblich. So wird im Sinne einer Hierarchiebildung von Heilberufen und Heilhilfsberufen gesprochen, worunter vor allem das Verhältnis von Ärzten zu den ande-

⁴ S. bei Zöllner, 2014.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil I

ren Heilberufen verstanden wird. Auch das Bundesverfassungsgericht spricht im Altenpflegeurteil von 2002 von Heilhilfsberufen.⁵ Diese Unterscheidung bildet jedoch die Realität des heilberuflichen Geschehens in der gesundheitlichen Versorgung nicht mehr tauglich ab.⁶

Eine an Funktionen und Tätigkeiten orientierte Einteilung der Gesundheitsberufe sollte am Kern der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung anknüpfen, nämlich an der Patientenversorgung. Hier werden Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung erbracht, so dass man von Gesundheitsdienstberufen sprechen kann. Diese Berufe sollen in diesem Beitrag im Vordergrund stehen. Nach der Definition des Statistischen Bundesamtes zählen hierzu all diejenigen Beschäftigten, die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind, zum Beispiel Ärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger, Heilpraktiker.⁷ Zu den gesundheitsdienstleistenden Berufen gehören neben den Heilberufen auch andere Berufe, so etwa die Sozialarbeiter, die an vielen Stellen im Gesundheitswesen tätig werden.⁸

Gesundheitsdienstleistungen im weiten Sinne erstellen auch die in der Verwaltung und betrieblichen Organisation tätigen Berufe. Diese sollen hier nicht Gegenstand der Betrachtung sein.

Zahlreiche Gesundheitsberufe sind mit der Herstellung von Waren befasst, die gesundheitlichen Belangen dienen. Die Palette reicht hier von Arzneimitteln über Hilfs- und Verbandmittel bis hin zu Medizinprodukten. Auch diese Berufe werden im Folgenden nicht behandelt.

1.2.5 Einteilung der Gesundheitsberufe in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes des Statistischen Bundesamtes⁹ wird für das Personal im Gesundheitswesen in der Gesundheitspersonalrechnung die folgende Einteilung zugrunde gelegt:

Berufe im Gesundheitswesen insgesamt

- Gesundheitsdienstberufe
- soziale Berufe
- Gesundheitshandwerker
- sonstige Gesundheitsberufe
- andere Berufe im Gesundheitswesen.

Die weitere Unterteilung ist jedoch nicht immer schlüssig. So zählen zu den *Gesundheitsdienstberufen*:

- Ärzte, Apotheker, psych. Psychotherapeuten, Zahnärzte
 - Ärzte
 - Apotheker

⁵ BVerfG, Urt. v. 24.10.2002, 2 BvF 1/01, BVerfGE 106, 62 (109).

⁶ Gegen diese Begriffsverwendung auch Wissenschaftsrat, 2012, S. 12.

⁷ Statistisches Bundesamt, 2013, S. 13.

⁸ Kurlermann, 2011.

⁹ Statistisches Bundesamt, 2013, S. 13.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil I

- psychologische Psychotherapeuten
- Zahnärzte
- übrige Gesundheitsberufe
 - (zahn)medizinische Fachangestellte
 - Diätassistenten
 - Heilpraktiker
 - Gesundheits- und Krankenpflegehelfer
 - Gesundheits- und Krankenpfleger (und Hebammen)
 - Physiotherapeuten, Masseur, med. Bademeister
 - medizinische-technische Assistenten
 - pharmazeutisch-technische Assistenten
 - anderweitig nicht genannte therapeutische Berufe.

Eine etwas eigenartige besondere Behandlung erfahren die *Altenpfleger*, die zu den sozialen Berufen im Gesundheitswesen gerechnet werden:

- Altenpflege
- Heilerziehungspfleger
- Heilpädagogen.

In der weiteren Unterteilung erscheinen dann die Gesundheitshandwerker und die sonstigen Gesundheitsfachberufe sowie die anderen Berufe im Gesundheitswesen, worunter alle Berufe im Gesundheitssektor subsumiert werden, die nicht den Gesundheitsdienstberufen, sozialen Berufen, Gesundheitshandwerkern und sonstigen Gesundheitsfachberufen (z.B. Gesundheitsingenieure, Gesundheitstechniker, Pharmakanten) zugeordnet werden können. Beispiele hierfür sind das Reinigungs- und Küchenpersonal in Krankenhäusern, Kurierdienste der Apotheken, Handwerker, deren Arbeitgeber Einrichtungen des Gesundheitswesens sind.

1.2.6 Gesundheitsnahe Berufe

Auch wenn der weit überwiegende Teil der Gesundheitsdienstleistungen von Angehörigen der Heilberufe erbracht wird, darf nicht übersehen werden, dass auch Angehörige von Berufen mit einer zunächst nicht besonders auf die gesundheitliche Versorgung gerichteten Ausbildung am Geschehen der gesundheitlichen Versorgung direkt dienstleistungserbringend mitwirken. Dies gilt vor allem für die *Gesundheitssozialarbeit* bzw. die *Sozialarbeit im Gesundheitswesen*, die mittlerweile ein breites Spektrum gesundheitsbezogener Interventionen vor allem auf dem Gebiet der Prävention, der Rehabilitation und der Pflege erfasst.¹⁰ Ähnliches ist für *Interventionen gesundheitsfördernder und präventiver Art im schulischen Bereich* zu verzeichnen.¹¹ Gesundheitsnah werden auch Angehörige von Studiengängen tätig, die eine Nähe zu gesetzlich regulierten Heilberufen aufweisen. Dies gilt etwa für die Absolventen oecotrophologischer Studiengänge im Verhältnis zu den Diätassistenten oder für die Absolventen bestimmter sprachtherapeutischer Studiengänge im Verhältnis zu den Logopäden.¹²

¹⁰ Kurlemann, 2011.

¹¹ Zurhorst, 2008.

¹² Zur daraus erwachsenden Konkurrenzproblematik s. Igl, 2013.

2 Rechtlichen Regelungen zu den Gesundheitsberufen

2.1 Überblick

Normenhierarchisch betrachtet ist das Recht der Gesundheitsberufe in der Hauptsache auf fünf Ebenen geregelt: Unionsrecht (früher: Gemeinschaftsrecht), Verfassungsrecht, Bundesrecht, Landesrecht, untergesetzliches Recht. Internationale Instrumente, wie z.B. das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, werden durch Bundesgesetz in deutsches Recht transformiert (Art. 59 Abs. 2 GG).¹³

Wegen der unionsrechtlich zu gewährleistenden Personenfreizügigkeit und Dienstleistungsfreiheit spielt die *unionsrechtliche Regulierungsebene* für die Heilberufe eine wichtige Rolle. Dies wurde zuletzt mit dem Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen der Heilberufe vom 2. Dezember 2007¹⁴ deutlich.¹⁵

Im *Verfassungsrecht* sind vor allem das Grundrecht der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) sowie die Gesetzgebungskompetenzvorschrift für die Zulassung zu den Heilberufen in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG einschlägig. Aufgrund der konkurrierenden Zuständigkeit des Bundes für die Gesetzgebung zur Berufszulassung der Heilberufe, die auch die Mindestanforderungen der Berufsausbildung umfasst, werden zentrale Bereiche des Berufsrechts durch *Bundesgesetze* geregelt. Von der konkurrierenden Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für die *Sozialversicherung* (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) ist auch das Leistungserbringungsrecht der Kranken- und Pflegeversicherung erfasst.¹⁶

Den Ländern verbleibt die Gesetzgebungskompetenz zur Regelung der *Berufsausübung* der Heilberufe. Die Länder haben hier Regelungen für die Heilberufe und insbesondere für die Ärzte getroffen. Für die Ärzte sind auf Grundlage dieser Gesetze Kammern errichtet worden. Die *Ärztetikammern* sind Selbstverwaltungskörperschaften des öffentlichen Rechts, die für die Ärzte Berufsordnungen im Rahmen ihres *Satzungsrechts* erlassen können.

Die *Bundesärztekammer* hingegen ist keine Körperschaft des öffentlichen Rechts, sondern eine Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern. Der Bund hat keine Gesetzgebungskompetenz für die Schaffung einer Bundesärztekammer. Um bei den Berufsordnungen für Ärzte Einheitlichkeit zu erzielen, hat die Bundesärztekammer eine Muster-Berufsordnung für Ärzte¹⁷ vorgelegt. Diese *Muster-Berufsordnung*, die keine Rechtsnormqualität hat, bildet die Grundlage für die Berufsordnungen der Landesärztekammern. Unabhängig davon kön-

¹³ So für die Behindertenrechtskonvention BGBl. II (2008) S. 1419.

¹⁴ BGBl. I S. 2686.

¹⁵ S. unten Abschnitt 2.3.

¹⁶ S. unten Abschnitt 2.6.

¹⁷ Bundesärztekammer, (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte - MBO-Ä 1997 - in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel, Bundesärztekammer, 2006.

nen die Länder aber auch selbst Berufsordnungen als Gesetze oder Verordnungen erlassen. Davon ist zum Teil für die Pflegeberufe und für andere Heilberufe Gebrauch gemacht worden, da diese Berufe (noch) nicht über Kammern verfügen.¹⁸

Neben der Berufsordnung sind die Länder auch für die Weiterbildung der Heilberufe zuständig. Bei den Ärzten wird hier die *Muster-Weiterbildungsordnung* der Bundesärztekammer¹⁹ zugrunde gelegt. Für die Zulassung als Vertragsarzt wird auf diese Weiterbildung Bezug genommen (§ 95a Abs. 1 Nr. 2 SGB V).

Zum *untergesetzlichen Recht* zählen insbesondere die die berufliche Tätigkeit betreffenden Vorschriften auf dem Gebiet des Leistungserbringungsrechts des SGB V und des SGB XI. Dazu gehören vor allem die *Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses* (§ 92 Abs. 1 Satz 2 SGB V), die verschiedenen Normverträge im SGB V sowie sonstige Vereinbarungen der an der Selbstverwaltung Beteiligten, z.B. die Transparenzvereinbarungen für Pflegenoten (§ 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI).

2.2 Unterscheidung zwischen direktem und indirektem Berufsrecht

2.2.1 Notwendigkeit dieser Unterscheidung

Das Recht der Gesundheitsberufe folgt keinem einheitlichen, an bestimmten systematischen Erfordernissen ausgerichteten Plan oder Muster. Es ist nicht zusammenhängend in einem Gesetzbuch kodifiziert, sondern besteht aus vielen Einzelgesetzen. Es lassen sich jedoch zum Teil durchaus konsistente Strukturmerkmale dieses Rechtsgebietes feststellen. Im Folgenden sollen diese Strukturmerkmale zum besseren Verständnis des komplizierten und unübersichtlichen Gebietes kenntlich gemacht werden.

Im Recht der Gesundheitsberufe kann zwischen direktem und indirektem Beruferecht unterschieden werden. Diese Unterscheidung dient dazu, die verschiedenen Regelungsbereiche, die sich mit den Gesundheitsberufen befassen, zu ordnen. Da sich die Unterscheidung mit der entsprechenden Terminologie noch nicht eingebürgert hat, ist darauf hinzuweisen, dass in der Fachliteratur beim direkten Berufsrecht häufig nur vom Berufsrecht, beim indirekten Berufsrecht hingegen von den betreffenden Rechtsbereichen (vor allem vom Sozialleistungserbringungsrecht, meistens dem SGB V) gesprochen wird.

Erst in der Zusammenschau der Vorschriften des direkten und des indirekten Berufsrechts ergibt sich ein vollständiges Bild der rechtlichen Ordnung, die das Handeln der Gesundheitsberufe bestimmt. In der Praxis sind dabei die leistungserbringungsrechtlichen Vorschriften des Sozialleistungsrechts für das Handeln der Gesundheitsberufe in der Regel bedeutsamer als die Vorschriften des direkten Berufsrechts.²⁰

¹⁸ Zurzeit wird in Rheinland-Pfalz eine Pflegekammer gegründet, <http://www.pflegekammergruendungskonferenz-rlp.de/start.html> (24.07.2014). S. auch Hanika, 1999.

¹⁹ Bundesärztekammer, (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 28.06.2013.

²⁰ Vgl. Igl, Gerhard / Welti, Felix (Hrsg.), 2014, S. 48 ff.

2.2.2 Direktes Berufsrecht

Zum direkten Berufsrecht gehören in erster Linie die Berufsausbildung, die Berufszulassung, die Berufsausübung und deren Beendigung, sodann die Verfassung der Berufe z.B. in Kammern, die Berufsordnung, schließlich die Vergütung der Leistungen außerhalb des sozialrechtlichen Leistungserbringungssystems, so durch Gebührenordnungen.

2.2.3 Indirektes Berufsrecht – allgemein

Mit dem indirekten Berufsrecht ist dasjenige Recht gemeint, das mit seinen Regelungen an die Berufe anknüpft, aber keine direkten Auswirkungen auf den berufsrechtlichen Status hat. Indirektes Berufsrecht findet sich bei Heilberufen vor allem im Sozialleistungsrecht (Leistungserbringungsrecht) und dort besonders in der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI). Hier werden vor allem im Rahmen des Leistungserbringungsrechts²¹ Regelungen für die berufliche Tätigkeit der Heilberufe getroffen. Neben den Vorschriften des Leistungserbringungsrechts sind die leistungsrechtlichen Vorschriften zu nennen, nach denen sich bestimmt, welche Leistungen ein Leistungserbringer für Versicherte zulasten der Kranken- oder Pflegekasse erbringen darf.

Das zivile Haftungsrecht und das Strafrecht beeinflussen die Berufsausübung ebenfalls indirekt. Hier handelt es sich um Rechtsvorschriften, die alle Bürger, nicht nur die Heilberufe betreffen, die aber durch die Rechtsprechung gerade in Bezug auf Ärzte eine besondere Ausprägung gefunden haben. So hat sich ein haftungsrechtliches Sondergebiet entwickelt, das als Arzthaftungsrecht bezeichnet wird.²² Seit Anfang 2013 existiert mit dem neu ins Bürgerliche Gesetzbuch eingefügten Behandlungsvertrag eine spezielle Regelung für die vertragliche Gestaltung bei medizinischer Behandlung (§§ 630a ff. BGB).²³

2.2.4 Indirektes Beruferecht im Sozialleistungserbringungsrecht

Der Zugang zum Leistungserbringungsrecht im SGB V und im SGB XI erschließt sich am besten mit einer Unterscheidung gemäß den Funktionen des Leistungserbringungsrechts: Zulassung zur Leistungserbringung; Art des Zugangs zur Leistungserbringung Leistungsgestaltung (Leistungseinschluss/Leistungsausschluss, Konkretisierung des Inhalts und des Umfangs); Qualitätssicherung; Vergütung; Beendigung des Zugangs zur Leistungserbringung; Nutzerstellung bei der Leistungserbringung.

Für die Gesundheitsberufe sind besonders die Fragen der Zulassung und der Art und Weise des Zugangs zur Leistungserbringung entscheidend.

2.3 Europäisches Recht (Unionsrecht – Europarat – Bologna-Prozess)

Auf der Ebene der *Europäischen Union* gilt der allgemeine Grundsatz der begrenzten Einzelermächtigung (Art. 5 Vertrag über die Europäische Union (EUV); Art. 7 Vertrag über die

²¹ Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern, §§ 69-140h SGB V; Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern, §§ 69-81 SGB V.

²² Hierzu Nebendahl, 2012.

²³ Hierzu Katzenmeier, 2013.

Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV).²⁴ Eine solche Einzelermächtigung liegt für die Gesundheitsberufe nicht vor. Im Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) finden sich im Abschnitt über das Gesundheitswesen (Art. 168 AEUV) keine Kompetenzen, die die Gesundheitsberufe direkt betreffen. Im Unionsrecht sind jedoch seit längerer Zeit Regelungen zu den Berufen in allgemeiner Weise auf der Grundlage der Zuständigkeiten für die Dienstleistungsfreiheit (Art. 56 ff. AEUV) getroffen worden. Hier ist für die Heilberufe die Berufsankennungsrichtlinie²⁵ von Interesse.

Auf der Ebene des *Europarates* existiert ein Europäisches Übereinkommen zur Krankenpflegeausbildung.²⁶

Für die Hochschulausbildung sind im Rahmen des *Bologna-Prozesses* Rahmenbedingungen auf europäischer Ebene²⁷ gesetzt worden, die dann – vermittelt über die Kultusministerkonferenz und über die Hochschulrektorenkonferenz – in die Hochschulländergesetzgebung eingeflossen sind. Diese Rahmenbedingungen beeinflussen die Gesundheitsberufe zurzeit nur insofern, als Bachelor-/Masterabschlüsse außerhalb der Heilkunde angeboten werden. Auch in den Modellvorhaben zur Erprobung hochschulischer Ausbildungsgänge für bestimmte Heilberufe²⁸ spielen diese Rahmenvorgaben eine Rolle.²⁹

2.4 Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen

Wer heilend beruflich tätig ist, unterliegt besonderer rechtlicher Regulierung. Deren Zweck ist es, die Patienten zu schützen. Dieser Schutzauftrag wird aus der objektiv-rechtlichen Verpflichtung des Staates entnommen, Leben und körperliche Unversehrtheit zu schützen (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG). In Hinblick auf die Ausübung von Heilkunde wird dieser Schutzauftrag insbesondere dadurch wahrgenommen, dass für die Heilberufe besondere gesetzliche Anforderungen an die Berufsausbildung und die Berufszulassung erhoben werden. Dies ist mit den auf der Grundlage einer konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes erlassenen Heilberufegesetzen geschehen, z.B. für Ärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpfleger, Hebammen, Ergo- und Physiotherapeuten und Logopäden (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG).³⁰

²⁴ S. Igl, Gerhard / Welti, Felix (Hrsg.), 2014, S. 18 ff.

²⁵ S. unten Abschnitt 2.8.

²⁶ Vom 25. Oktober 1967, BGBl. II (1972) S. 630. Abgedruckt bei Igl, Gerhard (Hrsg.), 2011 ff., Band I, Nr. 40.4.

²⁷ Der Bologna-Prozess wurde am 25.5.1998 in Paris durch die Gemeinsame Erklärung zur Harmonisierung der Architektur der europäischen Hochschulbildung eingeleitet. Auf dieser Erklärung baut die Bologna-Erklärung „Der Europäische Hochschulraum. Gemeinsame Erklärung der Europäischen Bildungsminister, 19. Juni 1999, Bologna“ auf. Sie stellt eine freiwillige Selbstverpflichtung dar. S. hierzu Garben, et al., 2011.

²⁸ Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten. v. 25.9.2009, BGBl. I S. 3158. S. auch für die Altenpflege § 4 Abs. 6 AltPflG, und die Krankenpflege § 4 Abs. 6 KrPflG.

²⁹ S. insgesamt zum europäischen Bildungsrecht die Beiträge in Odendahl, Kerstin (Hrsg.), 2011.

³⁰ Hierzu Welti, 2015, S. 5f.

2.5 Verhältnis zum Recht des Ausbildungswesens

Im Recht der Gesundheitsberufe spielt das Verhältnis zum Recht des Ausbildungswesens insofern eine besondere Rolle, als der Bund auf dem Gebiet der Zulassung zu den Heilberufen eine das Berufsrecht direkt bestimmende und auch die Mindestanforderungen an die Ausbildung betreffende Gesetzgebungskompetenz hat. Dies bedeutet, dass ansonsten die Länder für die Regulierung der Berufsausbildung zuständig sind.

Da mittlerweile durch Bachelor- und Masterausbildung auch Hochschulabschlüsse vorhanden sind, die die Berufe des Gesundheitswesens betreffen, ist das einschlägige Hochschulrecht der Länder ebenfalls für die Gesundheitsberufe maßgeblich. Die Bundesländer können also jenseits des Heilberuferechts gesundheitsberufsbezogene Ausbildungsgänge an den Hochschulen oder an anderen Ausbildungseinrichtungen schaffen. Eine Koordinierung der Gestaltung der Ausbildungsgänge unter den Hochschulen oder zwischen den Ländern findet in rechtlich bindender Form nicht statt.

Hochschulausbildungsrelevante Empfehlungen werden vom Wissenschaftsrat ausgesprochen. Diese haben keine rechtlichen Wirkungen. Allerdings hat der Wissenschaftsrat mit seinen Empfehlungen erhebliche faktische Gestaltungswirkung. Aus jüngerer Zeit sind hier besonders die Empfehlungen zur hochschulischen Qualifikation im Gesundheitswesen,³¹ die Empfehlungen zur Entwicklung des dualen Studiums³² und die Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge³³ zu nennen.

Für die Pflege hat der 1993 gegründete Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe auf dem Gebiet der Aus-, Fort- und Weiterbildung entsprechende Aktivitäten entfaltet.³⁴ In der Pflege ist insgesamt eine sehr fortgeschrittene Diskussion zur Bildung zu verzeichnen,³⁵ wobei die Robert Bosch Stiftung die Diskussion besonders befördert hat.³⁶ Auch bei den anderen Heilberufen werden mittlerweile Bildungsbelange verstärkt thematisiert.

2.6 Verhältnis zum Gesundheitssozialrecht, insbesondere zum SGB V und zum SGB XI

Das Sozialrecht enthält zahlreiche gesundheitsbezogene Leistungen, die sich nicht nur auf dem Gebiet der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) finden, sondern auch in der Gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII), in der Sozialhilfe (SGB XII), im Sozialen Entschädigungsrecht (BVG) sowie im Rehabilitationsrecht

³¹ Wissenschaftsrat, 2012.

³² Wissenschaftsrat, 2013.

³³ Wissenschaftsrat, 2014.

³⁴ Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.), 2007; Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.), 2010. S. auch die Beiträge in Stöcker, Gertrud (Hrsg.), 2002.

³⁵ Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Schmidt, Roland (Hrsg.), 2012.

³⁶ Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), 1992; Arbeitsgruppe der Robert Bosch Stiftung "Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regen", 2013.

(SGB IX). Das deutsche Gesundheitswesen ist in seiner Gestaltung in erster Linie geprägt von der Gesetzlichen Krankenversicherung und - speziell im Pflegewesen - seit 1994 von der Sozialen Pflegeversicherung. Diese Sozialversicherungsgesetze definieren nicht nur die den Versicherten jeweils zustehenden Leistungen und bestimmen mit dem Ein- und Ausschluss von Leistungen ganz wesentlich die Leistungsangebote der Gesundheitsdienstleister. Sie bestimmen in gleichem Maße auch die Gestaltung der Infrastruktur der Leistungserbringung, den Zugang zur Leistungserbringung und die Inhalte des jeweiligen beruflichen Tätigwerdens.

Das Gesundheitssozialrecht besteht damit nicht nur aus dem Sozialleistungsrecht im Sinne von Anspruchsverbürgungen für die Versicherten, sondern auch aus Vorschriften gesundheitswirtschafts- und gesundheitsberufrechtlicher Art.

Das Gesundheitssozialrecht steht in der Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG). Der Bund hat damit selbst dort Einfluss auf die Tätigkeit der Gesundheitsberufe, wo ihm eine heilberufrechtliche Regulierungskompetenz nicht zusteht. So wird z.B. das Vertragsarztwesen im SGB V und in der auf dieser Grundlage erlassenen Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) geregelt (§§ 95 ff. SGB V). Als Heilmittelerbringer sind Personen mit der für die Leistungserbringung erforderlichen Ausbildung zuzulassen (§ 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V). Im SGB XI ist bestimmt, dass in der Pflegeberatung Sozialarbeiter mit entsprechender Zusatzqualifikation einzusetzen sind (§ 7a Abs. 3 Satz 2 SGB XI).

Diese durchaus erhebliche Beeinflussung der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen durch das Gesundheitssozialrecht hat zur Folge, dass das Gesundheitsberufrecht ohne Berücksichtigung des Gesundheitssozialrechts nicht gestaltet werden kann.

2.7 Heilberufe und Ausübung der Heilkunde

Berufsmäßig darf Heilkunde nur vom Arzt und vom Heilpraktiker ausgeübt werden. Der Arzt bedarf hierfür der Approbation (§ 2 Abs. 1 BÄO)³⁷, der Heilpraktiker einer Zulassung (§ 1 Abs. 1 HeilprG)³⁸. Der Heilkundebegriff ist in § 1 Abs. 2 HeilprG festgelegt:

Die Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird.

Heilkunde wird in bestimmten Bereichen und mit bestimmten Aufgaben und Tätigkeiten auch von den anderen als ärztlichen Heilberufen ausgeübt. Diese Heilberufe genießen nach den jeweiligen Heilberufsgesetzen (nur) einen Berufsbezeichnungsschutz. Sie bedürfen aber für die Ausübung der Bereiche der Heilkunde, für die sie gemäß dem jeweiligen Heilberufs-

³⁷ § 2 Abs. 1 Bundesärzteordnung (BÄO): „Wer im Geltungsbereich dieses Gesetzes den ärztlichen Beruf ausüben will, bedarf der Approbation als Arzt.“

³⁸ § 1 Abs. 1 HeilprG: „Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis.“

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil I

gesetz ausgebildet worden sind, keiner speziellen Zulassung. Funktional kann der Berufsbezeichnungsschutz, den die anderen als ärztlichen Heilberufe genießen, einer Zulassung zu diesem Beruf gleichgestellt werden, genauso wie die Approbation und die Heilpraktikererlaubnis eine Berufszulassung ausmachen.

Für die Bestimmung dessen, was unter Heilkunde und was unter Heilberufen zu verstehen ist, bestehen im Grunde nur zwei gesetzliche Grundlagen: der Heilkundebegriff in § 1 Abs. 2 HeilprG und der Begriff des Heilberufs in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG. Der Heilkundebegriff des HeilprG stammt aus dem Jahr 1939, dem Jahr, in dem das Heilpraktikergesetz verabschiedet worden ist.³⁹ Dieser Heilkundebegriff ist mittlerweile durch die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts und des Bundesverfassungsgerichts präzisiert und erweitert worden. Das Altenpflegeurteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2002⁴⁰ hat eine bis heute gültige Bestandsaufnahme und Klärung zum Begriffsverständnis der Heilkunde und des Heilberufs gebracht. Das Bundesverfassungsgericht stellt im Altenpflegeurteil eine Verknüpfung des Heilkundebegriffs mit der Definition des Heilberufs her, wonach dieses Gesetz für die Auslegung der Begrifflichkeiten in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG herangezogen werden kann.⁴¹ Im Einzelnen führt das Bundesverfassungsgericht⁴² zur Bestimmung des Heilkundebegriffes Folgendes unter Berufung auf Rechtsprechung und Literatur aus:

„Die Ausübung von "Heilkunde" dient danach nicht nur der Heilung im engeren Sinn, sondern auch der Linderung körperlicher Defekte, mithin schon einer Situationsverbesserung. Die Tätigkeiten in der "Heilkunde" erstrecken sich auch auf Leiden und Körperschäden, also auf Störungen der normalen Beschaffenheit oder Tätigkeit des Körpers, die nicht geheilt werden können. Unter "Leiden" werden "langanhaltende, häufig kaum oder gar nicht mehr therapeutisch beeinflussbare Funktionsstörungen" verstanden, unter "Körperschäden" die "grundsätzlich irreparablen, nicht krankhaften Veränderungen des Zustandes oder der Funktion des Körpers, einzelner Organe oder Organteile, wie z.B. Sterilität, Taubheit oder Blindheit".“

Das Bundesverfassungsgericht kommt in Hinblick auf die Auslegung des in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG verwendeten Begriffs der Heilberufe und damit gleichzeitig zur Auslegung des Begriffs der Heilkunde zu folgendem Ergebnis:⁴³

„"Heilberufe" werden sowohl umgangssprachlich als auch fachsprachlich nicht reduziert auf die "Heilung" von "Krankheiten", sondern erfassen zudem die helfende Betreuung von Menschen mit gesundheitlichen Problemen, seien diese restitutionsfähig oder nicht, sei also die Behandlung oder Betreuung nur pflegender, lindernder Natur.“

Speziell für die Altenpflege stellt das Bundesverfassungsgericht fest:⁴⁴

³⁹ Das Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) stammt vom 17.02.1939, RGBL. I S. 251.

⁴⁰ BVerfG, Urt. v. 24.10.2002, 2 BvF 1/01 = BVerfGE 106, 62, (106).

⁴¹ BVerfG, Urt. v. 24.10.2002, 2 BvF 1/01 = BVerfGE 106, 62 (107).

⁴² BVerfG, Urt. v. 24.10.2002, 2 BvF 1/01, BVerfGE 106, 62 (106).

⁴³ BVerfG, Urt. v. 24.10.2002, 2 BvF 1/01, BVerfGE 106, 62 (108); Wortlaut ohne Zitierungen wiedergegeben.

„Die Altenpflegeberufe können sowohl nach den gesetzlichen Vorgaben als auch nach den Erfahrungen der Praxis den so skizzierten Heilhilfsberufen zugeordnet werden, da sie einen Schwerpunkt im medizinisch-pflegerischen Bereich haben, der den sozial-pflegerischen Anteil aus Gründen des Sachzusammenhangs kompetentiell mit sich zieht; für die Altenpflegehelfer ist ein solcher Schwerpunkt hingegen nicht erkennbar, sodass für sie schon aus diesem Grund eine kompetentielle Einordnung unter Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG ausscheidet.“

2.8 Unionsrecht: Richtlinie 2005/36/EG und Änderungen durch die Richtlinie 2013/55/EU

2.8.1 Allgemeine Funktion der Berufsanerkennungsrichtlinie

Die Richtlinie 2005/36/EG⁴⁵ über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, zuletzt geändert durch die Richtlinie 2013/55/EU⁴⁶, gilt, wie schon die Bezeichnung besagt, nur für die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Dabei geht es nicht nur um administrative Voraussetzungen, sondern auch um die Inhalte der Berufsausbildung. Die kompetenzrechtlichen Grundlagen in Hinblick auf die Voraussetzungen wie die Inhalte der Ausbildung sind auf die Grundfreiheiten des Binnenmarktes zurückzuführen, wobei hier die Personenfreizügigkeit und die Dienstleistungsfreiheit einschlägig sind.

Die Richtlinie 2005/36/EG gilt für eine Vielzahl von Berufen in der Europäischen Union. Damit wird das Ziel verfolgt, den Arbeitsmarkt zu flexibilisieren, die automatische Anerkennung von Diplomen und Befähigungsnachweisen zu ermöglichen und das Verwaltungsverfahren zu erleichtern sowie den Dienstleistungsmarkt weiter zu liberalisieren.⁴⁷

2.8.2 Besondere Bedeutung der Berufsanerkennungsrichtlinie für Heilberufe

Die Richtlinie 2005/36/EG hat eine besondere Bedeutung für die Heilberufe. Dies beruht auf der Entstehungsgeschichte der Richtlinie 2005/36/EG. Die Richtlinie 2005/36/EG löste mehrere zuvor bestehende Richtlinien zu reglementierten Berufen ab. Die vorhergehenden Richtlinien waren vorwiegend sektoraler Natur, d.h. sie regelten Ausbildungs- und Ausübungskriterien spezifisch für den Bereich einzelner Berufsgruppen. Dieser sektorale Ansatz wurde mit der Verabschiedung der Richtlinie 2005/36/EG teilweise zugunsten eines horizontalen Ansatzes verlassen. Mit dem horizontalen Ansatz wird eine Anerkennung auf der Grundlage von bestimmten allgemeinen Qualifikationsniveaus verfolgt. Für einige wichtige

⁴⁴ BVerfG, Urt. v. 24.10.2002, 2 BvF 1/01, BVerfGE 106, 62, (110); Wortlaut ohne Zitierungen wiedergegeben.

⁴⁵ ABl. EG L 255 v. 30. 9. 2005, S. 22. Nichtamtliche konsolidierte Fassung der Richtlinie 2005/36/EG unter http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/policy_developments/legislation/index_de.htm (24.07.2014).

⁴⁶ Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates v. 20.11.2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“), ABl. EU L 354 v. 28. 12. 2013, S. 132. Dazu (Igl, et al., 2014).

⁴⁷ Becker-Dittrich, 2011.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil I

Heilberufe blieb der sektorale Ansatz jedoch erhalten. Dieser führt zu einer automatischen Anerkennung von beruflichen Qualifikationen.

Zu den Berufen, bei denen die automatische Anerkennung (Art. 21 Abs. 1 Richtlinie 2005/36/EG) gilt, gehören die ärztlichen Heilberufe sowie die Krankenschwestern und Krankenpfleger für allgemeine Pflege (nicht die Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und die Altenpfleger), Hebammen und Apotheker, sofern die Berufsangehörigen den im Anhang V der Richtlinie aufgeführten Befähigungsnachweis besitzen. Damit ist die Aufnahme der Tätigkeit in einem anderen Mitgliedstaat der Union ohne weitere Prüfung der Qualifikation möglich.

Von der allgemeinen Regelung (Art. 13 Richtlinie 2005/36/EG) werden solche Gesundheitsberufe erfasst, die noch kein Mindestmaß an unionsweiter Harmonisierung der Ausbildungsinhalte erfahren haben, sodass eine automatische Anerkennung aus Gründen der Qualitätssicherung und Vergleichbarkeit nicht geboten ist.⁴⁸ Hiernach wird die Anerkennung durch den Aufnahmestaat unter bestimmten Voraussetzungen ermöglicht. Zum besseren Vergleich der Berufsqualifikationen sind fünf Qualifikationsniveaus vorgesehen, nach denen sich die Anerkennung richten soll (Artt. 11 und 13 Richtlinie 2005/36/EG). Die Qualifikationsniveaus reichen vom einfachen Befähigungsnachweis eines Mitgliedstaates bis hin zum postsekundären Diplom mit mehrjähriger Ausbildung. Sofern es sich um Befähigungsnachweise aus Drittstaaten handelt, liegt die Entscheidung über die Anerkennung im Ermessen der Mitgliedstaaten (Art. 2 Abs. 2 Richtlinie 2005/36/EG).

Die in Rede stehenden Qualifikationsniveaus der nicht sektoral geregelten Gesundheitsberufe betreffen auch die sog. besonders strukturierte Ausbildung auf Sekundärniveau (vgl. Art. 11 Buchst. c Ziff. ii Richtlinie 2005/36/EG). Zu den Berufen mit einer solchen Ausbildung gehören in Deutschland gemäß Anhang II Nr. 1 der Richtlinie 2005/36/EG insbesondere die Berufe der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege und Logopäden.⁴⁹ Diese Berufe werden, obwohl auf Sekundärniveau eingeordnet, dem postsekundären Niveau gemäß Art. 11 Buchst. c Ziff. i Richtlinie 2005/36/EG gleichgesetzt.

Dies hat sich jedoch mit der Richtlinie 2013/55/EU⁵⁰ geändert. Die der allgemeinen (Anerkennungs-)Regelung unterfallenden besonders strukturierten Ausbildungsberufe, u.a. die Kinderkranken- und Altenpflege, sind bezüglich des Berufszugangs weiterhin als gleichwertig

⁴⁸ Dies sind bei den Heilberufen bisher die Berufe der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, die Altenpflege, die Diätassistenten, psychologische Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Beschäftigungstherapeuten, Masseur, medizinische Bademeister, Orthoptisten, Physiotherapeuten, Logopäden, Podologen, Rettungsassistenten, pharmazeutisch-technische und technische Assistenten in der Medizin.

⁴⁹ Ebenso Krankengymnasten, Physio- und Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten, Angehörige der medizinisch-technischen Berufe, Orthoptisten, Diätassistenten und weitere Berufe.

⁵⁰ Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates v. 20.11.2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“), ABl. EU L 354 v. 28.12.2013, S. 132. Eine nicht amtliche konsolidierte Fassung der Richtlinie 2005/36/EG unter Einschluss der Richtlinie 2013/55/EU findet sich bei Igl, Gerhard (Hrsg.), 2011 ff., Bd. 2, Nr. 180.0.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil I

gegenüber der hochschulischen Ausbildung anzusehen. Begründet wird die Gleichwertigkeit der besonders strukturierten Ausbildungsberufe mit den Kompetenzen, die über das hinausgehen, was durch das sonst übliche Qualifikationsniveau vermittelt wird (Art. 11 Abs. 1 Buchst. c Ziff. ii Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Version). Der Anhang II der Richtlinie 2005/36/EG, in dem bisher diese besonders strukturierten Ausbildungen aufgeführt waren, ist in der geänderten Richtlinie gestrichen worden (Art. 1 Nr. 52 Richtlinie 2013/55/EU). Es obliegt jetzt den Mitgliedstaaten, der Kommission eine Liste ihrer besonders strukturierten Ausbildungen bis zum 18.01.2016 zu übermitteln (Art. 59 Abs. 1 Richtlinie 2005/36/EG geänd.). Jegliche Änderungen müssen der Kommission unverzüglich mitgeteilt werden. Dies ermöglicht eine leichtere Aktualisierung von Änderungen. Die Kommission richtet eine öffentlich verfügbare Datenbank der reglementierten Berufe, einschließlich einer allgemeinen Beschreibung der Tätigkeiten, die durch die einzelnen Berufe abgedeckt werden, ein (Art. 59 Abs. 1 Richtlinie 2005/36/EG geänd.).

Für den Beruf der *allgemeinen Krankenpflege* sind nunmehr explizit zwei Ausbildungszugänge möglich: Eine Ausbildung nach zwölfjähriger allgemeiner Schulausbildung mit Erwerb der Hochschulreife auf tertiärer Ebene, also eine hochschulische Qualifikation, und eine Ausbildung nach zehnjähriger allgemeiner Schulausbildung, also eine Qualifikation zum Besuch von Berufsschulen für Krankenpflege (Art. 31 Abs. 1 Richtlinie 2005/36/EG geänd.).

Der *Zugang zur Hebammen-Ausbildung* hat eine entscheidende Änderung erfahren. Um dem qualitativen Anspruch und der Komplexität des Berufes gerecht zu werden, ist ein Direkteinstieg in die Ausbildung nur noch nach zwölfjähriger Schulausbildung möglich (Art. 40 Abs. 2 Buchst. a Richtlinie 2005/36/EG geänd.). Diese Bestimmung ist spätestens bis zum 18.01.2020 umzusetzen (Art. 3 Abs. 2 RL 2013/55/EU). Die Möglichkeit der Ausbildung nach Absolvierung der Ausbildung zur allgemeinen Krankenpflege bleibt allerdings bestehen (Art. 40 Abs. 2 Buchst. b Richtlinie 2005/36/EG in der geänderten Version.). Damit einhergehend wurden auch die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten neu gefasst und präzisiert (vgl. Art. 40 Abs. 3 Richtlinie 2005/36/EG geänd.).

Die Richtlinie ist binnen zwei Jahren nach Inkrafttreten, d.h. bis zum 18.01.2016, umzusetzen (Art. 3 Abs. 1 Richtlinie 2013/55/EU). Sie ist, was die Änderungen der Richtlinie 2005/36/EG angeht, damit noch nicht geltendes Recht, sondern muss durch den Gesetz- und Verordnungsgeber umgesetzt werden.⁵¹ Für die weitere Gestaltung des Heilberuferechts sind diese Vorgaben jedoch schon jetzt mit in den Blick zu nehmen.

⁵¹ Art. 288 Abs. 3 Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) bestimmt:

„Die Richtlinie ist für jeden Mitgliedstaat, an den sie gerichtet wird, hinsichtlich des zu erreichenden Ziels verbindlich, überlässt jedoch den innerstaatlichen Stellen die Wahl der Form und der Mittel.“

3 Literaturverzeichnis

Arbeitsgruppe der Robert Bosch Stiftung "Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln". 2013. *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven. Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung.* [Hrsg.] Robert Bosch Stiftung. Stuttgart : s.n., 2013.

Becker-Dittrich, Gerti. 2011. Die Anerkennung beruflicher Qualifikationen in der EU, im EWR und in der Schweiz. [Hrsg.] Kerstin Odendahl. *Europäische (Bildungs-)Union?* Berlin : Berliner Wissenschaftsverlag, 2011, S. 287-306.

Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Schmidt, Roland (Hrsg.). 2012. *Fachkräftemangel in der Pflege. Konzepte, Strategien, Lösungen.* Heidelberg : medhochzwei-Verlag, 2012.

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.). 2010. *Pflegebildung offensiv.* Berlin : s.n., 2010.

—. **2007.** *Pflegebildung offensiv. Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe.* München : Urban&Fischer, 2007.

Dielmann, Gerd. 2013. Die Gesundheitsberufe und ihre Zuordnung im deutschen Berufsbildungssystem - eine Übersicht. [Buchverf.] Arbeitsgruppe der Robert Bosch Stiftung. [Hrsg.] Robert Bosch Stiftung. *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln.* Stuttgart : Robert Bosch Stiftung, 2013, S. 179-176.

Garben, Sacha und Schneider, Hildegard. 2011. Der Bologna-Prozess: Aus der Perspektive des Europäischen Rechts betrachtet. [Hrsg.] Kerstin Odendahl. *Europäische (Bildungs-)Union?* Berlin : Berliner Wissenschaftsverlag, 2011, S. 397-448.

Hanika, Heinrich. 1999. Berufsständische Selbstverwaltung auf dem Weg in das 21. Jahrhundert. *PflegeRecht (PflR).* 1999, S. 287-292.

Igl, Gerhard (Hrsg.). 2011 ff.. *Recht der Gesundheitsfachberufe, Heilpraktiker und sonstigen Berufe im Gesundheitswesen.* Heidelberg : medhochzwei, 2011 ff. 70. Aktualisierung August 2014.

Igl, Gerhard / Welti, Felix (Hrsg.). 2014. *Gesundheitsrecht. Eine systematische Einführung.* München : Franz Vahlen, 2014. 2. neu bearbeitete Auflage.

Igl, Gerhard. 2013. Rechtsgutachten, erstellt für den Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl). [Hrsg.] Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl). *Rechtliche Zulässigkeit der Aufnahme von Studiengängen in die Lieste der zulassungsfähigen Studiengänge nach den Zulassungsempfehlungen gemäß § 124 Abs. 4 SGB V.* Frechen : Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl), April 2013.

Igl, Gerhard und Ludwig, Jasmin. 2014. Präzisierung der unionsrechtlichen Anforderungen an Heilberufe. *Medizinrecht (MedR).* 2014, S. 214-219.

Katzenmeier, Christian. 2013. Der Behandlungsvertrag - Neuer Vertragstypus im BGB. *Neue Juristische Wochenschrift (NJW).* 12/ 2013, S. 817-823.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil I

Kurlemann, Ulrich. 2011. Ressourcen und Potentiale für bedarfsgerechte Versorgung. Die Bedeutung der sozialen Arbeit für das Gesundheitswesen. *Forum sozialarbeit + gesundheit*. 4/ 2011, S. 6-9.

Nebendahl, Mathias. 2012. Arzthaftungsrecht. [Hrsg.] Gerhard Igl und Felix Welti. *Gesundheitsrecht*. München : Franz Vahlen, 2012, S. 233-360.

Odendahl, Kerstin (Hrsg.). 2011. *Europäische (Bildungs-)Union?* Berlin : Berliner Wissenschafts-Verlag, 2011.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). 1992. *Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Führungskräfte in der Pflege*. Gerlingen : Bleicher, 1992. Erstauflage 1992; mittlerweile 6. Aufl. 2000.

Rosenbrock, Rolf. 2003. Prävention und Gesundheitsförderung als Elemente des Gesundheitswesens. [Hrsg.] Gerhard Igl und Felix Welti. *Gesundheitliche Prävention im Sozialrecht*. Wiesbaden : Chmielorz, 2003, S. 6-17.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. 2007. *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007*. 2007.

Statistisches Bundesamt. 2013. Gesundheit Personal 2011. Wiesbaden : Statistisches Bundesamt, 13.. Januar 2013.

Stöcker, Gertrud (Hrsg.). 2002. *Bildung und Pflege. Eine berufspolitische Standortbestimmung*. Hannover : Schlütersche, 2002.

Welti, Felix. 2015. Gibt es ein Recht auf bestmögliche Gesundheit? *Gesundheitsrecht (GesR)*. 2015, S. 1-8.

Wissenschaftsrat. 2012. *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Berlin : Wissenschaftsrat, 13. 07. 2012. Drucksache 2411-12.

— **2013.** Empfehlungen zur Entwicklung des dualen Studiums. Positionspapier. Berlin : Wissenschaftsrat, 2013. Drucksache 3479-13.

— **2014.** Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge. Berlin : Wissenschaftsrat, 11. 07. 2014. Drs. 4017-14.

Zöller, Maria. 2014. *Gesundheitsfachberufe im Überblick*. [Hrsg.] Bundesinstitut für Berufsbildung. Bonn : s.n., 2014.

Zurhorst, Günther. 2008. Klinische Sozialarbeit in der Schule. [Hrsg.] Silke Gahleitner und Gernot Hahn. *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder*. Bonn : Psychiatrie-Verlag, 2008, S. 144-147.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil I

Teil II

Berufsrecht der Heilberufe des Modellvorhabens

Inhaltsübersicht

1	KRANKEN- UND ALTENPFLEGEBERUFE	- 1 -
1.1	Direktes Berufsrecht der Pflegeberufe	- 1 -
1.1.1	Berufsausbildung	- 1 -
1.1.2	Berufsbezeichnung und Berufszulassung	- 3 -
1.1.3	Berufsausübung	- 3 -
1.1.4	Beendigung der Berufsausübung	- 3 -
1.2	Indirektes Berufsrecht der Pflegeberufe: Sozialrechtliches Leistungserbringungsrecht	- 4 -
1.2.1	Arten der Einbindung von Angehörigen der Pflegeberufe in die sozialrechtlichen Leistungserbringungssysteme	- 4 -
1.2.2	Rechtsquellen	- 5 -
1.2.3	Zulassung zur Leistungserbringung	- 5 -
1.2.4	Art des Zugangs zur Leistungserbringung	- 7 -
1.2.5	Leistungsgestaltung	- 8 -
1.2.6	Qualitätssicherung	- 9 -
1.2.7	Vergütung	- 9 -
1.2.8	Nutzerstellung	- 10 -
2	HEBAMMEN UND ENTBINDUNGSPFLEGER	- 11 -
2.1	Direktes Berufsrecht	- 11 -
2.1.1	Rechtsquellen	- 11 -
2.1.2	Entstehungsgeschichte	- 11 -
2.1.3	Berufsausbildung	- 12 -
2.1.4	Berufsbezeichnung und Berufszulassung	- 13 -
2.1.5	Berufsausübung	- 13 -
2.1.6	Beendigung der Berufsausübung	- 14 -
2.2	Indirektes Berufsrecht: Sozialrechtliches Leistungserbringungsrecht	- 14 -
2.2.1	Arten der Einbindung der Hebammen in die sozialrechtlichen Leistungserbringungssysteme	- 14 -
2.2.2	Rechtsquellen	- 14 -
2.2.3	Zulassung zur Leistungserbringung	- 15 -
2.2.4	Art des Zugangs zur Leistungserbringung	- 15 -
2.2.5	Leistungsgestaltung	- 15 -
2.2.6	Qualitätssicherung	- 15 -
2.2.7	Vergütung	- 16 -
2.2.8	Nutzerstellung	- 16 -
3	LOGOPÄDEN	- 17 -
3.1	Direktes Berufsrecht	- 17 -
3.1.1	Rechtsquellen	- 17 -
3.1.2	Entstehungsgeschichte	- 17 -
3.1.3	Berufsausbildung	- 18 -
3.1.4	Berufsbezeichnung und Berufszulassung	- 21 -
3.1.5	Inhalte der Berufsausübung	- 21 -

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil II

3.1.6	Kooperationen	- 22 -
3.1.7	Beendigung der Berufsausübung	- 24 -
3.2	Indirektes Berufsrecht: Sozialrechtliches Leistungserbringungsrecht	- 24 -
3.2.1	Arten der Einbindung der Logopädie in die sozialrechtlichen Leistungserbringungssysteme	- 24 -
3.2.2	Leistungserbringung als Heilmittelerbringer (SGB V)	- 25 -
4	ERGOTHERAPEUTEN UND ERGOTHERAPEUTINNEN	- 29 -
4.1	Direktes Berufsrecht	- 29 -
4.1.1	Rechtsquellen	- 29 -
4.1.2	Entstehungsgeschichte	- 29 -
4.1.3	Berufsausbildung	- 31 -
4.1.4	Berufsbezeichnung und Berufszulassung	- 32 -
4.1.5	Berufsausübung	- 32 -
4.1.6	Beendigung der Berufsausübung	- 32 -
4.2	Indirektes Berufsrecht: Sozialrechtliches Leistungserbringungsrecht	- 32 -
4.2.1	Arten der Einbindung der Ergotherapie in die sozialrechtlichen Leistungserbringungssysteme	- 32 -
4.2.2	Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)	- 33 -
4.2.3	Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)	- 35 -
5	PHYSIOTHERAPEUTEN	- 38 -
5.1	Direktes Berufsrecht	- 38 -
5.1.1	Rechtsquellen	- 38 -
5.1.2	Entstehungsgeschichte	- 38 -
5.1.3	Berufsausbildung	- 39 -
5.1.4	Berufsbezeichnung und Berufszulassung	- 40 -
5.1.5	Inhalte der Berufsausübung	- 41 -
5.1.6	Beendigung der Berufsausübung	- 42 -
5.2	Indirektes Berufsrecht: Sozialrechtliches Leistungserbringungsrecht	- 42 -
5.2.1	Arten der Einbindung der Physiotherapie in die sozialrechtlichen Leistungserbringungssysteme	- 42 -
5.2.2	SGB V	- 43 -
5.2.3	Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)	- 45 -
6	LITERATURVERZEICHNIS	- 47 -

Inhaltsverzeichnis

1	KRANKEN- UND ALTENPFLEGEBERUFE	- 1 -
1.1	Direktes Berufsrecht der Pflegeberufe	- 1 -
1.1.1	Berufsausbildung	- 1 -
1.1.2	Berufsbezeichnung und Berufszulassung	- 3 -
1.1.3	Berufsausübung	- 3 -
1.1.4	Beendigung der Berufsausübung	- 3 -
1.2	Indirektes Berufsrecht der Pflegeberufe: Sozialrechtliches Leistungserbringungsrecht	- 4 -
1.2.1	Arten der Einbindung von Angehörigen der Pflegeberufe in die sozialrechtlichen Leistungserbringungssysteme	- 4 -
1.2.2	Rechtsquellen	- 5 -
1.2.2.1	SGB V	- 5 -
1.2.2.2	SGB XI	- 5 -
1.2.3	Zulassung zur Leistungserbringung	- 5 -
1.2.3.1	SGB V	- 5 -
1.2.3.1.1	System des Leistungserbringungsrechts bei Pflegeleistungen	- 5 -
1.2.3.1.2	Häusliche Krankenpflege	- 5 -
1.2.3.1.3	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	- 6 -
1.2.3.2	SGB XI	- 7 -
1.2.4	Art des Zugangs zur Leistungserbringung	- 7 -
1.2.4.1	SGB V	- 7 -
1.2.4.2	SGB XI	- 8 -
1.2.5	Leistungsgestaltung	- 8 -
1.2.5.1	SGB V	- 8 -
1.2.5.2	SGB XI	- 9 -
1.2.6	Qualitätssicherung	- 9 -
1.2.6.1	SGB V	- 9 -
1.2.6.2	SGB XI	- 9 -
1.2.7	Vergütung	- 9 -
1.2.7.1	SGB V	- 9 -
1.2.7.2	SGB XI	- 10 -
1.2.8	Nutzerstellung	- 10 -
1.2.8.1	SGB V	- 10 -
1.2.8.2	SGB XI	- 10 -
2	HEBAMMEN UND ENTBINDUNGSPFLEGER	- 11 -
2.1	Direktes Berufsrecht	- 11 -
2.1.1	Rechtsquellen	- 11 -
2.1.2	Entstehungsgeschichte	- 11 -
2.1.3	Berufsausbildung	- 12 -
2.1.4	Berufsbezeichnung und Berufszulassung	- 13 -
2.1.5	Berufsausübung	- 13 -
2.1.6	Beendigung der Berufsausübung	- 14 -
2.2	Indirektes Berufsrecht: Sozialrechtliches Leistungserbringungsrecht	- 14 -

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil II

2.2.1	Arten der Einbindung der Hebammen in die sozialrechtlichen Leistungserbringungssysteme.....	- 14 -
2.2.2	Rechtsquellen.....	- 14 -
2.2.2.1	SGB V	- 14 -
2.2.2.2	SGB XII	- 15 -
2.2.3	Zulassung zur Leistungserbringung.....	- 15 -
2.2.4	Art des Zugangs zur Leistungserbringung	- 15 -
2.2.5	Leistungsgestaltung	- 15 -
2.2.6	Qualitätssicherung	- 15 -
2.2.7	Vergütung	- 16 -
2.2.8	Nutzerstellung.....	- 16 -
3	LOGOPÄDEN.....	- 17 -
3.1	Direktes Berufsrecht	- 17 -
3.1.1	Rechtsquellen.....	- 17 -
3.1.2	Entstehungsgeschichte	- 17 -
3.1.3	Berufsausbildung	- 18 -
3.1.3.1	Zugangsvoraussetzungen	- 18 -
3.1.3.2	Ausbildungsziel	- 19 -
3.1.3.3	Ausbildungsdauer und –inhalte.....	- 21 -
3.1.3.4	Ausbildungsorte.....	- 21 -
3.1.3.5	Staatliche Prüfung	- 21 -
3.1.4	Berufsbezeichnung und Berufszulassung.....	- 21 -
3.1.5	Inhalte der Berufsausübung.....	- 21 -
3.1.6	Kooperationen	- 22 -
3.1.6.1	Im Verhältnis zum Arzt	- 22 -
3.1.6.2	Unselbständige / selbständige Tätigkeit.....	- 23 -
3.1.6.3	Vorbehaltene / vorrangige Tätigkeit	- 23 -
3.1.7	Beendigung der Berufsausübung.....	- 24 -
3.2	Indirektes Berufsrecht: Sozialrechtliches Leistungserbringungsrecht	- 24 -
3.2.1	Arten der Einbindung der Logopädie in die sozialrechtlichen Leistungserbringungssysteme.....	- 24 -
3.2.2	Leistungserbringung als Heilmittelerbringer (SGB V).....	- 25 -
3.2.2.1	Allgemeine Zulassung zur Leistungserbringung	- 25 -
3.2.2.2	Art des Zugangs zur Leistungserbringung im Einzelfall	- 27 -
3.2.2.3	Leistungsgestaltung.....	- 27 -
3.2.2.4	Qualitätssicherung.....	- 28 -
3.2.2.5	Vergütung.....	- 28 -
3.2.2.6	Nutzerstellung	- 28 -
4	ERGOTHERAPEUTEN UND ERGOTHERAPEUTINNEN	- 29 -
4.1	Direktes Berufsrecht	- 29 -
4.1.1	Rechtsquellen.....	- 29 -
4.1.2	Entstehungsgeschichte	- 29 -
4.1.3	Berufsausbildung	- 31 -
4.1.3.1	Zugangsvoraussetzungen	- 31 -
4.1.3.2	Ausbildungsziele	- 31 -
4.1.3.3	Ausbildung.....	- 32 -
4.1.3.4	Staatliche Prüfung	- 32 -

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil II

4.1.4	Berufsbezeichnung und Berufszulassung.....	- 32 -
4.1.5	Berufsausübung	- 32 -
4.1.6	Beendigung der Berufsausübung	- 32 -
4.2	Indirektes Berufsrecht: Sozialrechtliches Leistungserbringungsrecht	- 32 -
4.2.1	Arten der Einbindung der Ergotherapie in die sozialrechtlichen Leistungserbringungssysteme...	- 32 -
4.2.2	Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)	- 33 -
4.2.2.1	Zulassung zur Leistungserbringung	- 33 -
4.2.2.2	Art des Zugangs zur Leistungserbringung.....	- 34 -
4.2.2.3	Leistungsgestaltung	- 34 -
4.2.2.4	Qualitätssicherung.....	- 35 -
4.2.2.5	Vergütung	- 35 -
4.2.2.6	Nutzerstellung	- 35 -
4.2.3	Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII).....	- 35 -
4.2.3.1	Zugang zur Leistungserbringung.....	- 35 -
4.2.3.2	Art des Zugangs zur Leistungserbringung.....	- 36 -
4.2.3.3	Leistungsgestaltung	- 36 -
4.2.3.4	Qualitätssicherung.....	- 36 -
4.2.3.5	Vergütung	- 37 -
5	PHYSIOTHERAPEUTEN	- 38 -
5.1	Direktes Berufsrecht	- 38 -
5.1.1	Rechtsquellen.....	- 38 -
5.1.2	Entstehungsgeschichte	- 38 -
5.1.3	Berufsausbildung	- 39 -
5.1.3.1	Zugangsvoraussetzungen	- 39 -
5.1.3.2	Ausbildungsziel	- 40 -
5.1.3.3	Ausbildungsdauer und –inhalte.....	- 40 -
5.1.3.4	Ausbildungsorte.....	- 40 -
5.1.3.5	Staatliche Prüfung	- 40 -
5.1.4	Berufsbezeichnung und Berufszulassung.....	- 40 -
5.1.5	Inhalte der Berufsausübung.....	- 41 -
5.1.5.1	Selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen- 41 -	
5.1.5.2	Modellvorhaben nach SGB V	- 42 -
5.1.6	Beendigung der Berufsausübung	- 42 -
5.2	Indirektes Berufsrecht: Sozialrechtliches Leistungserbringungsrecht	- 42 -
5.2.1	Arten der Einbindung der Physiotherapie in die sozialrechtlichen Leistungserbringungssysteme	- 42 -
5.2.2	SGB V.....	- 43 -
5.2.2.1	Zulassung zur Leistungserbringung	- 43 -
5.2.2.2	Art des Zugangs zur Leistungserbringung.....	- 43 -
5.2.2.3	Leistungsgestaltung	- 44 -
5.2.2.4	Qualitätssicherung.....	- 44 -
5.2.2.5	Vergütung	- 44 -
5.2.2.6	Nutzerstellung	- 44 -
5.2.3	Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII).....	- 45 -
5.2.3.1	Zugang zur Leistungserbringung.....	- 45 -
5.2.3.2	Art des Zugangs zur Leistungserbringung.....	- 45 -

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil II

5.2.3.3	Leistungsgestaltung	- 45 -
5.2.3.4	Qualitätssicherung.....	- 45 -
5.2.3.5	Vergütung	- 46 -
5.2.3.6	Nutzerstellung	- 46 -
6	LITERATURVERZEICHNIS.....	- 47 -

1 Kranken- und Altenpflegeberufe

Im Folgenden werden die Berufe der Krankenpflege und der Altenpflege gemeinsam dargestellt, da diese Berufe zum Teil identische Einsatzbereiche haben und da im indirekten Berufsrecht teilweise nicht nach der Ausbildung in der Kranken- oder Altenpflege unterschieden wird.¹

1.1 Direktes Berufsrecht der Pflegeberufe

1.1.1 Berufsausbildung

Für die Pflegeberufe existieren – wenn man die Entbindungspfleger und Hebammen hier außen vor lässt – zwei Ausbildungsgesetze, das Krankenpflegegesetz (KrPflG)² und das Altenpflegegesetz (AltPflG)³. Beide Gesetze weisen eine gemeinsame Regelungsstruktur auf: Sie enthalten Vorschriften zur Ausbildung und zum Berufsbezeichnungsschutz. Für die Gesundheits- und Krankenpflege wird Näheres zu den Ausbildungs- und Prüfungsinhalten in einer auf Grund des Krankenpflegegesetzes ergangenen Verordnung⁴ geregelt. Die Ausbildung wird für die Berufe der Krankenpflege und der Kinderkrankenpflege als dreijährige Ausbildung festgesetzt (§ 4 Abs. 1 KrPflG). Das AltPflG legt für die Ausbildung ebenfalls drei Jahre fest (§ 4 Abs. 1 AltPflG). Näheres zu den Ausbildungs- und Prüfungsinhalten wird in einer auf Grund des Altenpflegegesetzes ergangenen Verordnung⁵ geregelt.

Die Ausbildungsziele der Gesundheits- und Krankenpflege sind (§ 3 Abs. 1 KrPflG):

Die Ausbildung (...) soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln.

Das Gesetz erläutert, zur Erfüllung welcher Aufgaben diese Qualifikationen dienen sollen (§ 3 Abs. 2 KrPflG):

Die Ausbildung für die Pflege (...) soll insbesondere dazu befähigen,

1. die folgenden Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen:

a) Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,

b) Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,

¹ S. zur Krankenpflege die Kommentierungen von Dielmann, 2013, und Storsberg, et al., 2006, und den Beitrag von Schneider, 2004. Zur Kranken- und zur Altenpflege Igl, 2008.

² Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG) vom 16.7.2003 (BGBl. I S. 1442).

³ Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG) vom 17.11.2000 (BGBl. I S. 1690).

⁴ Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10.11.2003 (BGBl. I S. 2263).

⁵ Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - AltPflAPrV) vom 26.11.2002 (BGBl. I S. 4418).

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil II

- c) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit,
 - d) Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes,
2. die folgenden Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung auszuführen:
- a) eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen,
 - b) Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation,
 - c) Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen,
3. interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln.

Die Ausbildungsziele der Altenpflege sind (§ 3 Satz 1 AltPflG):

Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind.

Sodann wird erläutert, zur Erfüllung welcher Aufgaben diese Qualifikationen dienen sollen (§ 3 Sätze 2 und 3 AltPflG):

Dies umfasst insbesondere:

- 1. die sach- und fachkundige, den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen, insbesondere den medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechende, umfassende und geplante Pflege,
- 2. die Mitwirkung bei der Behandlung kranker alter Menschen einschließlich der Ausführung ärztlicher Verordnungen,
- 3. die Erhaltung und Wiederherstellung individueller Fähigkeiten im Rahmen geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitationskonzepte,
- 4. die Mitwirkung an qualitätssichernden Maßnahmen in der Pflege, der Betreuung und der Behandlung,
- 5. die Gesundheitsvorsorge einschließlich der Ernährungsberatung,
- 6. die umfassende Begleitung Sterbender,
- 7. die Anleitung, Beratung und Unterstützung von Pflegekräften, die nicht Pflegefachkräfte sind,
- 8. die Betreuung und Beratung alter Menschen in ihren persönlichen und sozialen Angelegenheiten,
- 9. die Hilfe zur Erhaltung und Aktivierung der eigenständigen Lebensführung einschließlich der Förderung sozialer Kontakte und
- 10. die Anregung und Begleitung von Familien- und Nachbarschaftshilfe und die Beratung pflegender Angehöriger.

Darüber hinaus soll die Ausbildung dazu befähigen, mit anderen in der Altenpflege tätigen Personen zusammenzuarbeiten und diejenigen Verwaltungsarbeiten zu erledigen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit den Aufgaben in der Altenpflege stehen.

Zwar werden in einer Berufsausbildungsvorschrift nicht die Tätigkeiten der späteren Berufsausübung beschrieben. Jedoch kann Ausbildungsvorschriften entnommen werden, auf welche erwartete Tätigkeiten hin ausgebildet werden soll, wobei es bei der Ausübung von Heilkunde in der Regel darum geht, Patienten einen entsprechenden Standard der zu erbringen-

den Leistungen zu sichern und sie vor Schädigungen durch unqualifiziertes Personal zu schützen.

1.1.2 Berufsbezeichnung und Berufszulassung

Die Pflegeberufe unterliegen für die Führung ihrer jeweiligen Berufsbezeichnung der Erlaubnispflicht. Die Erlaubnis, die funktional der Approbation nach der Bundesärzteordnung (BÄO) entspricht, wird nach Absolvierung einer gesetzlich vorgeschriebenen Ausbildung und Prüfung erteilt. Diese Erlaubnis ist nicht gleichzusetzen mit einem Berufs- oder Tätigkeitsschutz in dem Sinn, dass nur die Träger dieser Berufsbezeichnung die Tätigkeiten ausüben dürfen, für die sie ausgebildet worden sind. Vielmehr darf jeder andere diese Tätigkeiten, allerdings ohne diese Berufsbezeichnung, ausführen.⁶ Die Erlaubnis hat für die Träger der jeweiligen Berufsbezeichnung aber einen zweifachen Wert: Sie eröffnet grundsätzlich Beschäftigungschancen, wenn dem Arbeitgeber daran gelegen ist, Fachpersonal zu gewinnen. Noch hilfreicher ist die Situation, wenn ein Arbeitgeber gesetzlich verpflichtet ist, Fachpersonal einzustellen, oder wenn – wie im Sozialleistungsrecht – Sozialleistungen nur durch bestimmtes Fachpersonal erbracht werden dürfen.⁷

Da der Bezeichnungsschutz nicht mit einem Berufs- oder Tätigkeitsschutz gleichzusetzen ist, bedarf es für den Berufsschutz oder für den Schutz einzelner Tätigkeiten im Sinne einer exklusiven Wahrnehmung des Berufes oder der Tätigkeiten besonderer Regelungen, z.B. vorbehaltener Tätigkeiten, die jedoch für die Pflegeberufe nicht gegeben sind.

1.1.3 Berufsausübung

Anders als bei den Ärzten, bei denen die Art und Weise der Berufsausübung in Berufsordnungen der Ärztekammern festgelegt ist, fehlen für die Pflegeberufe solche Berufsordnungen, da diese Berufe bisher noch nicht verkammert sind. Die Pflegeberufsverbände haben sich jedoch eigene Berufsordnungen gegeben, auf deren Einhaltung sich die Mitglieder dieser als eingetragene Vereine organisierten Verbände verpflichten. In einigen Bundesländern existieren gesetzliche Regelungen zu den Berufsordnungen der Pflegeberufe, so in Bremen⁸, in Hamburg⁹ und im Saarland¹⁰.

1.1.4 Beendigung der Berufsausübung

Die berufliche Ausübung der pflegerischen Tätigkeiten unter der in § 1 Abs. 1 KrPflG bzw. § 1 AltPflG genannten Berufszeichnung endet mit Rücknahme oder Widerruf der Erlaubnis (§ 2 Abs. 2 KrPflG, § 2 Abs. 2 AltPflG).

⁶ BVerfGE 106, 62 (126).

⁷ Vgl. BVerfGE 106, 62 (127 f.).

⁸ Berufsordnung für die staatlich anerkannten Pflegeberufe vom 4.2.2011 (Brem. GBl. 2011, 69).

⁹ Berufsordnung für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Pflegefachkräfte-Berufsordnung) vom 29.9.2009 (HmbGVBl. 2009, 339).

¹⁰ Berufsordnung für Pflegefachkräfte im Saarland vom 28.11.2007 (Amtsblatt 2007, 2466).

1.2 Indirektes Berufsrecht der Pflegeberufe: Sozialrechtliches Leistungserbringungsrecht

1.2.1 Arten der Einbindung von Angehörigen der Pflegeberufe in die sozialrechtlichen Leistungserbringungssysteme

Angehörige der Pflegeberufe können innerhalb der Leistungserbringungssysteme der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI), aber auch im Rahmen anderer Sozialleistungsgesetze, so vor allem in der Sozialhilfe (SGB XII) oder der Gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) tätig sein. Im Folgenden werden nur die Bereiche des SGB V und des SGB XI behandelt.

Die Einbindung von Angehörigen der Pflegeberufe in die Leistungserbringung der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung vollzieht sich unterschiedlich. In der Pflegeversicherung werden diese Personen nur ausnahmsweise als Einzelpersonen zur Leistungserbringung zugelassen. Sie sind dort ganz überwiegend als Pflegekräfte in Einrichtungen (ambulant und stationär), d.h. nicht als Selbstständige, sondern als Arbeitnehmer tätig. Umgekehrt heißt dies aber nicht, dass ein Verbot für Angehörige der Pflegeberufe bestünde, selbstständig bzw. freiberuflich tätig zu werden. Nur ist das Leistungserbringungssystem des SGB XI bis auf eine Ausnahme¹¹ nicht auf die selbstständige Tätigkeit von Pflegekräften eingerichtet.

Genauso wie es in der gesundheitlichen Versorgung nach dem SGB V die Unterscheidung zwischen ambulantem und stationärem Sektor gibt, ist dies auch bei der Pflege nach dem SGB XI der Fall. Die häusliche Pflege wird von ambulanten Pflegediensten versehen, die stationäre Pflege von stationären Pflegeheimen.¹² In beiden Arten von Pflegeeinrichtungen ist die Pflegekraft bei der Einrichtung beschäftigt.

Auf dem Gebiet der Sozialen Pflegeversicherung wird bei der Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft von einer ausgebildeten Pflegefachkraft gesprochen und auf die Ausbildung nach dem KrPflG und AltPflG Bezug genommen sowie auf weitere Berufserfahrung abgestellt (vgl. § 71 Abs. 3 SGB XI). Diese Qualifikationsanforderungen gelten aber nur für die verantwortliche Pflegefachkraft. Das heißt, dass im Leistungserbringungssystem des SGB XI die Tätigkeit der Pflege nicht nur den nach dem KrPflG und AltPflG ausgebildeten Pflegefachkräften anvertraut ist. Auf dem Gebiet der Pflege können auch anders geschulte Personen oder Laien tätig werden. Die Geeignetheit dieser Personen muss dann anderweitig festgestellt werden.

¹¹ Häusliche Pflege durch Einzelpersonen, vgl. § 77 SGB XI; s. unten Abschnitt 1.2.3.2.

¹² Der Oberbegriff für Pflegedienste und Pflegeheime lautet Pflegeeinrichtungen, vgl. § 71 Abs. 1 und 2 SGB XI.

1.2.2 Rechtsquellen

1.2.2.1 SGB V

Das Leistungserbringungsprogramm im SGB V ist gesetzlich und untergesetzlich geregelt. Gesetzliche Regelungen mit leistungserbringungsrechtlicher Bedeutung finden sich schon im Leistungsrecht, in dem eine bestimmte Art der Qualifikation, die keine berufsfachliche Qualifikation sein muss, angesprochen wird: „geeignete Pflegekräfte“ bei der häuslichen Krankenpflege (§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V), oder indem – ebenfalls bei der häuslichen Krankenpflege - der Inhalt der Pflegeleistungen beschrieben wird: „verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen“ (§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V) und „medizinische Behandlungspflege“ (§ 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V). In der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung werden ebenfalls „pflegerische Leistungen“ geboten (§ 37b Abs. 1 Satz 3 SGB V). Nicht speziell auf den Einsatz von Pflegekräften gerichtet ist die Vorschrift zur Heranziehung von Hilfspersonen seitens des Arztes (§ 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Untergesetzliche Vorschriften existieren in Form von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, Rahmenempfehlungen und Empfehlungen.

1.2.2.2 SGB XI

Da im Leistungserbringungssystem des SGB XI nur ausnahmsweise Einzelpersonen Pflegeleistungen erbringen, sind auch nur für diese Konstellation Vorschriften zur Leistungszulassung und -erbringung notwendig (vgl. § 77 SGB XI). Untergesetzliche Vorschriften sind nicht vorgesehen.

1.2.3 Zulassung zur Leistungserbringung

1.2.3.1 SGB V

1.2.3.1.1 System des Leistungserbringungsrechts bei Pflegeleistungen

Da im System der Pflegeleistungserbringung nach dem SGB V nicht ausschließlich auf eine bestimmte berufliche Qualifikation wie die Ausbildung nach dem KrPflG oder dem AltPflG Bezug genommen wird, sind im SGB V spezielle Vorschriften für die Zulassung notwendig. Diese Vorschriften beziehen sich auf bestimmte Leistungen (häusliche Krankenpflege mit verschiedenen Ausprägungen der Pflegeleistungen; spezielle ambulante Palliativversorgung). Das bedeutet, dass für jede pflegerische Leistung in diesem Zusammenhang ein besonderes Leistungserbringungsrecht vorgesehen ist.

1.2.3.1.2 Häusliche Krankenpflege

Für die Verordnung der Leistung der häuslichen Krankenpflege (§ 37 Abs. 1 SGB V) sind Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehen (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB).¹³ Rahmenempfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ergehen zur

¹³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in der Neufassung vom 17.9.2009, BAnz Nr. 31a vom 9.2.2010, zuletzt geändert durch Beschl. vom 17.7.2014, BAnz AT 6.10.2014 B2.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil II

einheitlichen Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, die auch Regelungen zum Inhalt der Leistungen und zur Eignung der Leistungserbringer enthalten (§ 132a Abs. 1 Satz 1, Satz 4 Nr. 2 SGB V).¹⁴ Die Funktion der Zulassung zur Erbringung der Leistung der häuslichen Krankenpflege ist im Abschluss eines Vertrages mit der Krankenkasse zu sehen (§ 132a Abs. 2 Satz 1 SGB V).¹⁵ Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen (§ 132a Abs. 2 Satz 9 SGB XI). Auf den Abschluss des Vertrages besteht ein Rechtsanspruch im Sinne einer diskriminierungsfreien Behandlung im Verhältnis zu anderen Leistungsanbietern.¹⁶ Bedarfskriterien sind gesetzlich nicht vorgesehen und dürfen deshalb auch beim Vertragsabschluss keine Rolle spielen. Die Krankenkassen schließen in der Regel auf Landesebene Rahmenverträge mit den Leistungserbringungsorganisationen auf Landesebene, die dann Grundlage der Einzelverträge werden.¹⁷ Die Krankenkassen können im Rahmen dieser Verträge Qualifikationsanforderungen stellen.¹⁸

1.2.3.1.3 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Für die Verordnung der Leistung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 37b Abs. 1 SGB V) sind Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehen (§§ 37b Abs. 3, 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 SGB)¹⁹ und Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (§ 132d Abs. 2 SGB V)²⁰ vorgesehen. Die Empfehlungen enthalten auch Maßgaben für die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung (§ 132d Abs. 2 Nr. 1 SGB V) und Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung (§ 132d Abs. 2 Nr. 3 SGB V).

Die Funktion der Zulassung zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ist im Abschluss eines Vertrages mit der Krankenkasse zu sehen. Die Einrichtungen oder Personen müssen geeignet sein. Die Geeignetheit einer Pflegefachkraft setzt neben der Ausbildung nach dem KrPflG oder dem AltpflG eine zusätzliche Qualifikation in Theorie und Praxis voraus.²¹

¹⁴ Diese Rahmenempfehlungen sind noch nicht ergangen, was auf die Vielfalt der Beteiligten zurückgeführt wird, so Rixen in: Becker, Ulrich; Kingreen, Thorsten (Hrsg.), 2012, § 132a Rn. 2.

¹⁵ BSGE 90, 150.

¹⁶ BSGE 90, 150 (152 f.), dazu Rixen in: Becker, Ulrich; Kingreen, Thorsten (Hrsg.), 2012, § 132a Rn. 6.

¹⁷ Trenk-Hinterberger in: Spickhoff, Andreas (Hrsg.), 2014, § 132a Rn. 7.

¹⁸ Das BSG hat es für zulässig angesehen, dass eine Altenpflegerin nicht als leitende Pflegefachkraft eines Krankenpflegedienstes in Betracht kommt, BSGE 98, 12.

¹⁹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie / SAPV-RL) vom 20.12.2007, BAnz 2008, S. 911.

²⁰ Gemeinsame Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.6.2008.

²¹ Abschnitt 5.3 der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.6.2008.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil II

Der Vertragsabschluss muss zur bedarfsgerechten Versorgung notwendig sein (§132d Abs. 1 Satz 1 SGB V). Die Gemeinsamen Empfehlungen²² enthalten hierzu nur sehr vage Angaben. Trotz des Hinweises, dass ein Anspruch auf Abschluss eines Vertrages nicht besteht,²³ muss die Bedarfsprüfung aus Gründen der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) strengen Kriterien unterworfen werden.²⁴

1.2.3.2 SGB XI

Im SGB XI werden im Einzelfall ausnahmsweise auch Einzelpersonen zur pflegerischen Versorgung herangezogen. Hierzu schließen die Kassen Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften (§ 77 SGB XI). Hier kann man nicht von einer Zulassung zur Leistungserbringung sprechen, da eine solche Zulassung nicht für den Einzelfall, sondern für eine in der Regel unbestimmte Mehrzahl von Fällen ausgesprochen wird. Die durch Einzelvertrag herangezogenen Pflegekräfte gelten als Leistungserbringer, wie die Überschrift zum entsprechenden Abschnitt des SGB XI²⁵ zeigt.

§ 77 SGB XI enthält außer dem Erfordernis der Geeignetheit der Pflegekraft keine besonderen Hinweise zu Qualifikationsanforderungen. Jedoch werden in dem Einzelvertrag Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen geregelt (§ 77 Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

1.2.4 Art des Zugangs zur Leistungserbringung

1.2.4.1 SGB V

Häusliche Krankenpflege ist vom Arzt zu verordnen. Diese Voraussetzung der ärztlichen Verordnung ist nicht im Leistungsrecht (§ 37 SGB V), sondern im Leistungserbringungsrecht im Zusammenhang mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V). Der Katalog der zu verordnenden Leistungen ist in der entsprechenden Richtlinie enthalten.²⁶ Weiter muss die Leistung von der Krankenkasse genehmigt werden.²⁷

Die Verordnung der Leistung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 37b Abs. 1 SGB V) ist ebenfalls in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt

²² Gemeinsame Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.6.2008.

²³ Abschnitt 2.2 der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.6.2008.

²⁴ Ebenso Trenk-Hinterberger in: Spickhoff, Andreas (Hrsg.), 2014, § 132d Rn. 4.

²⁵ SGB XI - Dritter Abschnitt. Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern.

²⁶ Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis), Anlage zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (wie Fn. 13).

²⁷ § 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) (wie Fn. 13).

(§§ 37b Abs. 3, 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 SGB).²⁸ Eine ärztliche Verordnung muss von der Krankenkasse genehmigt werden.²⁹

Die Verordnung durch den Arzt und die Genehmigung durch die Krankenkasse hat für den Leistungserbringer indirekt die Bedeutung eines besonderen Zugangs zur Leistungserbringung, als nicht der Leistungserbringer selbst, sondern der Arzt und die Krankenkasse den Zugang zur konkreten Leistungserbringung im Einzelfall eröffnen.

Die im Rahmen von Modellvorhaben (§ 63 Abs. 3c SGB V) mögliche Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde vorgesehenen Möglichkeiten des Leistungszugangs sind zwar mittlerweile in einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses³⁰ festgelegt, jedoch in der Praxis noch nicht durchgeführt geworden.

1.2.4.2 SGB XI

Pflegekräfte als Einzelpersonen dürfen kein Beschäftigungsverhältnis mit dem Pflegebedürftigen eingehen (§ 77 Abs. 1 Satz 3 SGB XI).

1.2.5 Leistungsgestaltung

1.2.5.1 SGB V

Die nähere Leistungsgestaltung für die häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) wäre durch Rahmenempfehlungen zu regeln (§ 132a Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 SGB V). Da diese bisher nicht zustande gekommen sind, müssen die Krankenkassen, ggf. auf der Grundlage von Rahmenverträgen, in den Einzelverträgen die Leistungsinhalte beschreiben. Auch die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie gibt hierzu im Leistungsverzeichnis Hinweise.³¹

Bei den verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen (§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V) bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere über deren Art und Inhalt (§ 37 Abs. 6 Satz 2 SGB V)³².

²⁸ § 7 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie / SAPV-RL) vom 20.12.2007, BAnz 2008 S. 911.).

²⁹ Abschnitt 3.1 der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.6.2008., § 8 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie / SAPV-RL) vom 20.12.2007, BAnz 2008 S. 911.

³⁰ Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten - und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V) in der Fassung vom 20.10.2011, BAnz Nr. 46 (S. 1 128) vom 21.03.2012 und Nr. 50 (S. 1 228) vom 28.03.2012.

³¹ Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis), Anlage zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) (wie Fn. 13).

³² §§ 2 Abs. 6 der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinien enthält hierzu nähere Beschreibungen (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) (wie Fn. 13).

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil II

Der Inhalt und Umfang der Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 37b Abs. 1 SGB V) ist in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§§ 37b Abs. 3, 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 SGB V)³³ geregelt.

1.2.5.2 SGB XI

Im Einzelvertrag werden Inhalt und Umfang der Leistungen geregelt (§ 77 Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

1.2.6 Qualitätssicherung

1.2.6.1 SGB V

Die nähere Leistungsgestaltung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) wäre ebenfalls durch Rahmenempfehlungen zu regeln (§ 132a Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 SGB V). Da diese bisher nicht zustande gekommen sind, müssen die Krankenkassen, ggf. auf der Grundlage von Rahmenverträgen, in den Einzelverträgen die Leistungsinhalte beschreiben.

Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 37b Abs. 1 SGB V) sind in den Gemeinsamen Empfehlungen (§ 132d Abs. 2 Nr. 2 SGB V) geregelt, allerdings nur sehr rudimentär.³⁴

1.2.6.2 SGB XI

Im Einzelvertrag werden Qualität, Qualitätssicherung sowie Prüfung der Qualität der vereinbarten Leistungen geregelt (§ 77 Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

1.2.7 Vergütung

1.2.7.1 SGB V

Die Grundsätze der Vergütung und ihrer Strukturen für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) wären ebenfalls durch Rahmenempfehlungen zu regeln (§ 132a Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 SGB V). Da diese bisher nicht zustande gekommen sind, müssen die Krankenkassen, ggf. auf der Grundlage von Rahmenverträgen, die Vergütungen in den Einzelverträgen selbst regeln (§ 132a Abs. 2 Satz 1 SGB V).³⁵

Die Vergütung der Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 37b Abs. 1 SGB V) wird in den Einzelverträgen, ggf. auf der Grundlage von Rahmenverträgen, geregelt (§ 132d Abs. 1 Satz 1 SGB V).

³³ § 5 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie / SAPV-RL) vom 20.12.2007, BAnz 2008 S. 911.

³⁴ § 6 der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.6.2008.

³⁵ S. hierzu auch BSG SozR 4-2500 § 132a Nr 1.

1.2.7.2 SGB XI

Im Einzelvertrag werden die Vergütung sowie die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen geregelt (§ 77 Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

1.2.8 Nutzerstellung

1.2.8.1 SGB V

Die Vorschriften zur Leistungserbringung durch Pflegekräfte enthalten einige spezielle Regelungen, die sich (auch) auf die Nutzerstellung der Leistungsberechtigten beziehen. Bei der häuslichen Krankenpflege ist dies die Möglichkeit, dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten (§ 37 Abs. 4 SGB V). Der Wunsch, eine häusliche Pflegekraft selbst zu beschaffen, kann Ausdruck des Wunsch- und Wahlrechtes gemäß § 33 SGB I sein.³⁶ Ansonsten stellt die Leistung der häuslichen Krankenpflege eine Sachleistung der Krankenkasse dar. Auch hier besteht die Möglichkeit, unter den zur Verfügung stehenden Leistungserbringern auszuwählen.³⁷

Bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ist vorgesehen, dass die Einzelverträge auch Regelungen enthalten müssen, in welcher Weise die Leistungserbringer beratend tätig werden (§ 132d Abs. 1 Satz SGB V). Anders als es der Gesetzeswortlaut vermuten lässt, ist hier aber nicht die Beratung der Versicherten, sondern die Beratung anderer Leistungserbringer gemeint.³⁸

1.2.8.2 SGB XI

Erst die Möglichkeit, häusliche Pflege durch eine Einzelperson erbringen zu lassen, verschafft einem möglichen Wunsch des Pflegebedürftigen Raum, eine ganz bestimmte Person zur Pflege auswählen zu können. Dies kommt auch in den Gründen für die Wahl dieser Form der Leistungserbringung zum Ausdruck, wo auf dieses Wunschrecht hingewiesen wird (§ 77 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB XI). Damit reduziert sich auch das Ermessen der Pflegekassen erheblich, wenn ein solcher Wunsch geäußert wird.³⁹

³⁶ So auch Trenk-Hinterberger in: Spickhoff, Andreas (Hrsg.), 2014, § 37 Rn. 22.

³⁷ So ausführlich BSGE 90, 84.

³⁸ So Deutscher Bundestag, Drucksache 16/3100, S. 144.

³⁹ Schütze in: Udsching, et al., 2010, § 77, Rn. 6.

2 Hebammen und Entbindungspfleger

2.1 Direktes Berufsrecht

2.1.1 Rechtsquellen

Die Regelungen finden sich im Hebammengesetz (HebG)⁴⁰ und in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV)⁴¹.

2.1.2 Entstehungsgeschichte

Eine besondere Prägung erhielt das HebG durch das nationalsozialistische Reichshebammengesetz vom 21.12.1938.⁴² Die im Dritten Reich vorherrschende Ideologie erklärte eine starke Zunahme der Geburtenzahlen zu einem zentralen Ziel der damaligen Bevölkerungspolitik. Viele Forderungen – beispielsweise die Hinzuziehungspflicht, eine einheitliche, verlängerte Ausbildung und eine wirtschaftliche Absicherung – der Hebammen fanden seinerzeit Eingang in das Gesetz. Sie sicherten zentrale Aufgaben der Hebammen teilweise bis in die Gegenwart ab.⁴³

Während bis in die 1970er Jahre die Hebammen zumeist freiberuflich im niedergelassenen Bereich tätig waren, kam es immer mehr zu einer Verlagerung der Tätigkeiten in Angestelltenverhältnisse in Kliniken und Geburtshäusern. Angesichts dieser veränderten Umstände kamen verstärkt Reformbewegungen auf, die jedoch zunächst ohne konkrete Auswirkungen blieben.⁴⁴

Ein Entwurf der Bundesregierung aus dem Jahre 1983 konnte erst nach intensiven Beratungen mit dem Bundesrat und mit einigen daraus resultierenden Änderungen beschlossen werden, sodass das neue HebG am 01.07.1985 in Kraft treten konnte.

Insbesondere die in § 4 Abs. 1 HebG festgeschriebene Hinzuziehungspflicht ist als ein Überbleibsel des Reichshebammengesetzes von 1938 hervorzuheben, da sie eine zentrale Bedeutung für den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers hat. Der Entwurf der Bundesregierung vom 24.02.1984⁴⁵ sah die Hinzuziehungspflicht zunächst nicht mehr vor, da man an der entsprechenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes zweifelte. So heißt es in der entsprechenden Drucksache 10/3070 des Bundestages:

„Der Gesetzentwurf enthält keine Regelung über die sogenannte Hinzuziehungspflicht. Die Bundesregierung mißt zwar der Hinzuziehungspflicht erhebliche gesundheitspolitische Be-

⁴⁰ Gesetz über den Beruf der Hebammen und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz – HebG) vom 4.6.1985 (BGBl. I S. 902).

⁴¹ Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (Heb AprV) i.d.F. der Bekanntmachung vom 16.3.1987 (BGBl. I S. 929).

⁴² RGBl. I S. 1893; dieses Gesetz galt über Art. 123 GG auch nach 1945 fort.

⁴³ Hiersche, 2003 S. 41.

⁴⁴ Deutscher Bundestag, Drucksachen 8/2471, 8/2276, 8/4356 und 8/4313.

⁴⁵ Deutscher Bundestag, Drucksache 10/1064.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil II

deutung zu, meint aber, für eine Regelung fehle dem Bund die Gesetzgebungskompetenz. Diese Auffassung wird nicht geteilt. § 3 des Hebammengesetzes vom 21. Dezember 1938 ist gemäß Artikel 125 Nr. 1 in Verbindung mit Artikel 74 Nr. 7 GG Bundesrecht geworden. Die Vorschrift muß als Regelung auf dem Gebiet der öffentlichen Fürsorge angesehen werden. Öffentliche Fürsorge im Sinne von Artikel 74 Nr. 7 ist nicht eng auszulegen und nicht nur im Sinne der sozialen „Fürsorge“ (Sozialhilfe) zu verstehen. Fürsorge im Sinne des Artikels 74 Nr. 7 GG ist auch die Hilfe der Gemeinschaft an Personen, die sich in einer besonderen Not- oder Gefahrenlage befinden, z.B. Hilfe für werdende und stillende Mütter, für Säuglinge und Kleinkinder, wie für alternde Personen. Aus dieser Sicht ist auch die Sorge der Gemeinschaft, daß jeder Mutter und jedem neugeborenen Kind während der Entbindung und danach die Hilfe einer Hebamme zuteil wird, als öffentliche Fürsorge anzusehen. § 3 des Hebammengesetzes, der den Arzt verpflichtet, zur Entbindung eine Hebamme hinzuzuziehen, gehört daher zum Bereich der Bundeskompetenz nach Artikel 74 Nr. 7 GG.“⁴⁶

Nach den Beratungen des Bundesrates und des zuständigen Bundestagsausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit vom 25.03.1985⁴⁷ einigte man sich jedoch darauf, die Hinzuziehungspflicht wegen ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung nicht zu streichen.

2.1.3 Berufsausbildung

Die staatliche Ausbildung beträgt drei Jahre (§ 6 Abs. 1 Satz 1 HebG).

Das Ausbildungsziel ist in § 5 HebG und in § 1 Abs. 3 HebAPrV genannt. § 5 HebG lautet:

Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen, Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett Rat zu erteilen und die notwendige Fürsorge zu gewähren, normale Geburten zu leiten, Komplikationen des Geburtsverlaufs frühzeitig zu erkennen, Neugeborene zu versorgen, den Wochenbettverlauf zu überwachen und eine Dokumentation über den Geburtsverlauf anzufertigen (Ausbildungsziel).

Die Vorschrift umschreibt das Ausbildungsziel und damit den staatlichen Ausbildungsauftrag an die Hebammenschulen. Da der Ausbildungsauftrag unabhängig vom einzelnen Ausbildungsvertrag kraft Gesetzes besteht, ist er Gegenstand eines jeden einzelnen Ausbildungsvertrages und damit als gesetzliche Verpflichtung vertraglich nicht abdingbar.⁴⁸ Darüber hinaus hat das zuständige Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung mit Zustimmung des Bundesrates eine Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger erlassen (HebAPrV) und unter Berücksichtigung der in Artikel 40 in Verbindung mit Anhang V Nummer 5.5.1 der Richtlinie 2005/36/EG genannten Ausbildungsvoraussetzungen, Ausbildungsinhalte, Tätigkeiten und Aufgaben die Mindestanforderungen an die Ausbildung sowie das Nähere über die staatliche Prüfung und die Urkunde für die Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 geregelt (§ 10 Abs. 1 HebG).

§ 1 Abs. 3 HebAPrV lautet:

⁴⁶ Deutscher Bundestag, Drucksache 10/3070, S. 22.

⁴⁷ Deutscher Bundestag, Drucksache 10/3070.

⁴⁸ Deutscher Bundestag, Drucksache 10/1064, S. 16.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil II

Die Ausbildung hat insbesondere die Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln, die die Hebamme und den Entbindungspfleger befähigen, mindestens die in Artikel 40 der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. EU Nr. L 255 S. 22, 2007 Nr. L 271 S. 18) in der jeweils geltenden Fassung aufgeführten Tätigkeiten und Aufgaben in eigener Verantwortung durchzuführen.

Die staatliche Ausbildung beträgt drei Jahre, wobei der Unterricht und der praktische Teil an staatlich anerkannten Hebammenschulen stattfinden. Durch den im Vergleich zu früheren Regelungen verlängerten zeitlichen Rahmen der Ausbildung und die Art ihrer Durchführung ist zur Erreichung der für die späteren Tätigkeiten erforderlichen Kenntnisse und praktischen Erfahrungen notwendig. Die Ausbildung schließt mit einer staatlichen Prüfung ab (§ 6 Abs. 1 Satz 1 HebG).

2.1.4 Berufsbezeichnung und Berufszulassung

Das HebG erhält einen Berufsbezeichnungsschutz (§ 1 Abs. 1 HebG).

Der Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers unterliegt für die Führung der jeweiligen Berufsbezeichnung der Erlaubnispflicht. Die erforderliche Erlaubnis wird nach der im HebG und der HebAPrV vorgeschriebenen erfolgreichen Absolvierung der vorgeschriebenen Ausbildung und Prüfung erteilt (§ 2 Abs. 1 HebG).

Die Erlaubnis ist gleichzusetzen mit einem Berufs- bzw. Tätigkeitsschutz, da wegen der Definition der vorbehaltenen Tätigkeiten in § 4 HebG, diese nur von solchen Personen erbracht werden dürfen, die über eine Erlaubnis gemäß § 1 Abs. 1 HebG verfügen.

Insofern kann das HebG als ein Berufsgesetz beschrieben werden, das anders, als das KrPflG oder das AltPflG, sogenannte Vorbehaltsaufgaben für die Hebammen und Entbindungspfleger definiert (§ 4 Abs 1 HebG). Die Zielorientierungen, die das HebG vorschreibt, sind dabei vor allem auf den Schwangerschaftsverlauf, dessen Begleitung und Überwachung sowie den Geburtsvorgang als solchen und den Bereich der Nachsorge bzw. das Wochenbett, gerichtet.

2.1.5 Berufsausübung

Die Leistung der Geburtshilfe ist als vorbehaltene Tätigkeit⁴⁹ ausgebracht (§ 4 HebG):

(1) Zur Leistung von Geburtshilfe sind, abgesehen von Notfällen, außer Ärztinnen und Ärzten nur Personen mit einer Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Hebamme“ oder „Entbindungspfleger“ sowie Dienstleistungserbringer im Sinne des § 1 Abs. 2 berechtigt. Die Ärztin und der Arzt sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, daß bei einer Entbindung eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger zugezogen wird.

(2) Geburtshilfe im Sinne des Absatzes 1 umfaßt Überwachung des Geburtsvorgangs von Beginn der Wehen an, Hilfe bei der Geburt und Überwachung des Wochenbettverlaufs.

⁴⁹ S. zur vorbehaltenen Tätigkeit der Hebamme im Einzelnen Igl, Gerhard (Hrsg.), 2011 ff., S. Nr. 20.1, Erläuterungen zu § 4.

Der Berufsstand der Hebammen und Entbindungspfleger hat sich bislang – anders als die Ärzteschaft – einer Verkammerung entzogen. In fast allen Bundesländern existieren jedoch gesetzliche Regelungen in Form von (Landes-)berufsordnungen, die die Ausübung des Hebammen- und Entbindungspflegerberufes inhaltlich bestimmen.

Viele der vorhandenen Berufsordnungen enthalten gleichlautende Bestimmungen bezüglich der allgemein formulierten Aufgaben. So sind beispielsweise die Regelungen im Bereich der Beratung und Aufklärung in Fragen der Familienplanung, bei der Feststellung der Schwangerschaft und deren Verlaufsbeobachtung, als auch die Untersuchung und Pflege des Neugeborenen sowie der Wochenbettbetreuung und der entsprechenden Dokumentation in vielen Berufsordnungen gleichlautend.⁵⁰

Auch die Gabe von bestimmten Arzneimitteln ohne ärztliche Verordnung ist in der Mehrzahl der Berufsordnungen einheitlich geregelt, wobei freiberuflich tätige Hebammen bestimmte Arzneimittel vorrätig zu halten haben.⁵¹

2.1.6 Beendigung der Berufsausübung

Die Berufstätigkeit endet mit Rücknahme oder Widerruf der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung (§ 3 HebG).

2.2 Indirektes Berufsrecht: Sozialrechtliches Leistungserbringungsrecht

2.2.1 Arten der Einbindung der Hebammen in die sozialrechtlichen Leistungserbringungssysteme

Hebammen können freiberuflich und im Rahmen einer abhängigen Beschäftigung tätig werden. Ihre Tätigkeit ist in den Leistungserbringungssystemen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und der Sozialhilfe (SGB XII) vorgesehen.

2.2.2 Rechtsquellen

2.2.2.1 SGB V

Gesetzlich Krankenversicherte haben einen Anspruch auf Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 11 Abs. 1 Satz 1 SGB V), der in den §§ 24c-24i SGB V konkretisiert wird. Er umfasst insbesondere die Hebammenhilfe (§ 24c Nr. 1 SGB V).

Die Einbeziehung der Hebammen als Leistungserbringer erfolgt nach den Vorgaben des § 134a SGB V. Danach wird die Versorgung mit Hebammenhilfe durch vertragliche Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene ausgestaltet (§ 134a Abs. 1 Satz 1 SGB V).⁵²

⁵⁰ Hiersche, 2003 S. 51f.

⁵¹ § 8 Abs. 1 Nr. 1 der Landesverordnung über die Berufspflichten der Hebammen und Entbindungspfleger vom 16.10.2009 (GOVBl. Schl.H. 2009, S. 730).

⁵² Der aktuell gültige Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V zwischen den Berufsverbänden der Hebammen (Bund Deutscher Hebammen e.V.; Bund freiberuflicher Hebammen

2.2.2.2 SGB XII

Die Sozialhilfe soll den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht (§ 1 Satz 1 SGB XII). Zu diesem Zweck werden verschiedene Leistungen gewährt, die auch die Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft umfassen (§ 50 SGB XII). Das Gesetz sieht an dieser Stelle explizit die Hebammenhilfe als Leistung vor (§ 50 Nr. 1 Alt. 2 SGB XII). Die Einbindung der Hebammen richtet sich nach der leistungserbringungsrechtlichen Vorschrift des § 52 Abs. 3 SGB XII. Diese Norm richtet sich nicht ausschließlich an Hebammen. Sie regelt die Leistungserbringung für alle Leistungserbringer, die im Rahmen des SGB XII Hilfen zur Gesundheit erbringen wollen. Inhaltlich erklärt sie das Leistungserbringungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung nahezu vollständig für anwendbar, so dass die folgenden Ausführungen einheitlich für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung und den Bereich der Sozialhilfe gelten.

2.2.3 Zulassung zur Leistungserbringung

Hebammen werden nicht über ein förmliches Zulassungsverfahren als Leistungserbringer in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen. Eine Hebamme gilt vielmehr dann als zugelassen, wenn die Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Berufsverbänden der Hebammen für sie Rechtswirkung entfalten, also verbindlich sind (vgl. § 134a Abs. 2 Satz 2 SGB V). Die Zulassung in diesem Sinne kann durch die Mitgliedschaft in einem der am Vertrag beteiligten Verbände oder durch den Beitritt zu einem Versorgungsvertrag hergestellt werden (§ 134a Abs. 2 Satz 1 SGB V).

2.2.4 Art des Zugangs zur Leistungserbringung

Gilt die Hebamme als zugelassen, so ist sie fortan dazu berechtigt, Hebammenhilfe an die Versicherten abzugeben. Einer vertragsärztlichen Verordnung bedarf es für die Leistungserbringung nicht.

2.2.5 Leistungsgestaltung

In dem Vertrag nach § 134a SGB V finden sich Regelungen, die die Leistungsgestaltung betreffen. Bestandteil des Vertrages ist die Hebammen-Vergütungsvereinbarung⁵³, die einen Leistungskatalog mit abrechnungsfähigen Leistungen enthält. Die Vereinbarung regelt demnach den Leistungseinschluss oder -ausschluss und trifft somit die Entscheidung darüber, ob eine bestimmte Leistung von einer Hebamme zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden darf.

2.2.6 Qualitätssicherung

Anforderungen an die Qualität der Hebammenhilfe müssen sich ebenfalls in dem Vertrag nach § 134a SGB V finden (§ 134a Abs. 1 Satz 1 SGB V). Sie sollen die Mindestanforderungen

Deutschlands e.V.) einerseits und den Spitzenverbänden der Krankenkassen andererseits trat am 1.8.2007 in Kraft, er ist inkl. ergänzender Vereinbarungen abrufbar unter: www.gkv-spitzenverband.de (Stand: Juli 2014).

⁵³ Hebammen-Vergütungsvereinbarung vom 1.7.2010 (Anlage 1 des Vertrages nach § 134a SGB V), s. Fn. 52.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil II

an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umfassen und ein Verfahren zum Nachweis der Einhaltung dieser Anforderungen festlegen, das keinen unnötigen Verwaltungsaufwand schafft (§ 134a Abs. 1a SGB V). Die Vertragspartner sind diesen Vorgaben in den §§ 7-10 des Vertrages nachgekommen.

2.2.7 Vergütung

Das SGB V enthält keine Gebührenordnung für die Leistungen der Hebammen. Es überlässt die Vereinbarung der Vergütungshöhe und die Modalitäten der Abrechnung weitestgehend den Vertragsparteien (§ 134a Abs. 1 Satz 1 SGB V). Sie haben bei ihren Verhandlungen einerseits den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) und andererseits die berechtigten wirtschaftlichen Interessen der freiberuflichen Hebammen zu berücksichtigen. Die wirtschaftlichen Interessen der Hebammen umfassen insbesondere die Kostensteigerungen der Berufsausübung, die in den letzten Jahren vor allem durch die stark gestiegenen Versicherungsprämien der Berufshaftpflichtversicherungen beeinflusst worden sind.

Die Vereinbarungen über die Höhe der Vergütung sind in § 12 i.V.m. der Anlage 1 des Vertrages getroffen worden, während sich die Einzelheiten der Vergütungsabrechnung aus § 13 i.V.m. der Anlage 2 des Vertrages ergeben. Aufgrund der Kostensteigerungen wurden außerdem diverse Änderungs- und Ergänzungsvereinbarungen zur Umlage dieser Kosten vereinbart.⁵⁴

2.2.8 Nutzerstellung

Zur Nutzerstellung existieren keine besonderen Vorschriften.

⁵⁴ S. Fn. 52.

3 Logopäden

3.1 Direktes Berufsrecht

3.1.1 Rechtsquellen

Das direkte Berufsrecht der Logopäden ist im Gesetz über den Beruf des Logopäden (LogopG) geregelt. Zu diesem Gesetz ist die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden (LogAPrO) ergangen. Das Gesetz über den Beruf des Logopäden stammt vom 7.5.1980⁵⁵ und ist zuletzt durch Artikel 52 des Gesetzes vom 6.12.2011⁵⁶ geändert worden. Die Ausbildungs- und Prüfungsordnung Logopäden (LogAPrO) stammt vom 1.10.1980⁵⁷ und ist zuletzt durch Artikel 53 des Gesetzes vom 6.12.2011⁵⁸ geändert worden.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das Gesetz über den Beruf des Logopäden wird aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG, hinsichtlich der Bußgeldvorschrift (§ 7) aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG hergeleitet. Es handelt sich, wie bei anderen Gesetzen über andere als ärztliche Heilberufe, um ein Gesetz zur Regelung der Berufszulassung und zum Schutz der Berufsbezeichnung. Zur Regelung der Berufszulassung gehört auch die Regelung der Voraussetzungen der Berufszulassung durch die Vorgabe einer Ausbildungs- und Prüfungsordnung.

3.1.2 Entstehungsgeschichte

Die Gesetzesmaterialien bestehen aus dem Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Logopäden vom 8.7.1977⁵⁹, der Beschlussempfehlung und dem Bericht des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit vom 12.10.1978⁶⁰ sowie dem Protokoll der 199. Sitzung des Deutschen Bundestages vom 24.1.1980⁶¹. Das Gesetz wurde gegen zwei Nein-Stimmen und bei zwei Enthaltungen angenommen.⁶² Die Beschlussempfehlung⁶³ wurde einstimmig beschlossen.⁶⁴

⁵⁵ BGBl. I S. 529.

⁵⁶ Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen vom 6. Dezember 2011, BGBl. I S. 2515. Die Änderungen betreffen § 2 (Änderung der Absätze 2, 3, 4; Anfügung der Absätze 5, 6 und 7) und § 5 (Änderung des Absatzes 2).

⁵⁷ BGBl. I S. 1892.

⁵⁸ Wie Fn. 56.

⁵⁹ Deutscher Bundestag, Drucksache 8/741.

⁶⁰ Deutscher Bundestag, Drucksache 8/2185.

⁶¹ Deutscher Bundestag – 8. Wahlperiode – 199. Sitzung. Bonn, Donnerstag, den 24. Januar, S. 15910-15915.

⁶² Sitzungsprotokoll (wie Fn. 61), S. 15915.

⁶³ Wie Fn. 60.

⁶⁴ Sitzungsprotokoll (wie Fn. 61), S. 15915.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil II

Hinsichtlich der den Logopäden verwandten Berufsgruppen (z. B. Atem-, Sprech- und Stimmlehrer, Sprecherzieher, Sprachheilpädagogen) hat der Bundestag in seiner 199. Sitzung am 24. Januar 1980 den folgenden Entschließungsantrag angenommen:⁶⁵

„Der Deutsche Bundestag erklärt, dass mit In-Kraft-Treten des Gesetzes über den Beruf des Logopäden nicht zugleich eine Entwicklung eingeleitet werden soll, die die den Logopäden verwandten Berufsgruppen aus dem Gesamtbereich der Therapie von Stimm-, Sprach- und Hörstörungen verdrängt. Er fordert die Bundesregierung auf, mit den ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten einer solchen Entwicklung entgegenzutreten.

Diese Berufsgruppen, deren Schwerpunkt in Ausbildung und Tätigkeit nicht im klinischen Bereich liegen, lassen sich gestützt auf die Gesetzgebungskompetenz nach Artikel 74 Nr. 19 GG bundesgesetzlich nicht regeln. Eine Einbeziehung in das Gesetz über den Beruf des Logopäden war daher nicht möglich.

Der Deutsche Bundestag erwartet, dass die Krankenversicherungen auch in Zukunft Verträge mit diesen Berufsgruppen abschließen werden.“

3.1.3 Berufsausbildung

3.1.3.1 Zugangsvoraussetzungen

Für die Ausbildung ist ein Mindestalter nicht vorgesehen. Die ursprüngliche Altersgrenze von achtzehn Jahren ist mit Art. 3 des Gesetzes vom 30. September 2008⁶⁶ aufgehoben worden.

Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung ist eine abgeschlossene Realschulbildung, eine andere gleichwertige Ausbildung oder eine nach Hauptschulabschluss abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer (§ 4 Abs. 2 LogopG). Auf die Dauer der Ausbildung werden angerechnet Unterbrechungen durch Ferien und Unterbrechungen durch Schwangerschaft, Krankheit oder aus anderen, vom Auszubildenden nicht zu vertretenden Gründen bis zur Gesamtdauer von zwölf Wochen (§ 4 Abs. 3 LogopG).

Die Dauer und Art der vorgehenden Ausbildung war schon zum Zeitpunkt der Verabschiedung des Gesetzes hoch umstritten. Dies wird im Bericht des Abgeordneten *Jaunich* und in der Bundestagsdebatte deutlich.⁶⁷ Der Abgeordnete *Jaunich* hat in seinem Bericht Folgendes ausgeführt:⁶⁸

„Der Ausschuss (BT-Ausschuss für Jugend, Familie und Gesundheit) hat bei der Beratung des Absatzes 2 eingehend diskutiert, ob auch im Hinblick auf die besonderen Erfordernisse des Logopädenberufs die für vergleichbare Gesundheitsberufe vorgeschriebenen Zugangsvoraussetzungen, nämlich grundsätzlich der mittlere Bildungsabschluss, ausreichend und angemessen

⁶⁵ Deutscher Bundestag, Drucksache 8/2185, S. 3.

⁶⁶ BGBl. I S. 1910.

⁶⁷ In der Debatte um diese Frage wurden im Grunde die Argumente verwendet, die auch jetzt bei der Novellierung der Berufsankennungsrichtlinie vorgebracht werden, s. dazu die kontroverse Debatte im Bundestag (wie Fn. 61, S. 15911 ff.) und besonders die engagierte Stellungnahme des Abgeordneten *Engelhard* (wie Fn. 61, S. 15914 f.).

⁶⁸ Wie Fn. 60, S. 10.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil II

sen seien. Er hat dabei insbesondere berücksichtigt, dass es für die Ausübung des Berufs in hohem Maße auf das Verständnis für die soziale Umwelt des Patienten und hinreichende Kenntnis von der Arbeit der Schul-, Fürsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ankomme. Deshalb jedoch als Zugangsvoraussetzung eine abgeschlossene Ausbildung oder ein Praktikum im sozialpädagogischen oder sozialpflegerischen Bereich zu fordern, erschien ihm nicht zwingend. Der Ausschuss hält es für zweckmäßiger, diesen berufsspezifischen Anforderungen dadurch Rechnung zu tragen, dass die Ausbildungs- und Prüfungsordnung entsprechende sozialpädagogische Ausbildungsanteile vorsieht. Der Ausschuss berücksichtigt dabei auch Überlegungen, für die vorwiegend in der Rehabilitation tätigen Berufe der Logopäden, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten und Krankengymnasten in absehbarer Zeit eine einheitliche Grundbildung einzuführen; deshalb wird der mittlere Bildungsabschluss auch für die Logopädenausbildung als sinnvoll erachtet. Der Ausschuss war sich auch bewusst, dass es hinsichtlich der für die kommenden Jahre zu erwartenden Arbeitsmarktlage und in zunehmendem Maße stärker werdenden Einsparungstendenzen im Gesundheits- und Sozialbereich schwierig sein würde, in ausreichender Zahl Praktikantenstellen zur Verfügung zu haben. Dabei wäre auch kaum eine hinreichende Kontrolle des tatsächlich Absolvierten möglich, die Gefahr von Gefälligkeitsattesten gegeben und sehr unterschiedliche Lernergebnisse wahrscheinlich. Der Ausschuss hält es für richtig, wie beim Gesetz über den Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten und neuerlich bei dem von der Bundesregierung vorgelegten Entwurf eines Krankenpflege- und Hebammengesetzes dem mittleren Bildungsabschluss grundsätzlich gleichrangig zur Seite zu stellen „eine nach Hauptschulabschluss abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer“. Dabei war auch zu berücksichtigen, dass gemäß der Erfahrungen beim Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutengesetz festgestellt werden konnte, dass aufgrund dieser vorgeschlagenen Regelungen auch die Aussicht besteht, die schmale Ausbildungskapazität durch Berufsförderungsmaßnahmen über die Bundesanstalt für Arbeit zu erweitern.“

3.1.3.2 Ausbildungsziel

Das LogopG enthält anders als einige andere Heilberufsgesetze keine Vorschrift zu den Ausbildungszielen. Jedoch ist in der Gesetzesbegründung ein entsprechender Hinweis zu finden. Im Allgemeinen Teil der Gesetzesbegründung wird hierzu ausgeführt:⁶⁹

„Die logopädische Therapie basiert auf einer ärztlichen Diagnose und eigenen Erhebungen. Der Logopäde ist befähigt, einen Behandlungsplan selbständig zu gestalten, hat aber ärztlichen Anweisungen Folge zu leisten. Die Zusammenarbeit mit Pädagogen, Psychologen und anderen in der Rehabilitation tätigen Berufen ist erforderlich. Die Bedeutung dieses Berufs ergibt sich aus der großen Zahl hör-, stimm- und sprachgestörter Patienten.“

Zu den Einsatzorten der Logopäden heißt es:⁷⁰

„Zur Betreuung dieser Menschen sind Logopäden vor allem in Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen, im öffentlichen Gesundheitsdienst, in Sonderschulen und Kindergärten, Erziehungsberatungsstellen und in eigener Praxis tätig. Für diesen Beruf besteht ein Bedürfnis für eine bundeseinheitliche Regelung, weil die Entwicklung des Berufsbildes und der Ausbil-

⁶⁹ Deutscher Bundestag, Drucksache 8/741, S. 5.

⁷⁰ Wie Fn. 69.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil II

dungsanforderungen im Bundesgebiet im Interesse einer gleichmäßigen Versorgung der Krankenhäuser, Rehabilitationsstätten und ähnlicher Einrichtungen mit einem entsprechenden Personal notwendig ist.“

Direkt zu § 1 wird im Besonderen Teil der Begründung ausgeführt:⁷¹

„In § 1 des Gesetzes ist geregelt, daß die Tätigkeit eines Logopäden erlaubnispflichtig ist. Der Logopäde übt seine Tätigkeit unter ärztlicher Anleitung an körperlich und geistig behinderten Menschen aus, indem er mit Hilfe ausgewählter Tätigkeiten und Methoden die Kräfte des Patienten aktiviert. Der Logopäde kann nach dreijähriger unselbstständiger Tätigkeit auch selbstständig tätig sein. Er arbeitet zusammen mit Ärzten, Krankengymnasten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe.“

Diese Ausführungen können als Formulierung der Ausbildungsziele verstanden werden: Subjekte der Behandlung sind körperlich und geistig behinderte Menschen, die hör-, stimm- und sprachgestört sind; Inhalt der Behandlung sind ausgewählte Tätigkeiten und Methoden zur Aktivierung der Kräfte des Patienten. Die fachliche Ausrichtung der Behandlung ist die logopädische Therapie.

Anders als aus dem Text des LogopG können aus der Ausbildungsordnung (LogAPrV) die Ausbildungsziele aus den Gegenständen der Ausbildung und Prüfung entnommen werden. Dabei ist zu unterscheiden zwischen den Gegenständen, die zur Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten dienen, und den Kompetenzen, die in der Tätigkeit des Logopäden erwartet werden.

Zur Vermittlung von Kenntnissen dienen die in der Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 LogAPrO genannten Gegenstände des theoretischen und praktischen Unterrichts, der Vermittlung von praktischen Fertigkeiten die Stationen der praktischen Ausbildung (Anlage 2 zu § 1 Abs. 1 LogAPrO). Geprüft werden die Kenntnisse werden im mündlichen und schriftlichen Teil der Prüfung (§§ 5 Abs. 1 und 6 Abs. 1 LogAPrO), die praktischen Fertigkeiten im praktischen Teil der Prüfung (§ 7 Abs. 1 LogAPrO).

Aus der Zusammenschau der Inhalte der praktischen Ausbildung (Anlage 2 zu § 1 Abs. 1 LogAPrO) und des praktischen Teils der Prüfung (§ 7 Abs. 1 LogAPrO) kann einerseits das Ausbildungsziel, andererseits auch der Inhalt der beruflichen Tätigkeit erschlossen werden. Insofern ist es auch unschädlich, wenn das Berufsgesetz selbst kein Ausbildungsziel benennt, da dieses aus der Ausbildungs- und Prüfungsordnung entnommen werden kann.

Allerdings könnte es unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten nicht ganz unproblematisch sein, wenn in einem Berufsgesetz wesentliche Regelungsgegenstände, hier das Ausbildungsziel, überhaupt nicht aufscheinen und nur die Bezeichnung des Berufs – „Logopäde“ oder „Logopädin“ genannt wird. Angesichts der Ausführungen im Entschließungsantrag hinsichtlich des Gesamtbereichs der Therapie von Stimm-, Sprach- und Hörstörungen⁷² wäre gerade eine Abgrenzung des Berufs des Logopäden zu den anderen hier aufgeführten Thera-

⁷¹ Wie Fn. 69.

⁷² Wie Fn. 65.

pieberufen notwendig gewesen. Der Parlamentsvorbehalt scheint in einem solchermaßen gestalteten Gesetz nicht respektiert zu sein. Ebenso könnte für die Ermächtigung zum Verordnungserlass (§ 5 Abs. 1 LogopG) die Inhalt, Zweck und Ausmaßklausel verletzt sein (Art. 80 Abs. 1 Satz 1 GG).

3.1.3.3 Ausbildungsdauer und –inhalte

Die Ausbildung ist dreijährig und umfasst theoretischen und praktischen Unterricht und eine praktische Ausbildung (§ 1 Abs. 1 LogAPrO). Die Ausbildungsinhalte sind in den Anlagen 1 und 2 zu § 1 Abs. 1 LogAPrO niedergelegt.

3.1.3.4 Ausbildungsorte

Die Ausbildung wird an staatlich anerkannten Schulen für Logopäden durchgeführt (§ 4 Abs. 1 LogopG). Davon können die Länder im Rahmen von Modellvorhaben abweichen (§ 4 Abs. 5-7 LogopG).

Zurzeit existieren 89 Logopädieschulen (Berufsfachschulen darunter 18 unter staatlicher und 71 unter privater Führung) und 13 Hochschulen mit Logopädie im Studienangebot.⁷³

3.1.3.5 Staatliche Prüfung

Die Ausbildung schließt mit einer staatlichen Prüfung ab, die einen schriftlichen, einen mündlichen und einen praktischen Teil umfasst (§ 2 Abs. 1 LogAPrO; Gegenstände der Prüfung in §§ 5 bis 7 LogAPrO). Die Prüfung wird vor einem Prüfungsausschuss der Schule abgelegt (§ 2 Abs. 2, § 3 LogAPrO).

3.1.4 Berufsbezeichnung und Berufszulassung

Wer eine Tätigkeit unter der Berufsbezeichnung „Logopäde“ oder „Logopädin“ ausüben will, bedarf der Erlaubnis (§ 1 Abs. 1 LogopG). Diese Erlaubnis wird erteilt, wenn der Antragsteller 1. nach einer dreijährigen Ausbildung die staatliche Prüfung für Logopäden bestanden hat, 2. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt, 3. nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist und 4. über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt (§ 2 Abs. 1 LogopG).

3.1.5 Inhalte der Berufsausübung

Die Inhalte der Berufsausübung können ebenso wie die Ausbildungsziele rückschließend aus einer Zusammenschau der Inhalte der praktischen Ausbildung (Anlage 2 zu § 1 Abs. 1 LogAPrO) und des praktischen Teils der Prüfung (§ 7 Abs. 1 LogAPrO) bestimmt werden.

Aus der Nennung der Stationen der praktischen Ausbildung und insbesondere aus den Tätigkeiten der Praxis der Logopädie und der Praxis in Zusammenarbeit mit den Angehörigen des therapeutischen Teams kann geschlossen werden, wo und wie Logopäden tätig werden (Anlage 2 zu § 1 Abs. 1 LogAPrO):

⁷³ <http://www.logo-ausbildung.de/logopaedieschulen/> (Zugriff: 24.07.2012).

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil II

Anlage 2 (zu § 1 Abs. 1)

Fundstelle des Originaltextes: BGBl. I 1980, 1897

		Stunden
	Praktische Ausbildung	
1.	Hospitationen in	340
1.1	Phoniatrie und Logopädie	
1.2	anderen fachbezogenen Bereichen, auch Exkursionen (mindestens 100 Stunden)	
2.	Praxis der Logopädie	1.520
2.1	Übungen zur Befunderhebung	
2.2	Übungen zur Therapieplanung	
2.3	Therapie unter fachlicher Aufsicht und Anleitung	
3.	Praxis in Zusammenarbeit mit den Angehörigen des therapeutischen Teams auf den Gebieten der	240
3.1	Audiologie und Pädaudiologie	
3.2	Psychologie einschließlich Selbsterfahrungstechniken	
3.3	Musiktherapie	
	insgesamt	2.100

Im praktischen Teil der Prüfung werden folgende Anforderungen gestellt (§ 7 Abs. 1 LogA-PrO):

§ 7 Praktischer Teil der Prüfung

(1) Der praktische Teil der Prüfung erstreckt sich auf die angewandte Logopädie. Er umfaßt die folgenden Aufgaben:

1. Der Prüfling hat an einem Patienten oder einer Gruppe von solchen die Anamnese und den Befund zu erheben und einen Behandlungsplan mit den dazugehörigen Erörterungen und Begründungen unter Einbeziehung der sozialen, psychischen, beruflichen und familiären Situation aufzustellen. Der Patient oder eine Gruppe von solchen werden vom Prüfling bis zum praktischen Teil der Prüfung behandelt. Während des praktischen Teils der Prüfung hat der Prüfling eine Behandlung durchzuführen.

2. Der Prüfling hat einem ihm unbekanntem Patienten oder einer Gruppe von solchen eine Behandlung durchzuführen. Das phoniatriisch-logopädische Krankenblatt ist ihm zwei Stunden vor der Prüflingsbehandlung zur Kenntnis zu geben.

Inhalte der Tätigkeit sind demnach Anamnese, Befund, Erstellung eines Behandlungsplans und Behandlung auf dem Gebiet der Logopädie.

3.1.6 Kooperationen

Bei der Frage der Kooperation des Logopäden mit Angehörigen anderer Berufe ist zu unterscheiden, ob diese Kooperation fachlich-therapeutisch geboten ist und/oder sie auch rechtlich zwingend ausgestaltet ist. Weiter ist danach zu fragen, ob die berufsrechtlichen Bestimmungen für Logopäden eine vorbehaltene / vorrangige Tätigkeit vorsehen.

3.1.6.1 Im Verhältnis zum Arzt

Im Verhältnis zum Arzt wird in der Gesetzesbegründung gesagt, dass der Logopäde „unter ärztlicher Anleitung“ tätig wird. Schon vorher wird darauf hingewiesen, dass die „logopädi-

sche Therapie (...) auf einer ärztlichen Diagnose und eigenen Erhebungen (basiert)“. In Hinblick auf den Behandlungsplan wird gesagt, dass „der Logopäde (...) befähigt (ist), einen Behandlungsplan selbständig zu gestalten“. Er „hat aber ärztlichen Anweisungen Folge zu leisten“.⁷⁴ In der praktischen Prüfung wird hingegen vom Kandidaten eine Anamnese, Befund, Erstellung eines Behandlungsplans und Behandlung auf dem Gebiet der Logopädie erwartet, ohne dass dem eine ärztliche Diagnose oder sonstige Anleitung vorausgeht (vgl. § 7 Abs. 1 LogAPrO).

Aus der Prüfungsgestaltung kann kein direkter Schluss auf das Verhältnis der Tätigkeit des Logopäden zur ärztlichen Tätigkeit gezogen werden. Immerhin wird aber deutlich, dass die Tätigkeit des Logopäden durchaus selbständige Elemente hat. Auch die Gesetzesbegründung geht davon aus, wenn die eigenen Erhebungen neben die ärztliche Diagnose gestellt werden. Die Selbständigkeit kommt dann bei der Aufstellung des Behandlungsplans ebenso gewichtig zum Tragen wie bei der Durchführung der Behandlung mit Hilfe ausgewählter Tätigkeiten und Methoden. Allerdings wird diese Selbständigkeit wieder zurückgenommen, wenn darauf verwiesen wird, dass der Logopäde ärztlichen Anweisungen Folge zu leisten hat. M.a.W.: Das letzte Wort soll der Arzt haben.

Im Ergebnis bedeutet dies, dass vor der Behandlung eines Patienten eine ärztliche Diagnose gestellt wird, die dann ergänzt und ggf. inhaltlich qualifiziert wird durch die eigenen Erhebungen des Logopäden, der wiederum, hier selbständig, den Behandlungsplan erstellt und auf dessen Grundlage behandelt. Eine ständige Überwachung der Behandlung durch den Arzt ist nicht vorgesehen, denn der Arzt kann zwar Anweisungen geben, jedoch besteht keine bei der Therapie durchgehende Anleitung und Überwachung durch den Arzt.

3.1.6.2 Unselbständige / selbständige Tätigkeit

Nach Aussage der Gesetzesbegründung zu § 1 kann „der Logopäde (...) nach dreijähriger unselbständiger Tätigkeit auch selbständig tätig sein“⁷⁵. Diese Aussage ist insofern etwas verwirrend, als die Vorschriften des LogopG nirgendwo etwas zur selbständigen oder unselbständigen Tätigkeit sagen. Auch in den anderen Heilberufsgesetzen finden sich keine Äußerungen zu dieser Frage. Offensichtlich handelt es sich um ein Versehen in der Gesetzesbegründung.

Im Übrigen kann diese Aussage auch nicht so gedeutet werden, dass hier auf die unselbständige / selbständige Ausübung von Heilkunde abgestellt wird. Hierzu hätte im Gesetz eine klare Aussage getroffen werden müssen.

3.1.6.3 Vorbehaltene / vorrangige Tätigkeit

Der Gesetzgeber wollte für die Tätigkeit der Logopäden keine vorbehaltenen bzw. vorrangigen Tätigkeiten einrichten. Dies wird auch in der Beschlussempfehlung und im Bericht des

⁷⁴ Wie Fn. 69.

⁷⁵ Wie Fn. 69.

Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit (13. Ausschuss) so vom Berichtersteller vorgetragen.⁷⁶

3.1.7 Beendigung der Berufsausübung

Das LogopG und die LogAPrO enthalten keine Vorschriften zur Beendigung der Tätigkeit unter der Berufsbezeichnung „Logopäde“ oder „Logopädin“. Eine Rücknahme der Erlaubnis – die Erteilung der Erlaubnis selbst stellt einen Verwaltungsakt dar – ist jedoch gemäß den Vorschriften des Verwaltungsverfahrensgesetzes (VwVfG) möglich. Das LogopG verweist auf die Anwendbarkeit dieses Gesetzes für die Ausführung des LogopG und der LogAPrO (§ 9 LogopG). Damit gelten für eine Rücknahme oder einen Widerruf der Erlaubnis die §§ 48 ff. VwVfG.

3.2 Indirektes Berufsrecht: Sozialrechtliches Leistungserbringungsrecht

3.2.1 Arten der Einbindung der Logopädie in die sozialrechtlichen Leistungserbringungssysteme

Logopäden können selbständig und unselbständig tätig werden. Die unselbständige Tätigkeit ist berufsrechtlich insofern nicht von Interesse, da sich die Rechte und Pflichten des Logopäden in einem Beschäftigungsverhältnis nach dem diesen zugrunde liegenden Vertrag richten. Anderes gilt für die selbständige Tätigkeit. Bei dieser geht es darum, dass der Logopäde gesetzlich Versicherte zulasten der Krankenkassen behandeln kann. Dies geschieht durch eine Zulassung als Heilmittelerbringer, der die Dienstleistung der Sprachtherapie erbringt (§ 124 SGB V). Im SGB V ist sogar ein besonderer Ort genannt, an dem das Heilmittel der Sprachtherapie erbracht wird. Es sind dies Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (§ 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V). Obwohl im Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung sonst keine weiteren speziellen Einsatzorte für Logopäden aufgeführt sind, können Logopäden unselbständig oder selbständig als Heilmittelerbringer auch in Krankenhäusern tätig werden.

Der Einsatz von Logopäden ist gesetzlich vorgesehen vor allem auf dem Gebiet der Rehabilitation. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere auch Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie. (§ 26 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX). Für Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind neben den gesetzlichen Krankenkassen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Träger der Alterssicherung der Landwirte, die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und die Träger der Sozialhilfe zuständig.

Im Recht der Gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) ist ebenfalls eine Vorschrift zu den Heilmitteln zu finden. Hiernach sind Heilmittel alle ärztlich verordneten Dienstleistungen, die einem Heilzweck dienen oder einen Heilerfolg sichern und nur von entsprechend ausgebilde-

⁷⁶ Wie Fn. 60, S. 9.

ten Personen erbracht werden dürfen. Hierzu gehören insbesondere Maßnahmen der physikalischen Therapie sowie der Sprach- und Beschäftigungstherapie (§ 30 SGB VII).

Im Recht der Kriegsopferversorgung (Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz - BVG) ist die Sprachtherapie als Leistung der Heilbehandlung ausgewiesen (§ 11 Nr. 3 BVG). Die Leistung der Sprachtherapie wird dabei von der zuständigen Verwaltungsbehörde (Behörde der Versorgungsverwaltung), nicht von der gesetzlichen Krankenkasse erbracht (§ 18c Abs. 2 Satz 1 BVG).

3.2.2 Leistungserbringung als Heilmittelerbringer (SGB V)

3.2.2.1 Allgemeine Zulassung zur Leistungserbringung

Sprachtherapie wird im Leistungserbringungsrecht des SGB V als Heilmittel abgegeben (§ 124 Abs. 1 SGB V). Für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen besteht eine besondere Regelung. Sie dürfen Heilmittel durch Personen abgeben, die die Voraussetzungen einer Zulassung erfüllen (§ 124 Abs. 3 SGB V). Im Folgenden wird nur die Zulassung zur Sprachtherapie als Heilmittelerbringer behandelt.

Die Leistungserbringung als Heilmittelerbringer bedarf einer Zulassung, die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erteilt wird (§ 124 Abs. 1, 2 und 5 SGB V). Für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen gibt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Empfehlungen ab (§ 124 Abs. 4 SGB V).⁷⁷

Die Steuerung des gesamten Versorgungsgeschehens bei Heilmitteln vollzieht sich auf drei Ebenen (§ 125 SGB V):

- Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V);⁷⁸
- gemeinsame Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Heilmittel-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V abgeben soll (§ 125 Abs. 1 SGB V);⁷⁹
- Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, über die Preise, deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung, die die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge mit Leis-

⁷⁷ Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 SGB V für Leistungserbringer von Heilmitteln, die als Dienstleistung an Versicherte abgegeben werden (Zulassungsempfehlungen) in der Fassung vom 01.03.2012, abgedruckt bei Igl, Gerhard (Hrsg.), 2011 ff., unter Nr. 216.2.

⁷⁸ Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) in der Fassung vom 20. Januar 2011/19. Mai 2011, BAnz 2011 Nr. 96 S. 2247.

⁷⁹ Gemeinsame Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln in der Fassung vom 25.9.2006.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil II

tungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer schließen (§ 125 Abs. 2 Satz 1 SGB V).

Die gesetzlichen Zulassungsvoraussetzungen sind in § 124 Abs. 2 SGB V geregelt:

Zuzulassen ist, wer

1. die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt,
2. über eine Praxisausstattung verfügt, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet, und
3. die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennt.

Logopäden, die die Erlaubnis nach § 1 LogopG haben, erfüllen die berufsrechtlichen Voraussetzungen nach Nr. 1 dieser Vorschrift hinsichtlich der erforderlichen Ausbildung als auch hinsichtlich der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung.

Der Wortlaut der Vorschrift beschränkt die allgemeine Zulassung zur Heilmittelbringung von Sprachtherapie jedoch nicht nur auf Logopäden. Im Rahmen der Definition des Begriffs der „erforderlichen Ausbildung“ können auch andere Personen, die der Sprachtherapie kundig sind, dieses Merkmal erfüllen. Sie benötigen jedoch über die erforderliche Ausbildung hinaus eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis.

In Hinblick auf die erforderliche Ausbildung hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat in einer Anlage⁸⁰ zu den Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V bestimmte hochschulische Ausbildungen als erforderliche Ausbildung i.S.d. § 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V anerkannt. Damit wird dem BSG in der Frage zu folgen sein, ob ein gesetzlich geregeltes Berufsbild erforderlich ist oder ob eine andere Ausbildung, hier eine Hochschulausbildung genügt.⁸¹ Da die Vorschrift für sich genommen keine Hinweise auf eine gesetzlich geregelte Ausbildung enthält, ist auch eine Hochschulausbildung möglich.

Bei der Berufsbezeichnungserlaubnis spricht nach dem Wortlaut viel dafür, dass nur die staatliche Erlaubnis nach den Heilberufsgesetzen gemeint ist. Dies lässt sich aus dem Zusammenhang mit der Vorschrift des § 124 Abs. 1 SGB V entnehmen, in der beispielhaft Leistungen genannt werden, für deren Erbringung Heilberufe existieren. Man könnte deshalb bei einer engen Auslegung der Vorschrift das besondere Zulassungserfordernis für diese Heilberufe dahingehend verstehen, dass neben der Berufsbezeichnungsführungserlaubnis (Abs. 2 Satz 1 Nr. 1) vor allem die weiteren Voraussetzungen in Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 vorliegen müssen.

Dieses Verständnis der Vorschrift wäre aber zu eng. Einem solchen Verständnis könnte vor allem entgegengehalten werden, dass in Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 nicht speziell von Heilberufen gesprochen wird, sondern nur allgemein von leistungserbringungsbezogener Ausbildung und

⁸⁰ Anlage 3 zu den Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V, Abschnitt IV. Punkt 4, GKV- Spitzenverband, Abteilung Arznei- und Heilmittel, Stand: 11.02.2014.

⁸¹ BSG, Urt. vom 25.9.2011 – Az.: B 3 KR 13/00 R, Rn. 21, zitiert nach juris.de.

Berufsbezeichnungsführungserlaubnis. Aus diesem Grund bezieht sich die Vorschrift auch auf Ausbildungen und Berufsbezeichnungsführungserlaubnisse, die nicht aufgrund der Heilberufsgesetze absolviert bzw. erteilt werden. Dies gilt für staatlich geregelte Ausbildungen und Berufsbezeichnungsführungserlaubnisse auf Bundes- wie auf Landesebene.

Fraglich ist, ob es auch genügt, dass die Berufsbezeichnungsführungserlaubnis von einer natürlichen oder juristischen Person des Privatrechts erteilt wird. Das Bundessozialgericht⁸² hat die „Erlaubnis“ eines privatrechtlich organisierten Verbandes gelten lassen.⁸³ Dies ist zumindest nach dem Wortlaut der Vorschrift problematisch.⁸⁴

3.2.2.2 Art des Zugangs zur Leistungserbringung im Einzelfall

Versicherte haben im Rahmen der Krankenbehandlung Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3, § 32 SGB V). Die Zulassung zur Erbringung des Heilmittels Sprachtherapie berechtigt die zugelassene Person nicht, gesetzlich Versicherte direkt zulasten der Krankenkasse zu behandeln. Dies geschieht vielmehr im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mittels einer Verordnung durch den Arzt (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V). Hier enthält die Heilmittel-Richtlinie genauere Vorschriften.⁸⁵

Zur Steuerung des Ausgabenvolumens bei der vertragsärztlichen Versorgung Vereinbarungen geschlossen, die wieder durch Richtgrößen und Rahmenvorgaben vorgeprägt werden (vgl. § 84 SGB V). Die Verordnung von Heilmitteln wird demnach im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auch von der Steuerung der Vergütung beeinflusst.

3.2.2.3 Leistungsgestaltung

Die die Heilmittel-Richtlinie⁸⁶ und gemeinsamen Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 Satz 1 SGB V⁸⁷ enthalten Vorschriften, die die Leistungsgestaltung betreffen, wobei die gemeinsamen Rahmenempfehlungen nicht speziell auf die einzelnen Heilmittel eingehen. Es sind dies:

In der Heilmittel-Richtlinie:

Im Abschnitt F werden die Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie beschrieben. Im Abschnitt C ist die Zusammenarbeit mit Vertragsärzten und anderen Heilmittelerbringern geregelt.

In den gemeinsamen Rahmenempfehlungen

Es werden Hinweise zu Inhalt, Umfang und Häufigkeit der Heilmittel gegeben (§ 8).

⁸² BSG, Urt. vom 25.9.2011 – Az.: B 3 KR 13/00 R, Rn. 21, zitiert nach juris.de.

⁸³ BSG (wie Fn. 82), Rn. 22. Die Vorinstanz musste auf diese Frage nicht eingehen, da es nach Ansicht des Gerichts bereits an einer erforderlichen Ausbildung fehlte (Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 22.9.2000, Az.: L 4 KR 2679/98, Rn. 16 ff., zitiert nach juris.de).

⁸⁴ S. zu diesen Fragen Igl, 2013a.

⁸⁵ Wie Fn. 78, S. 5 ff.

⁸⁶ Wie Fn. 78.

⁸⁷ Wie Fn. 79.

3.2.2.4 Qualitätssicherung

Die Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V und die gemeinsamen Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 Satz 1 SGB V enthalten Vorschriften, die die Qualitätssicherung betreffen, wobei die gemeinsamen Rahmenempfehlungen nicht speziell auf die einzelnen Heilmittel eingehen. Es sind dies:

In den Empfehlungen:

Die Empfehlungen enthalten Hinweise für die Strukturqualität insofern, als hier allgemein und auch besonders für die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie Merkmale für die Praxisausstattung festgelegt werden (Abschnitt C. STIMM-, SPRECH- UND SPRACHTHERAPIE).

In den gemeinsamen Rahmenempfehlungen

Diese enthalten Hinweise zur Gestaltung der Qualitätssicherung auf der Ebene der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie zu Maßnahmen der Fortbildung (§ 9-16).

3.2.2.5 Vergütung

Die gemeinsamen Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 Satz 1 SGB V enthalten Vorschriften, die die Vergütung betreffen, wobei die gemeinsamen Rahmenempfehlungen nicht speziell auf die einzelnen Heilmittel eingehen. Es sind dies Vorgaben für die Vergütungsstrukturen (§§ 21-27) und Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung (§§ 19, 20).

3.2.2.6 Nutzerstellung

Zur Nutzerstellung existieren keine besonderen Vorschriften.

4 Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen

4.1 Direktes Berufsrecht

4.1.1 Rechtsquellen

Das direkte Berufsrecht der Ergotherapeuten ist geregelt im Ergotherapeutengesetz (ErgThG)⁸⁸ und in der Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (ErgThAPrV).⁸⁹

4.1.2 Entstehungsgeschichte

Als erstes Land der Bundesrepublik Deutschland regelte Niedersachsen durch Erlass des Niedersächsischen Sozialministers vom 16. Februar 1953⁹⁰ und Bekanntmachung vom 4. März 1953⁹¹ die Ausbildung und Prüfung staatlich anerkannter Beschäftigungstherapeuten und die Errichtung von Lehranstalten. Die Regelungen von 1953 wurden durch den Erlass des Niedersächsischen Sozialministers über die staatliche Anerkennung als Beschäftigungstherapeut sowie die Prüfungsordnung für Beschäftigungstherapeuten vom 24. März 1958⁹² abgelöst. Berlin folgte im Jahre 1961 mit vorläufigen Vorschriften für die Anerkennung staatlich geprüfter Beschäftigungstherapeuten vom 1. Oktober 1961, die durch die Verwaltungsvorschriften des Senators für Gesundheitswesen in Berlin über die Anerkennung staatlich geprüfter Beschäftigungstherapeuten vom 17. März 1964⁹³ ersetzt wurden. Hessen regelte durch die vorläufigen Vorschriften des Hessischen Ministers für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen vom 28. November 1963⁹⁴ die staatliche Anerkennung von Beschäftigungstherapeuten. Nach den genannten Vorschriften sind Ausbildungen vorgesehen, die mindestens einen zweijährigen Lehrgang (Vorbildung: mittlerer Bildungsabschluss und dreimonatiges Krankenpflegepraktikum) und ein Praktikum von einem Jahr umfassen.⁹⁵

Die Materialien zu dem vorliegenden Gesetz bestehen aus dem Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten vom 22.1.1975⁹⁶ der Beschlussempfehlung und dem Bericht des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit vom

⁸⁸ Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (Ergotherapeutengesetz - ErgThG) vom 25.05.1976, BGBl. I S. 1246.

⁸⁹ Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - ErgThAPrV) vom 02.08.1999, BGBl. I S. 1731.

⁹⁰ Nds. MBl. S. 197.

⁹¹ Nds. MBl. S. 120.

⁹² Nds. MBl. S. 299 und S. 300.

⁹³ Amtsbl. für Berlin S. 413.

⁹⁴ StAnz. für das Land Hessen S. 1393.

⁹⁵ Deutscher Bundestag, Drucksache 7/3113, S. 6.

⁹⁶ Deutscher Bundestag, Drucksache 7/3113.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil II

9.3.1976⁹⁷ sowie dem Protokoll der 230. Sitzung des Deutschen Bundestages vom 18.3.1976⁹⁸. Das Gesetz wurde einstimmig angenommen.

Mit dem Gesetzentwurf wurde erstmals die Arbeitstherapie in den Tätigkeitsbereich der Berufsangehörigen einbezogen. Die Bundesregierung begründete das Bedürfnis nach einer bundesgesetzlichen Regelung damit, dass eine einheitliche Entwicklung des Berufsbildes und der Ausbildungsanforderungen im Bundesgebiet im Interesse einer gleichmäßigen Versorgung der Krankenhäuser, Rehabilitationsstätten und ähnlichen Einrichtungen mit einschlägig ausgebildetem Personal notwendig sei.⁹⁹

Differenzen zwischen Bund und Ländern bestanden bei der Einbeziehung der Arbeitstherapie in das Berufsbild. Während die Bundesregierung die Einbeziehung der Arbeitstherapie mit dem Gesetzentwurf vorschlug, wandte sich der Bundesrat dagegen:¹⁰⁰

„Von einer Einbeziehung der Arbeitstherapeuten in den Gesetzentwurf sollte abgesehen werden. Die Beschäftigungstherapie und die Arbeitstherapie haben unterschiedliche Aufgaben. Die Beschäftigungstherapie bezweckt die Wiederherstellung der durch Krankheit, Unfall oder angeborene Veränderungen verlorengegangenen oder nicht ausgebildeten körperlichen und geistigen Funktionen. Sie ist funktionell ausgerichtet, ihr Schwerpunkt liegt auf medizinischem Gebiet. Die Arbeitstherapie dagegen bezweckt die berufliche Wiedereingliederung und kommt in der Regel erst nach Abschluss der klinischen Behandlung zum Zuge. Bei ihr ist die Leistung der entscheidende Faktor. Bei den Berufen des Beschäftigungstherapeuten und des Arbeitstherapeuten handelt es sich um zwei völlig unterschiedliche Berufsbilder.“

Dem hielt die Bundesregierung entgegen, dass durch die Berufsbezeichnung Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut eindeutig erkennbar werde, „dass sich die Tätigkeit der Berufsangehörigen nicht auf die traditionelle Beschäftigungstherapie beschränkt, sondern sich auch auf Therapieformen erstreckt, die dem Patienten Hilfen zur Wiedereingliederung in die Arbeitswelt geben.“¹⁰¹ Die damalige Opposition schlug im Ausschuss für Jugend, Familie und Gesundheit die Berufsbezeichnung Ergotherapeut vor. Begründet wurde die Wahl der Berufsbezeichnung mit dem Hinweis, dass die Bezeichnung Ergotherapeut der internationalen Terminologie entspreche. Dieser Vorschlag wurde von der Mehrheit im Ausschuss abgelehnt. Es wurde darauf verwiesen, dass die Bezeichnung Ergotherapeut in der Bevölkerung weitgehend unbekannt sei und man die Benutzung von Fremdwörtern einschränken wolle.¹⁰²

Bei der Anhörung der Sachverständigen im Ausschuss für Jugend, Familie und Gesundheit befürworteten die Ärzte und der Vertreter der Höheren Fachschule für Beschäftigungs- und

⁹⁷ Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4834.

⁹⁸ Plenarprotokoll 230. Sitzung vom 18. März 1976, Drucksache 7/230.

⁹⁹ Deutscher Bundestag, Drucksache 7/3113, S. 7.

¹⁰⁰ Stellungnahme des Bundesrates, Anlage 2, Deutscher Bundestag, Drucksache 7/3113, S. 11.

¹⁰¹ Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates, Anlage 3, Deutscher Bundestag, Drucksache 7/3113, S. 13.

¹⁰² Bericht und Antrag des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit, Bericht des Abgeordneten Bürger, Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4834, S. 5.

Arbeitstherapie München die Zusammenfassung von Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, während sich die Vertreter der Berufsverbände und der Gewerkschaften dagegen aussprachen. Das wurde damit begründet, dass Beschäftigungstherapie und Arbeitstherapie jeweils eigenständige, in den Anforderungen und in der Aufgabenstellung unterschiedliche Berufe seien.¹⁰³

Die geschützte Berufsbezeichnung Ergotherapeut wurde schließlich zum 1.1.1999 eingeführt.¹⁰⁴

4.1.3 Berufsausbildung

4.1.3.1 Zugangsvoraussetzungen

Zur Ausbildung wird zugelassen, wer eine abgeschlossene Realschulbildung, eine andere gleichwertige Ausbildung oder eine nach Hauptschulabschluß abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer nachweist (§ 4 Abs. 2 ErgThG).

4.1.3.2 Ausbildungsziele

Das ErgThG und die ErgThAPrV enthalten keine formulierten Ausbildungsziele. Diese lassen sich nur indirekt aus den Gegenständen der theoretischen und und praktischen Unterrichts und der praktischen Ausbildung entnehmen, wie sie in der Anlage 1 zur ErgThAPrV aufgeführt sind.

In der Gesetzesbegründung finden sich Hinweise zu den Ausbildungszielen:¹⁰⁵

„Der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut übt seine Tätigkeit unter ärztlicher Anleitung an körperlich und geistig behinderten Menschen aus, indem er mit Hilfe ausgewählter Tätigkeiten und Methoden die Kräfte des Patienten aktiviert. Er arbeitet zusammen mit Ärzten, Krankengymnasten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, mit Psychologen, Sozialarbeitern, Pädagogen, Berufsberatern und anderen in der Rehabilitation Kranker und Behinderter tätigen Personen. Seine Berufstätigkeiten erstrecken sich über zahlreiche Bereiche der Medizin und sind darauf gerichtet, beim Patienten die soziale Anpassung zu fördern, Interessen und Fähigkeiten zu mobilisieren und zu aktivieren. Neben der speziellen Behandlung von psychisch kranken Patienten, bei denen eine Entwicklung und Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen, Hilfe bei der Lösung der Beherrschung emotioneller Triebe und therapeutische Mitwirkung bei der Diagnostik erforderlich sind, umfassen sie die Anwendung von besonderen Behandlungsweisen zur Wiedergewinnung oder Besserung der Bewegungsfähigkeit, zur Förderung von Gelenkmobilisation, Muskelkraft und Koordination. Sie sind darauf gerichtet, die Selbsthilfe zu fördern, die den Patienten in den Stand setzt, mit den Anforderungen des täglichen Lebens wie Essen, Ankleiden, Schreiben, Verrichten von Hausarbeit, ggfs. Mit Hilfsmitteln und Prothesen, wieder zurechtzukommen. Es kommen auch therapeutische Maßnahmen in Betracht, die den Zweck haben, den Patienten zu helfen, über eine längere Krankenhausbehandlung oder Erholungszeit oder eine durch Kräfteverfall oder Alter

¹⁰³ Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4834, S. 5.

¹⁰⁴ Art. 8 und 15 Abs. 3 des Gesetzes vom 16. Juni 1998, BGBl. I S. 1311.

¹⁰⁵ Deutscher Bundestag, Drucksache 7/3113, S. 8.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil II

bedingte Unfähigkeit zu Arbeit und Bewegung hinwegzukommen. Einen entscheidenden Raum nehmen daneben die Maßnahmen ein, die der Motivation zur Arbeit, der Erhaltung und Steigerung von Arbeitsfähigkeit, besonderer Geschicklichkeit und Arbeitsausdauer dienen. Hier können im Einzelfall die Abklärung beruflicher Eignung und Maßnahmen zur Neuorientierung der beruflichen Interessen eine bedeutende Rolle spielen.“

4.1.3.3 Ausbildung

Die Ausbildung dauert drei Jahre (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 ErgThG). Sie umfasst mindestens den in der Anlage 1 zur ErgThAPrV aufgeführten theoretischen und praktischen Unterricht von 2.700 Stunden und die aufgeführte praktische Ausbildung von 1.700 Stunden. Sie steht unter der Gesamtverantwortung einer Schule für Ergotherapeuten (Schule). Im Unterricht muß den Schülern ausreichende Möglichkeit gegeben werden, die erforderlichen praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu entwickeln und einzuüben (§ 1 Abs. 1 ErgThAPrV). Die Schulen haben die praktische Ausbildung im Rahmen einer Vereinbarung mit Krankenhäusern oder anderen geeigneten Einrichtungen sicherzustellen. Der in Anlage 1 B Nr. 3 genannte Bereich der praktischen Ausbildung soll unter der Anleitung von Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten durchgeführt werden; in den übrigen in Anlage 1 B genannten Bereichen hat sie unter der Anleitung von Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten stattzufinden (§ 1 Abs. 2 ErgThAPrV).

4.1.3.4 Staatliche Prüfung

Die staatliche Prüfung umfasst einen schriftlichen, einen mündlichen und einen praktischen Teil. Die Prüfung wird bei der Schule abgelegt, bei die Ausbildung abgeschlossen worden ist (§ 2 ErgThAPrV).

4.1.4 Berufsbezeichnung und Berufszulassung

Die Führung der Berufsbezeichnung bedarf der Erlaubnis (§ 1 Abs. 1 ErgThG).

4.1.5 Berufsausübung

Das direkte Berufsrecht enthält keine Regelungen zur Berufsausübung.

4.1.6 Beendigung der Berufsausübung

Die Berufsausübung endet mit Zurücknahme und Widerruf der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung (§ 3 ErgThG).

4.2 Indirektes Berufsrecht: Sozialrechtliches Leistungserbringungsrecht

4.2.1 Arten der Einbindung der Ergotherapie in die sozialrechtlichen Leistungserbringungssysteme

Ergotherapeuten können unter anderem als selbstständig tätige Leistungserbringer in der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) tätig werden. Sie sind als Heilmittelerbringer (§ 124 SGB V) zulassungsfähig, die als Dienstleistung Ergotherapie erbringen. Die Leistungserbringung ist auf selbstständiger oder unselbstständiger Basis auch in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen oder vergleichbaren Einrichtungen möglich (§ 124 Abs. 3 SGB V).

Die Ergotherapeuten sind darüber hinaus auch in die Leistungserbringungssysteme der Rehabilitation (SGB IX), der Gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) und der Sozialhilfe (SGB XII) als Leistungserbringer einbezogen. Die Einbindung erfolgt dabei grundsätzlich nicht in einheitlicher Art und Weise, sondern folgt jeweils eigenen Regeln.

Für den Bereich der Sozialhilfe gelten die Ausführungen zur Leistungserbringung in der Gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend (vgl. § 52 Abs. 1 und 3 SGB XII).

4.2.2 Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

4.2.2.1 Zulassung zur Leistungserbringung

Ergotherapie wird im Leistungserbringungsrecht des SGB V als Heilmittel abgegeben (§ 124 Abs. 1 SGB V). Daraus ergibt sich, dass auch für die Versorgung der Versicherten mit Ergotherapie eine von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erteilte Zulassung (§ 124 Abs. 1, 2, 5 SGB V) vonnöten ist. Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und vergleichbare Einrichtungen dürfen die Ergotherapie durch Personen erbringen lassen, die die Voraussetzung einer Zulassung erfüllen (§ 124 Abs. 3 SGB V).

Ergotherapeuten, die die Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 ErgThG innehaben, besitzen die erforderliche Ausbildung und Berechtigung zum Führen der Berufsbezeichnung.

Die Erbringung von Ergotherapie ist im SGB V nicht auf Ergotherapeuten beschränkt. Es ist denkbar, dass auch andere Personen eine Ausbildung im Bereich der Ergotherapie absolviert haben, die als „erforderlich“ i.S.v. § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V anzusehen wäre. Darüber hinaus muss aber auch eine Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung erteilt sein.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat in einer Anlage zu den Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V allein Ergotherapeuten als Leistungserbringer anerkannt. Eine Auflistung anerkannter Studiengänge existiert im Gegensatz zum Bereich der Logopädie nicht.

Für die Zulassung ist weiter eine Praxisausstattung erforderlich, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet. In den Zulassungsempfehlungen finden sich konkrete Anforderungen an die Größe und Beschaffenheit der Praxisräume.¹⁰⁶

Der Ergotherapeut oder die Ergotherapeutin muss außerdem die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennen, womit die Verträge zwischen den Krankenkassen (bzw. ihren Landesverbänden oder Arbeitsgemeinschaften) und den Leistungserbringern (oder ihren Verbänden/sonstigen Zusammenschlüssen) gemeint sein sollen.¹⁰⁷ Auf diese Weise werden die Vereinbarungen auch für diejenigen Ergotherapeuten oder Ergotherapeutinnen verbindlich, die kein Mitglied in den vertragsschließenden Verbänden sind.

¹⁰⁶ Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V, Abschnitt D, Punkt 2, GKV Spitzenverband, Stand: 1.3.2012, s. Fn. 77.

¹⁰⁷ Die Verträge regeln gem. § 125 Abs. 2 Satz 1 SGB V die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, die Preise, deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung.

4.2.2.2 Art des Zugangs zur Leistungserbringung

Gesetzlich Versicherte haben im Rahmen der Krankenbehandlung Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3, § 32 SGB V). Die Ergotherapie darf dennoch nicht direkt an die Versicherten abgegeben werden. Sie ist vielmehr im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu verordnen (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V). Die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung konkretisiert, unter welchen Voraussetzungen der Vertragsarzt eine Verordnung ausstellen darf.¹⁰⁸

Das Ordnungsverhalten der Vertragsärzte wird zudem durch eine Heilmittel- und Richtgrößenvereinbarung beeinflusst, die das Ausgabenvolumen der gesetzlichen Krankenkasse für Heilmittel regulieren soll (vgl. § 84 Abs. 8 SGB V).

4.2.2.3 Leistungsgestaltung

Die Heilmittel-Richtlinie¹⁰⁹ beinhaltet Regelungen über die Leistungsgestaltung. Daneben „sollen“ auch in den gemeinsamen Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 Satz 1 SGB V derartige Vereinbarungen getroffen werden (§ 125 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V).¹¹⁰ Für den Bereich der Ergotherapie liegen momentan allerdings keine Rahmenempfehlungen nach § 125 SGB V vor.¹¹¹ Der Gesetzgeber hat für das Nichtzustandekommen kein Schiedsverfahren oder ähnliches vorgesehen.¹¹²

In der Heilmittel-Richtlinie werden im Abschnitt G die Maßnahmen der Ergotherapie beschrieben. Im Abschnitt C wird die Zusammenarbeit der Heilmittelerbringer mit den Vertragsärzten und anderen Heilmittelerbringern geregelt.

Die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln werden in Verträgen zwischen den Krankenkassen, ihren Landesverbänden oder Arbeitsgemeinschaften und den Leistungserbringern (oder ihren Verbänden/sonstigen Zusammenschlüssen) geregelt (§ 125 Abs. 2 SGB V). Dies umfasst die Möglichkeit, die Leistungsinhalte zu beschreiben und Regelbehandlungszeiten festzulegen.¹¹³ In den Verträgen darf auch das Erfordernis einer Weiterbildung für die Erbringung spezieller Leistungen verlangt werden, obwohl ein Ergotherapeut sie nach dem direkten Berufsrecht erbringen dürfte.¹¹⁴

¹⁰⁸ Wie Fn. 78, S. 5 ff.

¹⁰⁹ S. Fn. 78.

¹¹⁰ So noch in § 8 i.V.m. den Anlagen der gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene vom 25.9.2006.

¹¹¹ Vgl. Butzer in: Becker, Ulrich; Kingreen, Thorsten (Hrsg.), 2012, § 125 Rn. 7.

¹¹² Butzer in: Becker, Ulrich; Kingreen, Thorsten (Hrsg.), 2012, § 125 Rn. 2.

¹¹³ Wabnitz in: Spickhoff, Andreas (Hrsg.), 2014, § 125 Rn. 4.

¹¹⁴ BSG, Urt. vom 22.7.2004, B 3 KR 12/04 R, Rn. 25, juris.de; bestätigt in BSG, Urt. vom 12.9.2010, B 3 KR 9/09 R, Rn. 20, juris.de.

4.2.2.4 Qualitätssicherung

Vorschriften zur Qualitätssicherung finden sich in den Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V und in den Verträgen nach § 125 Abs. 2 SGB V, in denen Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung vereinbart werden dürfen.¹¹⁵ In die gemeinsamen Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V sollen ebenfalls Regelungen zur Qualitätssicherung aufgenommen werden (§ 125 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V).

Die Empfehlungen enthalten insoweit Qualitätssicherungsregelungen, als sie im Abschnitt A und D Mindestanforderungen an die Praxisausstattung festlegen. Es sind sowohl allgemeine Anforderungen an Praxisräumlichkeiten als auch spezielle Anforderungen an eine ergotherapeutische Praxis formuliert.

4.2.2.5 Vergütung

Die gemeinsamen Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 Satz 1 SGB V sollen Vorgaben für die Vergütungsstrukturen und Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung enthalten (§ 125 Abs. 1 Satz 3 Nr. 4, 5 SGB V). Im Bereich der Ergotherapie existiert allerdings momentan keine derartige Rahmenempfehlung.¹¹⁶

Die Einzelheiten der Vergütung (Preise, Abrechnungsverfahren) werden gem. § 125 Abs. 2 Satz 1 SGB V in Verträgen zwischen den Krankenkassen, ihren Landesverbänden oder Arbeitsgemeinschaften und den Leistungserbringern oder ihren Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen vereinbart.

4.2.2.6 Nutzerstellung

Zur Nutzerstellung existieren keine besonderen Vorschriften.

4.2.3 Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)

Das Leistungserbringungsrecht der gesetzlichen Unfallversicherung beinhaltet kein Zulassungsverfahren für Heilmittelerbringer. Die Beziehung zwischen den Unfallversicherungsträgern und den Heilmittelerbringern ist in Verträgen auszugestalten (§ 34 Abs. 8 Satz 1 SGB VII). Ein solcher Vertrag wurde am 1.10.2010 mit dem Verband der Deutschen Ergotherapeuten e.V. geschlossen.¹¹⁷ Er enthält Regelungen über die Zulassung von Ergotherapeuten zur Leistungserbringung.

4.2.3.1 Zugang zur Leistungserbringung

Die Zulassung selbstständiger Ergotherapeuten sowie verantwortlicher, fachlicher Leiter ergotherapeutischer Einrichtungen richtet sich nach Zulassungsempfehlungen gem. § 124 Abs.

¹¹⁵ BSG, Urt. vom 22.7.2004, B 3 KR 12/04 R, Rn. 21, juris.de.

¹¹⁶ Vgl. Butzer in: Becker, Ulrich; Kingreen, Thorsten (Hrsg.), 2012, § 125 Rn. 7.

¹¹⁷ Vereinbarung zwischen 1. der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV), 2. dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-SpV) einerseits und dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V. andererseits über Gebühren für Leistungen selbstständiger Ergotherapeuten vom 1.10.2010 (abrufbar unter: <http://www.dguv.de/de/Rehabilitation-Leistungen/Vergütung-der-Leistungserbringer/index.jsp>, Stand: 23.6.2014).

4 SGB V für Heilmittelerbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung.¹¹⁸ Neben der Erfüllung der dort niedergeschriebenen Voraussetzungen müssen weitere Bedingungen erfüllt sein. Der Praxisinhaber, ein Angestellter der Praxis oder ein in der Praxis regelmäßig tätiger freier Mitarbeiter müssen eine berufspraktische Erfahrungszeit von mindestens zwei Jahren vorweisen können.¹¹⁹ Diese Erfahrungszeit muss im Rahmen einer unselbstständigen Tätigkeit in einer geeigneten Einrichtung erworben worden sein. Von ihr sind grundsätzlich mindestens sechs Monate in klinischen Fachbereichen der Unfallchirurgie, Orthopädie oder Neurologie abzuleisten.¹²⁰ Anstelle dessen ist es aber auch möglich, die berufspraktische Erfahrungszeit in einer Praxis abzuleisten, die Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung behandelt. In dieser Praxis müssen mindestens 20 Arbeitsunfallverletzungen durch den Ergotherapeuten behandelt werden.¹²¹ Liegen diese Voraussetzungen vor, so gilt der Ergotherapeut als zugelassen.¹²²

4.2.3.2 Art des Zugangs zur Leistungserbringung

Ergotherapeuten sind, wie in auch in der gesetzlichen Krankenversicherung, nicht dazu berechtigt, gesetzlich unfallversicherte Patienten ohne weiteres zulasten der gesetzlichen Unfallversicherung zu behandeln. Die ergotherapeutische Behandlung wird vielmehr im Rahmen der ärztlichen Versorgung verordnet (vgl. § 30 SGB VII, § 7 Abs. 1 des Vertrages nach § 34 Abs. 8 SGB VII). Diese Verordnung darf nicht von einem beliebigen approbierten Arzt ausgestellt werden, sondern nur von einem von den Unfallversicherungsträgern hierzu bevollmächtigten Arzt (§ 7 Abs. 1 Satz 1 des Vertrages nach § 34 Abs. 8 SGB VII).

4.2.3.3 Leistungsgestaltung

Auf vertraglicher Ebene finden sich Vereinbarungen, welche die Leistungsgestaltung betreffen. So ist der Inhalt und Umfang der ergotherapeutischen Maßnahmen in einer Leistungsbeschreibung¹²³ durch die Vertragsparteien geregelt worden.

4.2.3.4 Qualitätssicherung

Die vertraglichen Vereinbarungen zur Qualitätssicherung sind äußerst knapp gehalten. Sie finden sich in § 6 des Vertrages nach § 34 Abs. 8 SGB VII und verpflichten den zugelassenen Ergotherapeuten sich min. alle zwei Jahre in für die Behandlung Unfallverletzter relevanten Fachbereichen fortzubilden. Darüber hinaus besteht eine Verpflichtung sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen.

¹¹⁸ § 2 Abs. 2 Satz 2 der Vereinbarung, s. Fn. 117.

¹¹⁹ § 2 Abs. 2 Satz 2 der Vereinbarung, s. Fn. 117.

¹²⁰ § 2 Abs. 2 Satz 4 der Vereinbarung, s. Fn. 117.

¹²¹ § 2 Abs. 2 Satz 5 der Vereinbarung, s. Fn. 117.

¹²² § 2 Abs. 1 der Vereinbarung, s. Fn. 117.

¹²³ Leistungsbeschreibung Ergotherapie für die gesetzliche Unfallversicherung vom 1.10.2010 (<http://www.dguv.de/de/Rehabilitation-Leistungen/Vergütung-der-Leistungserbringer/index.jsp>, Stand: 30.7.2014).

4.2.3.5 Vergütung

Die abrechenbaren Leistungen, die Höhe der Vergütung und die Abrechnungsmodalitäten sind ebenfalls in dem Vertrag nach § 34 Abs. 8 SGB VII zu regeln. Die Vertragsparteien haben sich daher auf ein „Leistungs- und Gebührenverzeichnis“ geeinigt, das Aufschluss über die abrechenbaren Leistungen und die Vergütungshöhe gibt.¹²⁴ Allein die vom Arzt verordneten und in dem Verzeichnis aufgeführten Leistungen dürfen durch den Ergotherapeuten abrechnet werden (§ 8 Abs. 1 des Vertrages nach § 34 Abs. 8 SGB VII).

¹²⁴ Leistungs- und Gebührenverzeichnis für Leistungen der Ergotherapie gültig ab dem 1.3.2014, s. Fn. 123.

5 Physiotherapeuten

5.1 Direktes Berufsrecht

5.1.1 Rechtsquellen

Das direkte Berufsrecht der Physiotherapeuten ist im Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG) geregelt.¹²⁵ Zu diesem Gesetz sind Ausbildungs- und Prüfungsordnungen für Masseur und medizinische Bademeister (MB-APrV) und für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV) ergangen. Das Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie stammt vom 26.5.1994¹²⁶ und ist zuletzt durch Artikel 45 des Gesetzes vom 6.12.2011¹²⁷ geändert worden. Die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Masseur und medizinische Bademeister (MB-APrV) stammt vom 6.12.1994¹²⁸ und ist zuletzt durch Artikel 53 des Gesetzes vom 6.12.2011¹²⁹ geändert worden. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV) stammt ebenfalls vom 6.12.1994¹³⁰ und ist zuletzt durch Artikel 46 des Gesetzes vom 6.12.2011¹³¹ geändert worden.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das Gesetz über die Berufe des Physiotherapeuten wird aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG, hinsichtlich der Bußgeldvorschrift (§ 15) aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG hergeleitet. Es handelt sich, wie bei anderen Gesetzen über nichtärztliche Heilberufe, um ein Gesetz zur Regelung der Berufszulassung und zum Schutz der Berufsbezeichnung. Zur Regelung der Berufszulassung gehört auch die Regelung der Voraussetzungen der Berufszulassung durch die Vorgabe einer Ausbildungs- und Prüfungsordnung.

5.1.2 Entstehungsgeschichte

Gesetz und Verordnungen der Berufe in der Physiotherapie blicken auf eine lange Gesetzgebungsgeschichte zurück. Vorläufer des jetzigen Gesetzes ist das Gesetz über die Ausübung der Berufe des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters und des Krankengymnasten vom 21.12.1958.¹³²

Die Bundesregierung hat schon 1983 eine gesetzliche Neuordnung dieser Berufe angeregt und zwei Gesetzentwürfe¹³³ vorgelegt.¹³⁴ Der dem jetzigen Gesetz zugrunde liegende Ge-

¹²⁵ In die Modellvorhaben sind nur die Physiotherapeuten, nicht die Masseur und medizinischen Bademeister einbezogen, s. unten Abschnitt 5.1.3.4.

¹²⁶ BGBl. I S. 1084.

¹²⁷ Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen vom 6. Dezember 2011, BGBl. I S. 2515. Die Änderungen betreffen § 2 (Änderung der Absätze 2, 3, 4; Anfügung der Absätze 5, 6 und 7) und § 5 (Änderung des Absatzes 2).

¹²⁸ BGBl. I S. 3770.

¹²⁹ Wie Fn. 56.

¹³⁰ BGBl. I S. 3786.

¹³¹ Wie Fn. 44.

¹³² BGBl. I S. 985.

¹³³ Bundesrat, Drucksache 366/86; Deutscher Bundestag, Drucksache 11/5418.

setzentwurf beruht auf dem dritten Gesetzentwurf¹³⁵, nachdem die vorherigen Gesetzentwürfe nicht zu Ende beraten worden sind und deswegen gemäß dem Grundsatz der Diskontinuität der Legislaturperioden verfallen sind. Zu den beiden vorhergehenden Gesetzentwürfen sind zahlreiche Stellungnahmen der betroffenen Berufsverbände und Organisationen eingeholt und mehrere Anhörungen veranstaltet worden.¹³⁶

Mit dem Gesetzentwurf sollte die unterschiedliche Ausbildung zwischen Masseur und medizinischen Bademeister einerseits und Physiotherapeut andererseits aufrecht erhalten bleiben. Im Gesetzentwurf wird darauf hingewiesen, dass dies eine deutsche Besonderheit ist. Die meisten anderen europäischen Staaten kennen nur den Physiotherapeuten. Angesichts der besonderen Versorgungslage in Deutschland hat die Bundesregierung in ihrem Gesetzentwurf jedoch davon Abstand genommen, die Berufe unter dem Titel des Physiotherapeuten zusammenzufassen.¹³⁷ Dies hat jedoch die SPD-Fraktion gefordert („großer Physiotherapeut“), gleichzeitig aber dafür plädiert, den Beruf des Masseurs und medizinischen Bademeisters beizubehalten, und für diesen Beruf Durchstiegsmöglichkeiten zum Beruf des Physiotherapeuten zu schaffen.¹³⁸ Der Ausschuss für Gesundheit (15. Ausschuss) hat den Gesetzentwurf der Bundesregierung inhaltlich im Wesentlichen übernommen.¹³⁹ Der Bundesrat hat dem Gesetzentwurf zugestimmt.¹⁴⁰

5.1.3 Berufsausbildung

Bei den Ausbildungsvorschriften wird im Gesetz zwischen der Ausbildung als Masseur und medizinischer Bademeister¹⁴¹ und der Ausbildung als Physiotherapeut¹⁴² unterschieden. Gleiches gilt für die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen.¹⁴³

Im Folgenden wird nur auf die Ausbildung der Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen eingegangen.

5.1.3.1 Zugangsvoraussetzungen

Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung als Physiotherapeut ist 1. die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufs und 2. der Realschulabschluss oder eine gleichwertige Ausbildung oder eine andere abgeschlossene zehnjährige Schulbildung, die den Hauptschul-

¹³⁴ Diese und die weiteren historischen Hinweise stammen aus Bundesrat, Drucksache 594/93, S. 16.

¹³⁵ Bundesrat, Drucksache 524/93; Deutscher Bundestag, Drucksache 12/5887.

¹³⁶ S. auch die Stellungnahmen in Bundesgesundheitsblatt Heft 2/85 und Heft 5/85, zitiert nach Bundesrat, Drucksache 524/93, S. 16.

¹³⁷ Bundesrat, Drucksache 524/93, S. 16 f.

¹³⁸ Deutscher Bundestag, Drucksache 12/5912.

¹³⁹ Deutscher Bundestag, Drucksache 12/6998.

¹⁴⁰ Bundesrat, Drucksachen 260/94, 260/1/94.

¹⁴¹ II. Abschnitt, §§ 3 – 7 MPhG.

¹⁴² III. Abschnitt, §§ 8 – 12 MPhG.

¹⁴³ S. oben Abschnitt 5.1.1.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil II

abschluss erweitert, oder eine nach Hauptschulabschluss oder einem gleichwertigen Abschluss abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer (§ 11 MPhG).

5.1.3.2 Ausbildungsziel

Das Ausbildungsziel ist – anders als für Logopäden und Ergotherapeuten – gesetzlich fixiert.

Für die Ausbildung als Physiotherapeut lautet das Ausbildungsziel (§ 8 MPhG):

Die Ausbildung soll entsprechend der Aufgabenstellung des Berufs insbesondere dazu befähigen, durch Anwenden geeigneter Verfahren der Physiotherapie in Prävention, kurativer Medizin, Rehabilitation und im Kurwesen Hilfen zur Entwicklung, zum Erhalt oder zur Wiederherstellung aller Funktionen im somatischen und psychischen Bereich zu geben und bei nicht rückbildungsfähigen Körperbehinderungen Ersatzfunktionen zu schulen (Ausbildungsziel).

5.1.3.3 Ausbildungsdauer und –inhalte

Die Ausbildung als Physiotherapeut dauert drei Jahre und besteht aus theoretischem und praktischem Unterricht und einer praktischen Ausbildung (§ 9 Abs. 1 Satz 1 MPhG). Die Ausbildungsinhalte finden sich in Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 PhysTh-APrV.

Eine Sonderregelung besteht für Personen die eine staatliche Prüfung zum Masseur und medizinischen Bademeister abgelegt haben. Hier wird die Ausbildung verkürzt (§ 12 MPhG).

5.1.3.4 Ausbildungsorte

Die Ausbildung der Physiotherapeuten wird an staatlich anerkannten Schulen vermittelt (§ 9 Abs. 1 Satz 2 MPhG). Schulen, die nicht an einem Krankenhaus eingerichtet sind, haben die praktische Ausbildung im Rahmen einer Regelung mit Krankenhäusern oder anderen geeigneten medizinischen Einrichtungen sicherzustellen (§ 9 Abs. 1 Satz 3 MPhG).

Die Länder können im Rahmen von Modellvorhaben von dem Erfordernis der Ausbildung an staatlich anerkannten Schulen abweichen (§ 9 Abs. 2 Satz 1 MPhG).

5.1.3.5 Staatliche Prüfung

Die Ausbildung zum Physiotherapeuten schließt mit einer staatlichen Prüfung ab, die einen schriftlichen, einen mündlichen und einen praktischen Teil umfasst (§ 2 Abs. 1 Satz 1 PhysTh-APrV; Gegenstände der Prüfung in §§ 12 – 14 PhysTh-APrV). Die Prüfung wird vor einem Prüfungsausschuss der Schule abgelegt (§ 2 Abs. 2, § 3 PhysTh-APrV).

Eine Sonderregelung besteht für Personen die eine staatliche Prüfung zum Masseur und medizinischen Bademeister abgelegt haben. Die verkürzte Ausbildung schließt mit einer staatlichen Ergänzungsprüfung ab (§ 12 Abs. 1 MPhG, § 1 Abs. 2, §§ 15 – 19 PhysTh-APrV).

5.1.4 Berufsbezeichnung und Berufszulassung

Wer eine der Berufsbezeichnungen 1. "Masseurin und medizinische Bademeisterin" oder "Masseur und medizinischer Bademeister", 2. "Physiotherapeutin" oder "Physiotherapeut" führen will, bedarf der Erlaubnis (§ 1 Abs. 1 MPhG). Die Erlaubnis wird erteilt, wenn der Antragsteller 1. die vorgeschriebene Ausbildung abgeleistet und die staatliche Prüfung bestan-

den hat, 2. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt, 3. nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist und 4. über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt (§ 2 Abs. 1 MPhG).

5.1.5 Inhalte der Berufsausübung

Die Inhalte der Berufsausübung des Physiotherapeuten können aus einer Zusammenschau der Ausbildungsziele sowie der Inhalte der praktischen Ausbildung (Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 PhysTh-APrV) und des praktischen Teils der Prüfung (§ 14 PhysTh-APrV) bestimmt werden. Aus der Nennung der Stationen der praktischen Ausbildung geht hervor, wo die Angehörigen dieses Berufs tätig werden (Anlage 1 B. zu § 1 Abs. 1 PhysTh-APrV).

5.1.5.1 Selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen

Eine selbstständige Ausübung von Heilkunde ist berufsrechtlich nur dem approbierten Arzt und dem Heilpraktiker möglich (vgl. § 1 Abs. 1 HeilprG). Die Erlaubnis zur Ausübung von Heilkunde kann dabei beschränkt werden.¹⁴⁴ Zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde durch Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen können Hinweise aus der Rechtsprechung zur Erteilung einer beschränkten Heilpraktikererlaubnis Frage gewonnen werden.

Das Bundesverwaltungsgericht¹⁴⁵ hatte Gelegenheit, sich zur Frage der beschränkten Erlaubniserteilung bei der Physiotherapie zu äußern und gelangt zu der Feststellung, dass der Bereich der Physiotherapie hinreichend ausdifferenziert und abgrenzbar sei und demnach hierfür eine beschränkte Erlaubnis erteilt werden könne. Aufgrund der Ausbildung in der Physiotherapie könne davon ausgegangen werden, dass die richtige Ausführung einer Krankenbehandlung mit den Mitteln der Physiotherapie hinreichend sicher beherrscht wird. Kenntnisse und Fähigkeiten auf dem Gebiet der Krankengymnastik, der Massage und der weiteren physiotherapeutischen Behandlungsmethoden müssen deshalb nicht überprüft werden. Gleiches gilt für heilkundliche Kenntnisse über Krankheiten, die mit Beschwerden des Bewegungsapparates in keinem Zusammenhang stehen und mit denen ein Physiotherapeut in der Praxis nicht konfrontiert wird. Die Ausbildung in der Physiotherapie befähigt aber nicht zu einer selbstständigen Erstdiagnose. Insofern ist die Ausbildungslücke zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde normativ vorgeben. Das VG Magdeburg¹⁴⁶ hat unter Hinweis auf das Urteil des BVerwG ausgeführt, dass diese normative Ausbildungslücke durch den Nachweis der erforderlichen Kenntnisse mittels einer gerade auf die Füllung dieser Ausbildungslücke abzielenden Zusatzausbildung (hier acht Unterrichtseinheiten) geschlossen werden könne.

¹⁴⁴ S. zur Problematik der Beschränkung der Erlaubnis Igl, Gerhard (Hrsg.), 2011 ff., Nr. 30.1, § 1 HeilprG Rn. 8 ff.

¹⁴⁵ BVerwG vom 26.08.2009, Az.: 3 C 19/08 = BVerwGE 134, 345.

¹⁴⁶ VG Magdeburg vom 22.3.2011, Az: 3 A 240/08.

Damit kann festgehalten werden, dass Physiotherapeuten aufgrund seiner Ausbildung in Hinblick auf die dort vermittelten Fähigkeiten und Fertigkeiten zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde in der Lage ist. Das bedeutet auch, dass es nicht erforderlich ist, dass der Arzt die Durchführung solcher Tätigkeiten überwacht. Nur für die Erstdiagnose ist ein Arzt erforderlich.

5.1.5.2 Modellvorhaben nach SGB V

Modellvorhaben können vorsehen, dass Physiotherapeuten mit einer Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes die Auswahl und die Dauer der physikalischen Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen, soweit die Physiotherapeuten auf Grund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt (§ 63 Abs. 3b Satz 2 SGB V).¹⁴⁷

5.1.6 Beendigung der Berufsausübung

Das MPhG enthält keine Regelungen zur Beendigung der Berufsausübung.

5.2 Indirektes Berufsrecht: Sozialrechtliches Leistungserbringungsrecht

5.2.1 Arten der Einbindung der Physiotherapie in die sozialrechtlichen Leistungserbringungssysteme

Die gesetzliche Krankenkasse leistet ihren Versicherten die Physiotherapie in Form von Heilmitteln, die insbesondere die physikalische Therapie umfassen (§§ 32 Abs. 1, 124 Abs. 1 SGB V). Diese Leistung wird durch selbstständige Physiotherapeuten erbracht, die hierfür eine Zulassung durch die Landesverbände der Krankenkassen benötigen. Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und vergleichbare Einrichtungen dürfen Physiotherapie durch Personen erbringen lassen, die die Zulassungsvoraussetzungen erfüllen (§ 124 Abs. 3 SGB V).

Im Bereich der Rehabilitation sieht das SGB IX die Tätigkeit der Physiotherapeuten ebenfalls in Form der Heilmittelerbringung vor (§ 26 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX). Im Unterschied zur Tätigkeit auf dem Gebiet der gesetzlichen Krankenversicherung sieht das Rehabilitationsrecht aber keine Leistungserbringung durch selbstständige Physiotherapeuten vor. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden vielmehr durch Rehabilitationsdienste und -einrichtungen erbracht (§ 21 Abs. 1 SGB IX).

Auch die gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) leistet ihren Versicherten im Schadensfall die Versorgung mit Heilmitteln (§ 27 Abs. 1 Nr. 4 SGB VII), wovon die physiotherapeutische Behandlung umfasst ist.

Die Hilfen zur Gesundheit der Sozialhilfe (SGB XII) umfassen ebenso physiotherapeutische Maßnahmen. Die Ausführungen zur Einbindung der Physiotherapeuten in die Gesetzliche Krankenversicherung gelten in identischer Weise auch für den Bereich der Sozialhilfe, weil

¹⁴⁷ Zu einem Modellvorhaben s. <http://www.ifk.de/verband/wissenschaft/modellvorhaben> (Zugriff: 26.07.2012).

das Leistungs- und Leistungserbringungsrecht des SGB V hier im Wesentlichen ebenfalls Anwendung findet (vgl. § 52 Abs. 1, 3 SGB XII).

5.2.2 SGB V

5.2.2.1 Zulassung zur Leistungserbringung

Die Physiotherapie wird im Leistungserbringungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung als Heilmittel abgegeben, weshalb es zur Leistungserbringung einer von den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen erteilten Zulassung bedarf (§ 124 Abs. 1, 2, 5 SGB V). Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und vergleichbare Einrichtungen dürfen die Physiotherapie durch Personen erbringen lassen, die die Voraussetzungen einer Zulassung erfüllen (§ 124 Abs. 3 SGB V).

Physiotherapeuten, denen die Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 MPhG erteilt worden ist, erfüllen die Voraussetzung der „erforderlichen Ausbildung“ i.S.v. § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V. Der Gesetzeswortlaut grenzt die Erbringung von Physiotherapie allerdings nicht exklusiv auf Physiotherapeuten in diesem Sinne ein.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat in seinen Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V allein Physiotherapeuten als Leistungserbringer im Rahmen der physikalischen Therapie anerkannt.¹⁴⁸

Für die Zulassung ist außerdem eine Praxisausstattung vorzuhalten, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet (§ 124 Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Die Anforderungen an die Praxisausstattung sind im Allgemeinen für alle Heilmittelerbringer (Teil 1, Nr. 9) und im Speziellen für Physiotherapeuten (Teil 2, Abschnitt B, Nr. 2) in den Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V konkretisiert worden. Der Physiotherapeut muss zudem die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennen.

5.2.2.2 Art des Zugangs zur Leistungserbringung

Die Physiotherapie darf nicht direkt an die gesetzlich Versicherten abgegeben werden, sie ist vielmehr im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu verordnen (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V). Der Vertragsarzt darf die Heilmittelverordnung wiederum nur im Rahmen der Vorgaben ausstellen, die durch die Heilmittelrichtlinie vorgegeben sind.¹⁴⁹ Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in dieser Richtlinie insbesondere den Katalog der verordnungsfähigen Heilmittel festzulegen (§ 92 Abs. 6 Nr. 1, Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V).¹⁵⁰ Dieser Katalog enthält Maßnahmen der physikalischen Therapie, die bestimmten Indikationen zugeordnet werden.¹⁵¹

Das Ordnungsverhalten der Vertragsärzte wird außerdem durch die Heilmittel- und Richtgrößenvereinbarung beeinflusst (vgl. § 84 Abs. 8 SGB V).

¹⁴⁸ Abschnitt B., Nr. 1.1 der Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V (wie Fn. 77).

¹⁴⁹ Wie Fn. 78, S. 5 ff.

¹⁵⁰ Zweiter Teil der Heilmittel-Richtlinie, Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen (Heilmittelkatalog).

¹⁵¹ Siehe §§ 17-26 der Heilmittel-Richtlinie.

5.2.2.3 Leistungsgestaltung

Die Heilmittel-Richtlinie enthält außerdem Regelungen, welche die Leistungsgestaltung betreffen. Daneben könnten in Gemeinsamen Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 Satz 1 SGB V leistungsgestaltende Vorschriften aufgenommen werden. Für den Bereich der Physiotherapie existiert momentan allerdings keine derartige Empfehlung.¹⁵² Leistungsbeschreibungen und Weiterbildungserfordernisse können außerdem in den Verträgen nach § 125 Abs. 2 SGB V formuliert werden.

Im Abschnitt D der Heilmittel-Richtlinie werden die Maßnahmen der physikalischen Therapie beschrieben. Im Abschnitt C wird die Zusammenarbeit der Heilmittelerbringer mit den Vertragsärzten und anderen Heilmittelerbringern geregelt.

5.2.2.4 Qualitätssicherung

Der Gesetzgeber hat den Partnern der Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 Satz 1 SGB V die Aufgabe zugewiesen, qualitätssichernde Vereinbarungen zu treffen (§ 125 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V).

Daneben sehen die Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V qualitätssichernde Regelungen insoweit vor, als dass sie allgemeine und spezielle für die Erbringung von Physiotherapie erforderliche Merkmale für die Praxisausstattung voraussetzen (Abschnitt B. PHYSIOTHERAPEUTEN / KRANKENGYMNASTEN).

Die Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V dürfen ebenfalls Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung enthalten.

5.2.2.5 Vergütung

Die Rechtsgrundlage für die Vergütungsgestaltung ist § 125 Abs. 2 Satz 1 SGB V in Verbindung mit den vertraglichen Vereinbarungen nach § 125 Abs. 2 SGB V. Es bestünde die Möglichkeit, in gemeinsamen Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 Satz 1 SGB V Vergütungsstrukturen und Maßnahmen zur Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung vorzusehen (§ 125 Abs. 2 SGB V). Aktuell beschränkt sich die Rahmenempfehlung im Bereich der Physiotherapie jedoch auf die Regelung der Anerkennung im Ausland erworbener Qualifikationen.¹⁵³ Die Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V regeln die Preise und das Abrechnungsverfahren.

5.2.2.6 Nutzerstellung

Zur Nutzerstellung existieren keine besonderen Vorschriften.

¹⁵² Vgl. Butzer in: Becker, Ulrich; Kingreen, Thorsten (Hrsg.), 2012, SGB V, § 125 Rn. 7. Nur für die Anerkennung im Ausland erworbener Qualifikationen existiert eine Rahmenempfehlung, die unter <http://www.gkv-spitzenverband.de> abgerufen werden kann (Stand: Juli 2014).

¹⁵³ Eine Auflistung der aktuell gültigen Rahmenvereinbarungen findet sich unter http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/heilmittel/vereinbarungen_mit_heilmittelerbringern/s_vereinbarungen_mit_heilmittelerbringern.jsp (Stand: 30.7.2014).

5.2.3 Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)

5.2.3.1 Zugang zur Leistungserbringung

Das Leistungserbringungsrecht der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) enthält kein Zulassungsverfahren für Heilmittelerbringer. Die Beziehung zwischen den Unfallversicherungsträgern und den Heilmittelerbringern ist in Verträgen auszugestalten (§ 34 Abs. 8 Satz 1 SGB VII). Der entsprechende Vertrag¹⁵⁴ verweist für die Zulassung von selbstständigen Physiotherapeuten zur Leistungserbringung in der gesetzlichen Unfallversicherung auf die Zulassungsempfehlungen, die für die Heilmittelerbringer der Gesetzlichen Krankenversicherung gelten (vgl. § 124 Abs. 4 SGB V). Der Vertrag setzt weiterhin voraus, dass der Praxisinhaber, ein in der Praxis angestellter Physiotherapeut oder ein regelmäßig tätiger freier Mitarbeiter, zusätzlich mindestens zwei Jahre berufspraktische Erfahrungszeit nachweist.¹⁵⁵

5.2.3.2 Art des Zugangs zur Leistungserbringung

Die Modalitäten der Leistungserbringung werden durch den Vertrag nach § 34 Abs. 8 SGB VII konkretisiert. Die zugelassenen Praxen dürfen die Physiotherapie nicht ohne weiteres an die Versicherten abgeben. Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung, ist auch die Abgabe von Heilmitteln zulasten der gesetzlichen Unfallversicherung nur nach vorheriger ärztlicher Verordnung möglich (siehe § 30 SGB VII). Ein Physiotherapeut darf zudem nur dann tätig werden, wenn er von einem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung oder von einem Arzt mit der Behandlung beauftragt wird, der von den Unfallversicherungsträgern bevollmächtigt ist (§ 3 Abs. 1 Satz 1 des Vertrages nach § 34 Abs. 8 SGB VII). Die Behandlung muss zudem grundsätzlich innerhalb von einer Woche begonnen werden; anderenfalls kann keine Vergütung beansprucht werden (§ 3 Abs. 1 Satz 1 des Vertrages nach § 34 Abs. 8 SGB VII).

5.2.3.3 Leistungsgestaltung

Die Vertragsparteien haben ein Leistungs- und Gebührenverzeichnis¹⁵⁶ vereinbart, in welchem sie die abrechenbaren Leistungen festgelegt haben. Nur die darin aufgeführten Leistungen dürfen zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung erbracht werden.

5.2.3.4 Qualitätssicherung

Dem Vertrag sind keine besonderen Regelungen zur Qualitätssicherung zu entnehmen.

¹⁵⁴ Vertrag zwischen den Unfallversicherungsträgern einerseits und den Berufsverbänden der Physiotherapeuten andererseits vom 1.1.2007 (abrufbar unter: <http://www.dguv.de/de/Rehabilitation-Leistungen/Vergütung-der-Leistungserbringer/index.jsp>, Stand: 23.6.2014).

¹⁵⁵ Hiervon müssen mindestens sechs Monate in klinischen Fachbereichen absolviert worden sein, die für die Versorgung Unfallverletzter oder Berufskrankter relevant sind. Ersatzweise genügt die Ableistung der berufspraktischen Erfahrungszeit in einer Praxis, die für die Behandlung Unfallverletzter zugelassen ist, in der dann mindestens 20 Unfallverletzte durch den Physiotherapeuten behandelt wurden.

¹⁵⁶ Leistungs- und Gebührenverzeichnis für den Bereich der Krankengymnastik/physikalischen Therapie (unfallrelevante A-Positionen) gültig ab dem 1.3.2014 (abrufbar unter: <http://www.dguv.de/de/Rehabilitation-Leistungen/Verg%C3%B4tung-der-Leistungserbringer/index.jsp>).

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil II

5.2.3.5 Vergütung

Die Physiotherapeuten erhalten für die Leistungserbringung eine Vergütung, deren Höhe sich aus der Anlage des Vertrages ergibt (§ 4 i.V.m. der Anlage „Leistungs- und Gebührenverzeichnis“ des Vertrages nach § 34 Abs. 8 SGB VII).

5.2.3.6 Nutzerstellung

Hierzu liegen keine Regelungen vor.

6 Literaturverzeichnis

Becker, Ulrich; Kingreen, Thorsten (Hrsg.). 2012. *SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung - Kommentar.* München : C.H. Beck, 2012. 3. Aufl..

Dielmann, Gerd. 2013. *Krankenpflegegesetz.* Frankfurt am Main : Mabuse, 2013. 3. Auflage.

Hiersche, Frank. 2003. *Die rechtliche Position der Hebamme bei der Geburt. Vertikale oder horizontale Arbeitsteilung.* Frankfurt am Main; Berlin; Bern; Bruxelles; New York; Oxford; Wien : Peter Lang, 2003.

Igl, Gerhard (Hrsg.). 2011 ff.. *Recht der Gesundheitsfachberufe, Heilpraktiker und sonstigen Berufe im Gesundheitswesen.* Heidelberg : medhochzwei, 2011 ff. 70. Aktualisierung August 2014.

Igl, Gerhard. 2013a. Rechtsgutachten, erstellt für den Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl). [Hrsg.] Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl). *Rechtliche Zulässigkeit der Aufnahme von Studiengängen in die Liste der zulassungsfähigen Studiengänge nach den Zulassungsempfehlungen gemäß § 124 Abs. 4 SGB V.* Frechen : Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl), April 2013a.

—. **2008.** *Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit – Voraussetzungen und Anforderungen.* München : Urban & Vogel, 2008. S. 169.

Schneider, Alfred. 2004. Modernisierung der Krankenpflegeausbildung. *MedR.* 2004, S. 90-94.

Spickhoff, Andreas (Hrsg.). 2014. *Medizinrecht.* München : C.H. Beck, 2014. 2. Auflage.

Storsberg, Annette, Neumann, Claudia und Neiheiser, Ralf. 2006. *Krankenpflegegesetz. Kommentar.* Stuttgart : Kohlhammer, 2006. 6., vollständig überarbeitete Auflage.

Udsching, Peter, et al. 2010. *SGB XI Soziale Pflegeversicherung.* München : C.H. Beck, 2010. Kommentar, 3. Auflage.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil II

Teil III

Rechtliche Rahmenbedingungen des Modellvorhabens und Einbettung in die ausbildungspolitische Diskussion

Inhaltsübersicht

1	RECHTLICHER RAHMEN DER MODELLVORHABEN IN NORDRHEIN-WESTFALEN	- 1 -
1.1	Rechtsquellen und Regelungsebenen für die Modellvorhaben	- 1 -
1.2	Unionsrechtliche Vorgaben	- 1 -
1.2.1	Berufsrechtliche Vorgaben	- 1 -
1.2.2	Hochschulrechtliche Vorgaben	- 2 -
1.2.3	Sonstiges Europarecht	- 2 -
1.3	Bundesrechtliche Vorgaben	- 3 -
1.3.1	Verfassungsrecht: Staatliche Verantwortung für den Gesundheitsschutz	- 3 -
1.3.2	Modellklauseln aus den Jahren 2000 und 2009.....	- 4 -
1.3.3	Andere Modellklauseln	- 9 -
1.4	Landesrechtliche Vorgaben	- 9 -
2	MÖGLICHE KOLLISIONEN ZWISCHEN HEILBERUFERECHT UND HOCHSCHULRECHT	- 12 -
2.1	Allgemeine Grundsätze zur Lösung von Gesetzeskollisionen	- 12 -
2.2	Rangverhältnisse zwischen Unionsrecht, Gesundheitsberuferecht und Hochschulausbildungs- und prüfungsrecht im Rahmen der Modellvorhaben.....	- 12 -
2.2.1	Rangverhältnisse zum Unionsrecht.....	- 12 -
2.2.2	Allgemeine Rangverhältnisse im deutschen Recht	- 13 -
2.2.3	Ebene des Bundesrechts	- 13 -
2.2.4	Ebene des Landesrechts.....	- 14 -
2.2.5	Zusammenfassung zu den Rangverhältnissen	- 15 -
2.3	Zeitlich vorrangiges Gesetz – Spezialitätsgrundsatz.....	- 15 -
2.4	Zusammenfassung zu den Kollisionslagen.....	- 16 -
2.4.1	Gegenwärtige rechtliche Situation	- 16 -
2.4.2	Künftige Gestaltungsanforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten.....	- 17 -
3	AUSBILDUNGS- UND GESUNDHEITSBERUFEPOLITISCHE DISKUSSIONSZUSAMMENHÄNGE	- 19 -
3.1	Empfehlungen des Wissenschaftsrates zu hochschulischen Qualifikationen im Gesundheitswesen .	- 19 -
3.2	Zur Situation der gesundheitsberuflichen Ausbildung in der Europäischen Union.....	- 21 -
3.3	Zur internationalen Diskussion über Berufe im Gesundheitswesen	- 22 -
4	LITERATURVERZEICHNIS	- 23 -

Inhaltsverzeichnis

1	RECHTLICHER RAHMEN DER MODELLVORHABEN IN NORDRHEIN-WESTFALEN	- 1 -
1.1	Rechtsquellen und Regelungsebenen für die Modellvorhaben	- 1 -
1.2	Unionsrechtliche Vorgaben	- 1 -
1.2.1	Berufsrechtliche Vorgaben	- 1 -
1.2.2	Hochschulrechtliche Vorgaben	- 2 -
1.2.3	Sonstiges Europarecht	- 2 -
1.3	Bundesrechtliche Vorgaben	- 3 -
1.3.1	Verfassungsrecht: Staatliche Verantwortung für den Gesundheitsschutz	- 3 -
1.3.2	Modellklauseln aus den Jahren 2000 und 2009.....	- 4 -
1.3.2.1	Entstehungsgeschichte.....	- 4 -
1.3.2.2	Gesetzliche Regelungen.....	- 6 -
1.3.2.2.1	Altenpflegegesetz	- 6 -
1.3.2.2.2	Krankenpflegegesetz.....	- 6 -
1.3.2.2.3	Hebammengesetz	- 7 -
1.3.2.2.4	Logopädengesetz	- 7 -
1.3.2.2.5	Ergotherapeutengesetz	- 7 -
1.3.2.2.6	Physiotherapeuten (Masseur- und Physiotherapeutengesetz).....	- 8 -
1.3.2.3	Richtlinie des Bundesministeriums für Gesundheit	- 8 -
1.3.3	Andere Modellklauseln	- 9 -
1.4	Landesrechtliche Vorgaben	- 9 -
2	MÖGLICHE KOLLISIONEN ZWISCHEN HEILBERUFERECHT UND HOCHSCHULRECHT	- 12 -
2.1	Allgemeine Grundsätze zur Lösung von Gesetzeskollisionen.....	- 12 -
2.2	Rangverhältnisse zwischen Unionsrecht, Gesundheitsberuferecht und Hochschulausbildungs- und prüfungsrecht im Rahmen der Modellvorhaben.....	- 12 -
2.2.1	Rangverhältnisse zum Unionsrecht.....	- 12 -
2.2.2	Allgemeine Rangverhältnisse im deutschen Recht	- 13 -
2.2.3	Ebene des Bundesrechts	- 13 -
2.2.3.1	Hochschulbereich	- 13 -
2.2.3.2	Heilberufebereich	- 14 -
2.2.4	Ebene des Landesrechts.....	- 14 -
2.2.4.1	Hochschulbereich	- 14 -
2.2.4.2	Heilberufebereich	- 14 -
2.2.5	Zusammenfassung zu den Rangverhältnissen	- 15 -
2.3	Zeitlich vorrangiges Gesetz – Spezialitätsgrundsatz.....	- 15 -
2.4	Zusammenfassung zu den Kollisionslagen.....	- 16 -
2.4.1	Gegenwärtige rechtliche Situation	- 16 -

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil III

2.4.2	Künftige Gestaltungsanforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten.....	- 17 -
2.4.2.1	Unionsrechtliche Maßgaben	- 17 -
2.4.2.2	Hochschulrechtliche Maßgaben	- 17 -
3	AUSBILDUNGS- UND GESUNDHEITSBERUFEPOLITISCHE DISKUSSIONSZUSAMMENHÄNGE	- 19 -
3.1	Empfehlungen des Wissenschaftsrates zu hochschulischen Qualifikationen im Gesundheitswesen .	- 19 -
3.2	Zur Situation der gesundheitsberuflichen Ausbildung in der Europäischen Union.....	- 21 -
3.3	Zur internationalen Diskussion über Berufe im Gesundheitswesen	- 22 -
4	LITERATURVERZEICHNIS.....	- 23 -

1 Rechtlicher Rahmen der Modellvorhaben in Nordrhein-Westfalen

1.1 Rechtsquellen und Regelungsebenen für die Modellvorhaben

Der rechtliche Rahmen für die Modellvorhaben in Nordrhein-Westfalen wird bestimmt durch unionsrechtliche Vorgaben, durch das deutsche Verfassungsrecht, durch die Gesetz- und Verordnungsgebung des Bundes und durch die Gesetz- und Verordnungsgebung des Landes Nordrhein-Westfalen. Hinzu kommen Regularien der zuständigen Verwaltungsbehörden.

1.2 Unionsrechtliche Vorgaben

1.2.1 Berufsrechtliche Vorgaben

Bis auf das Altenpflegegesetz enthalten alle hier einschlägigen Berufsgesetze für die Modellvorhaben die Klausel, dass die Vereinbarkeit der Ausbildung mit der Richtlinie 2005/36/EG¹ gewährleistet sein muss. Die Richtlinie 2005/36/EG enthält spezielle Anforderungen an die Ausbildungsinhalte nur für die sog. sektoral geregelten Berufe. Unter den hier interessierenden Berufen sind dies die Berufe der Krankenschwester und des Krankenpflegers für allgemeine Pflege und der Hebammen.² Für diese Berufe sind die Ausbildungsmindestanforderungen in der Richtlinie geregelt. Dies hat zur Konsequenz, dass diese Berufe in den Genuss des Grundsatzes der automatischen Anerkennung der Ausbildungsnachweise kommen (Art. 21 iVm Anhang V Richtlinie 2005/36/EG).³

Die anderen Heilberufe unterliegen hingegen dem Regime der allgemeinen Regelung für die Anerkennung von Ausbildungsnachweisen. Diese Berufe werden einem Qualifikationsniveau zugeteilt. Da es sich bei den deutschen Heilberufen um Berufe mit besonders strukturierten Ausbildungsgängen handelt, ist das Qualifikationsniveau nach Art. 11 Buchst. c) Ziff. ii) Richtlinie 2005/36/EG ausschlaggebend.⁴

¹ Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7.9.2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABl. v. 30.9.2005, L 255 S. 22, zuletzt geändert durch Art. 1 Richtlinie 2013/55/EU vom 20.11.2013, ABl. v. 28.12.2013, L 354 S. 132.

² Weitere sektoral geregelte Berufe sind die Berufe des Arztes mit Grundausbildung und des Facharztes, des Zahnarztes und Fachzahnarztes, des Tierarztes, der Hebamme, des Apothekers und des Architekten.

³ Die Ausbildung der Krankenschwestern und Krankenpfleger für allgemeine Pflege ist in Art. 31 - 33, die Ausbildung der Hebammen in Artikel 40 - 43 Richtlinie 2005/36/EG geregelt.

⁴ Die Liste in Anhang II Nr. 1 der Richtlinie 2005/36/EG ist durch Art. 1 Nr. 52 der Richtlinie 2013/55/EU gestrichen worden. Hier waren unter den für die Modellvorhaben interessierenden Berufen aufgeführt: Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(in), Krankengymnast(in)/Physiotherapeut(in), Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut(in)/(Ergotherapeut(in), Logopäde/Logopädin, Altenpfleger(in). Für diese Berufe ist anders als für die sektoralen Berufe nur der äußere Rahmen für die Ausbildung vorgegeben worden.

1.2.2 Hochschulrechtliche Vorgaben

Die maßgeblich durch den Bolognaprozess beeinflusste Hochschulreform wird auch beeinflusst durch das Regelwerk der verschiedenen Qualifikationsrahmen, die auf dem Europäischen Qualifikationsrahmen⁵ beruhen. Der EQR enthält ein System der Beschreibung von Bildungsniveaus, das acht Ebenen enthält. Auf der Grundlage des EQR ist der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) entwickelt worden.⁶ Für die Hochschulabschlüsse existiert ebenfalls ein Qualifikationsrahmen.⁷ Dieser Qualifikationsrahmen enthält die drei Qualifikationsstufen Bachelor, Master, Doktorat. Die Stufen 6 bis 8 des EQR sollen dabei den drei Stufen des Hochschulrahmens (Bachelor, Master, Doktorat) entsprechen.

Die Therapieberufe haben 2013 einen „Interdisziplinären hochschulischen Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie (FQR-ThGFB)“ verabschiedet, der 2014 veröffentlicht worden ist.⁸

1.2.3 Sonstiges Europarecht

Die Instanzen der Europäischen Union und früher der Europäischen Gemeinschaften haben sich in einigen Dokumenten mit den anderen als ärztlichen Heilberufen befasst. Hier existieren z.B. Empfehlungen zur Ausbildung in der Krankenpflege.⁹ Diese Empfehlungen enthalten ungeachtet ihrer fehlenden Bindungswirkung wichtige Hinweise für das professionelle Verständnis der Berufsausbildung. Ähnliches gilt für andere Dokumente.¹⁰

Im Rahmen des Europarates ist ein Europäisches Übereinkommen über die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern¹¹ von Interesse. Dieses

⁵ Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. April 2008 zur Einrichtung des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (Text von Bedeutung für den EWR) (2008/C 111/01), ABl. EU vom 6.5.2008, C 111/1.

⁶ Abzurufen unter: <http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de/de?t=/documentManager/sfdoc.file.detail&fileID=1347453494007> (zuletzt aufgerufen: 26.03.2013).

⁷ Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse (Im Zusammenwirken von Hochschulrektorenkonferenz, Kultusministerkonferenz und Bundesministerium für Bildung und Forschung erarbeitet und von der Kultusministerkonferenz am 21.04.2005 beschlossen), abzurufen unter: http://www.hrk.de/uploads/media/2005_Qualifikationsrahmen_HSAbschluesse.pdf (zuletzt aufgerufen: 26.03.2013).

⁸ (Arbeitsgruppe Fachqualifikationsrahmen (AG FQR), 2014).

⁹ Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege, Bericht und Empfehlung zur verlangten Fachkompetenz der für die allgemeine Pflege Verantwortlichen Krankenschwestern/Krankenpfleger in der Europäischen Union, angenommen vom Ausschuss in der Sitzung vom 13. Januar 1998 (Brüssel, den 24. Juni 1998 (XV/E/8481/4/97-DE). Diese Empfehlungen des Ausschusses richten sich an die Kommission und die Mitgliedstaaten und enthalten Vorschläge, wie diese in die (damals einschlägige) Richtlinie 77/453/EWG einbezogen werden sollen (unter Punkt IV. des Dokumentes). Diese Empfehlungen sind insofern nur als Hinweise für ein bestimmtes professionelles Verständnis der Ausbildung, nicht jedoch als die Mitgliedstaaten bindendes Recht zu verstehen.

¹⁰ So die Leitlinien über die Verringerung der Kluft zwischen Theorie und Praxis in der Ausbildung von Krankenschwestern/Krankenpflegern für die allgemeine Pflege des Beratenden Ausschusses für die Ausbildung in der Krankenpflege vom 20.03.1990, Kommission der Europäischen Gemeinschaften, III/D/5044/1/89-DE.

¹¹ Vom 25. Oktober 1967, BGBl. 1972 S. 630.

Übereinkommen enthält in Anhang I Mindestnormen für die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern. Diese Mindestnormen sind schon in die der jetzt gültigen Richtlinie 2005/36/EG vorausgehenden Richtlinien¹² und später in die deutsche Gesetz- und Verordnungsgebung eingegangen.

1.3 Bundesrechtliche Vorgaben

1.3.1 Verfassungsrecht: Staatliche Verantwortung für den Gesundheitsschutz

Wer heilend beruflich tätig ist, unterliegt besonderer rechtlicher Regulierung. Deren Zweck ist es, die Patientinnen und Patienten zu schützen. Dieser Schutzauftrag wird aus der objektivrechtlichen Verpflichtung des Staates abgeleitet, Leben und körperliche Unversehrtheit zu schützen (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG).¹³ In Hinblick auf die Ausübung von Heilkunde wird dieser Schutzauftrag insbesondere dadurch wahrgenommen, dass für die Heilberufe besondere Anforderungen an die Berufsausbildung und die Berufszulassung gestellt werden. Dies ist für die auf der Grundlage einer konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes erlassenen Heilberufegesetze geschehen, z.B. für Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpfleger, Hebammen und Entbindungspfleger, Ergo- und Physiotherapeuten, Logopäden (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG).

Berufsmäßig darf Heilkunde nur vom Arzt und vom Heilpraktiker ausgeübt werden. Der Arzt bedarf hierfür der Approbation, der Heilpraktiker einer Zulassung (§ 1 Abs. 1 HeilprG)¹⁴. Der Heilkundebegriff ist in § 1 Abs. 2 HeilprG festgelegt:

Die Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird.

Heilkunde wird in bestimmten Bereichen und mit bestimmten Aufgaben und Tätigkeiten auch von den anderen als ärztlichen Heilberufen ausgeübt. Diese Heilberufe genießen nach den jeweiligen Heilberufsgesetzen (nur) einen Berufsbezeichnungsschutz. Sie bedürfen aber für die Ausübung der Bereiche der Heilkunde, für die sie gemäß dem jeweiligen Heilberufsgesetz ausgebildet worden sind, keiner speziellen Zulassung. Funktional kann der Berufsbezeichnungsschutz, den die anderen als ärztlichen Heilberufe genießen, aber einer Zulassung zu diesem Beruf gleichgestellt werden, genauso wie die Approbation und die Heilpraktikererlaubnis eine Berufszulassung ausmachen.

¹² Richtlinie 77/452/EWG und Richtlinie 77/453/EWG des Rates, die die Tätigkeiten der Krankenschwester und des Krankenpflegers, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, betreffen. Vgl. auch Erwägungsgrund Nr. 9 der Richtlinie 2005/36/EG.

¹³ Vgl. dazu Jarras, et al., 2012, Art. 2, Rn. 91 ff.

¹⁴ § 1 Abs. 1 HeilprG: „Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis.“ S. insgesamt Sasse, 2011.

1.3.2 Modellklauseln aus den Jahren 2000 und 2009

1.3.2.1 Entstehungsgeschichte

Die bundesrechtliche Gesetzesgrundlage aus dem Jahr 2009 für die Modellvorhaben erfasst nur die Berufe der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten erfasst.¹⁵ Zwei weitere Modellklauseln sind bereits im Jahr 2000 für die Berufe der Alten- und der Krankenpfleger eingeführt worden. Diese sind im Jahr 2000 im Zusammenhang der Gesetzgebung zur Altenpflegeausbildung entstanden.¹⁶ Im ursprünglichen Gesetzentwurf zum Altenpflegegesetz war die Modellklausel nicht enthalten.¹⁷ Sie ist erst durch eine Empfehlung des Ausschusses für Familie und Senioren eingefügt worden.¹⁸ In der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ist dann die Modellklausel auch für das Krankenpflegegesetz aufgenommen worden.¹⁹ In den Gesetzesmaterialien sind für diese Modellklauseln keine Hinweise zu einer hochschulischen Ausbildung enthalten.

Die Modellklauseln aus dem Jahr 2009 beruhen auf einem Beschluss der 80. Gesundheitsministerkonferenz 2007. Unter dem Tagesordnungspunkt „7.2 Öffnungsklausel zur Erprobung neuer Ausbildungsformen in den Berufsgesetzen der Gesundheitsfachberufe (mit Ausnahme der Pflegeberufe)“ hat die Gesundheitsministerkonferenz einstimmig Folgendes beschlossen:²⁰

„Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder befürworten die Aufnahme einer Erprobungsklausel analog § 4 Abs. 6 des Krankenpflegegesetzes in die Berufsgesetze der übrigen Gesundheitsfachberufe. Sie bitten das Bundesministerium für Gesundheit, einen Gesetzentwurf zu erarbeiten und in das Gesetzgebungsverfahren zu geben.“

Zu dem in den Bundesrat eingebrachten Gesetzesantrag des Landes Nordrhein-Westfalen²¹ hat die Bundesregierung, die den Gesetzentwurf begrüßt hat, kritisch Stellung genommen. Die Stellungnahme betrifft auch Fragen, die zum Teil im Rahmen der Evaluation der Modellvorhaben aufgeworfen worden sind:²²

¹⁵ Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 25.09.2009, BGBl. I S. 3158.

¹⁶ Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) sowie zur Änderung des Krankenpflegegesetzes vom 17.11.2000, BGBl. I S. 1513.

¹⁷ Deutscher Bundestag, Drucksache 14/1578.

¹⁸ Bundesrat, Drucksache 162/2/99, S. 6. Sie enthielt damals auch einen Passus zur Vereinbarkeit mit den maßgeblichen EG-rechtlichen Bestimmungen. Zur Begründung wurde ausgeführt: „Längerfristig besteht ein grundlegender Änderungsbedarf für die Ausbildung im Berufsfeld Pflege. Ein Öffnungsklausel, die es den Ländern ermöglicht, neue Wege für diese Ausbildung zu erproben und zu gewährleisten, ist deshalb nützlich und konsequent, wenn der Reformbedarf bejaht wird.“

¹⁹ Deutscher Bundestag, Drucksache 14/3736, S. 8 und 20f.

²⁰ <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?jahr=2007>.

²¹ Bundesrat, Drucksache 256/08.

²² Deutscher Bundestag, Drucksache 16/9898, Anlage 2, S. 7.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil III

„So fehlen dem Gesetzentwurf, obwohl er von Modellvorhaben ausgeht, wesentliche Elemente wie Aussagen zur Dauer der zeitlichen Befristung, zur Evaluation sowie dem Umgang mit den Ergebnissen der Modelle: Letzteres erscheint der Bundesregierung insbesondere im Hinblick auf die Frage wichtig, ob die Erprobung auf eine dauerhafte Etablierung von akademischen und nichtakademischen Ausbildungen nebeneinander oder eine Akademisierung der grundständigen Ausbildungen abzielt. Diese Aussagen sind aus Sicht der Bundesregierung von Bedeutung, weil Modellvorhaben generell die Einheitlichkeit der Berufsqualifikationen gefährden. Sie sind aber auch für die Patientinnen und Patienten wichtig, die über die Qualifikation ihrer Behandler informiert sein wollen, wie für die Bewerberinnen und Bewerber bei der Frage, welchen Ausbildungsweg sie einschlagen werden und welche Zukunftsperspektiven die Wahl des Ausbildungsgangs bietet.

Der Gesetzentwurf lässt darüber hinaus aus Sicht der Bundesregierung verschiedene Rechtsfragen offen. Sie betreffen die Unterscheidung der Abschlüsse nach außen, wenn sowohl die Regelausbildung wie eine akademische Ausbildung dazu führt, dass das Führen der gleichen Berufsbezeichnung erlaubt wird. Der Gesetzentwurf geht nicht auf mögliche finanzielle Auswirkungen auf das Gesundheitssystem ein, wenn akademisch qualifizierte Bewerberinnen und Bewerber zur Verfügung stehen. Eine Sonderfrage stellt sich zudem bei der Hebammenausbildung, die den Abschluss eines Ausbildungsvertrages nach dem Vorbild des Berufsbildungsgesetzes inklusive der Verpflichtung zur Zahlung einer Ausbildungsvergütung zwingend vorsieht. Ohne weitere Regelungen wären auch die Hochschulen zur Einhaltung dieser Bestimmungen verpflichtet.

Dem Gesetzentwurf fehlt schließlich eine Begründung zur Auswahl der darin enthaltenen Berufe, weil er nicht alle dreijährig ausgebildeten Gesundheitsfachberufe (es fehlen z. B. Diätassistenten, MTA) umfasst.“

Den hier aufgeworfenen Fragen ist dann insoweit Genüge geleistet worden, als die Modellvorhaben evaluiert werden²³ und dass für die Modellvorhaben bei den Hebammen die Verpflichtung zur Zahlung einer Ausbildungsvergütung aufgehoben worden ist (vgl. § 20a HebG).

Die Modellvorhaben sind in den Heilberufegesetzen des Bundes geregelt.²⁴ Das Bundesrecht gibt den Ländern hierfür einen Rahmen für die Abweichung. Die Abweichungen haben unterschiedliche Zielsetzungen: Bei den Alten- und Krankenpflegern geht es um Abweichungen, die sich auf die zeitlich befristete Erprobung von Ausbildungsangeboten beziehen, die der Weiterentwicklung der Pflegeberufe unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen (so für die Alten- und Krankenpfleger) dienen sollen. Bei den Hebammen, den Ergotherapeuten, den Logopäden und den Physiotherapeuten geht es um die Weiterentwicklung der jeweiligen Berufe unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen sowie moderner berufspädagogischer Erkenntnisse.

²³ S. dazu Bekanntmachung von Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben nach § 4 Absatz 6 Satz 3 des Ergotherapeutengesetzes, § 6 Absatz 4 Satz 3 des Hebammengesetzes, § 4 Absatz 6 Satz 3 des Logopädengesetzes und § 9 Absatz 3 Satz 3 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes vom 16. November 2009, BAnz 2009, Nr. 180, S. 4052.

²⁴ S. die Zitierung der Vorschriften in § 1 der Verordnung über die Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Berufe in der Alten- und Krankenpflege, für Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten vom 25. Februar 2010 (GV. NRW. 2010, 177).

1.3.2.2 Gesetzliche Regelungen

Da sich die Modellvorhaben in Nordrhein-Westfalen sowohl auf die Modellvorhabensregelungen aus dem Jahre 2000 (Alten- und Krankenpflege) als auch auf diejenigen des Jahres 2009 (Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten) stützen, ergeben sich unterschiedliche Regelungsstrukturen und -inhalte.

So enthalten die Modellvorhabensregelungen aus dem Jahr 2000 keine Vorschriften zum *Entfall der Ausbildungsvergütung*, während für die Modellvorhaben der Hebammen (2009) eine entsprechende Regelung zur Nichtzahlung der Ausbildungsvergütung getroffen worden ist (§ 20a HebG).

Weiter enthalten die Regelungen zu den Modellvorhaben 2000 anders als die Regelungen zu den Modellvorhaben 2009 keine Hinweise zur *Evaluation*²⁵ und zur *Berichtspflicht*²⁶ seitens der Länder und des Bundes.

Schließlich ergeben sich Unterschiede in Hinblick auf *Abweichungsmöglichkeiten beim theoretischen und praktischen Unterricht und bei der praktischen Ausbildung*. Während bei den Modellvorhaben 2009 bei der *praktischen Ausbildung* von den bestehenden gesetzlichen Regelungen nicht abgewichen werden kann, ist dies bei den Modellvorhaben 2000 möglich.

1.3.2.2.1 Altenpflegegesetz

§ 4 Abs. 6 AltPflG lautet:

Zur zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung der Pflegeberufe unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen dienen sollen, können die Länder von den Absätzen 2, 3 und 4 sowie von der nach § 9 zu erlassenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung abweichen, sofern das Ausbildungsziel nicht gefährdet wird.

Die Vorschrift nimmt Bezug auf den Ort des Unterrichts (§ 4 Abs. 2 AltPflG), den Ort der praktischen Ausbildung (§ 4 Abs. 3 AltPflG) und die Gesamtverantwortung für die Ausbildung und die Praxisbegleitung und –anleitung (§ 4 Abs. 4 AltPflG).

1.3.2.2.2 Krankenpflegegesetz

§ 4 Abs. 6 KrPflG lautet:

Zur zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung der Pflegeberufe unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen dienen sollen, können die Länder von Absatz 2 Satz 1 sowie von der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nach § 8 abweichen, sofern das Ausbildungsziel nicht gefährdet wird und die Vereinbarkeit der Ausbildung mit der Richtlinie 2005/36/EG gewährleistet ist.

Die Vorschrift nimmt Bezug auf die Orte des Unterrichts (§ 4 Abs. 2 Satz 1 KrPflG), nicht jedoch die Orte der praktischen Ausbildung, die in § 4 Abs. 2 Satz 3 KrPflG geregelt sind.

²⁵ § 4 Abs. 6 ErgThG; § 6 Abs. 4 HebG; § 4 Abs. 6 LogopG; § 9 Abs. 3 MPhThG.

²⁶ § 4 Abs. 7 ErgThG; § 6 Abs. 5 HebG; § 4 Abs. 7 LogopG; § 9 Abs. 4 MPhThG.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil III

Anders als bei der Modellklausel zur Altenpflege wird bei der Krankenpflege auf die Vereinbarkeit der Ausbildung mit der Richtlinie 2005/36/EG hingewiesen. Dieser Unterschied erklärt sich aus der Tatsache, dass die Altenpflege nicht Gegenstand dieser Richtlinie ist.

1.3.2.2.3 Hebammengesetz

§ 6 Abs. 3 HebG lautet:

Zur Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung des Hebammenberufs unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen sowie moderner berufspädagogischer Erkenntnisse dienen sollen, können die Länder von Absatz 1 Satz 3 abweichen. Abweichungen von der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger sind nur zulässig, soweit sie den theoretischen und praktischen Unterricht in § 1 Absatz 1 Satz 1 sowie die Anlage 1 der Verordnung betreffen. Im Übrigen gilt die Verordnung unverändert mit der Maßgabe, dass an die Stelle der Schule die Hochschule tritt. Dabei haben die Hochschulen die praktische Ausbildung im Rahmen einer Regelung mit Krankenhäusern sicherzustellen. Durch die Erprobung darf das Erreichen des Ausbildungsziels nicht gefährdet werden. Die Vereinbarkeit der Ausbildung mit der Richtlinie 2005/36/EG ist zu gewährleisten.

Die Vorschrift bezieht sich auf den Ort des Unterrichts und der praktischen Ausbildung (§ 6 Abs. 1 Satz 3 HebG). Abweichungen sind nur beim theoretischen und praktischen Unterricht, nicht bei der praktischen Ausbildung, möglich. Weiter wird, wie bei allen Vorschriften zu den Modellvorhaben 2009, die Ersetzung der Schule durch die Hochschule postuliert.

1.3.2.2.4 Logopädengesetz

§ 4 Abs. 5 LogopG lautet:

Zur Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung des Logopädenberufs unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen sowie moderner berufspädagogischer Erkenntnisse dienen sollen, können die Länder von Absatz 1 abweichen. Abweichungen von der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden sind nur zulässig, soweit sie den theoretischen und praktischen Unterricht in § 1 Absatz 1 sowie die Anlage 1 der Verordnung betreffen. Im Übrigen gilt die Verordnung unverändert mit der Maßgabe, dass an die Stelle der Schule die Hochschule tritt. Durch die Erprobung darf das Erreichen des Ausbildungsziels nicht gefährdet werden. Die Vereinbarkeit der Ausbildung mit der Richtlinie 2005/36/EG ist zu gewährleisten.

Die Vorschrift bezieht sich auf den Ort der Ausbildung (§ 4 Abs. 1 LogopG). Abweichungen sind nur beim theoretischen und praktischen Unterricht, nicht bei der praktischen Ausbildung möglich. Weiter wird, wie bei allen Vorschriften zu den Modellvorhaben 2009, die Ersetzung der Schule durch die Hochschule postuliert.

1.3.2.2.5 Ergotherapeutengesetz

§ 4 Abs. 5 ErgThG lautet:

Zur Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung des Ergotherapeutenberufs unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen sowie moderner berufspädagogischer Erkenntnisse dienen sollen, können die Länder von Absatz 1 abweichen. Abweichungen von der Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sind nur zulässig, soweit sie den theoretischen und praktischen Unterricht in § 1 Absatz 1 sowie die Anlage 1 Buchstabe A der Verordnung betreffen. Im Übrigen gilt die Verordnung unverändert mit der

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil III

Maßgabe, dass an die Stelle der Schule die Hochschule tritt. Durch die Erprobung darf das Erreichen des Ausbildungsziels nicht gefährdet werden. Die Vereinbarkeit der Ausbildung mit der Richtlinie 2005/36/EG ist zu gewährleisten.

Die Vorschrift bezieht sich auf den Ort der Ausbildung (§ 4 Abs. 1 ErgThG). Abweichungen sind nur beim theoretischen und praktischen Unterricht, nicht bei der praktischen Ausbildung möglich. Weiter wird, wie bei allen Vorschriften zu den Modellvorhaben 2009, die Ersetzung der Schule durch die Hochschule postuliert.

1.3.2.2.6 Physiotherapeuten (Masseur- und Physiotherapeutengesetz)

§ 9 Abs. 2 MPhG lautet:

Zur Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung des Physiotherapeutenberufs unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen sowie moderner berufspädagogischer Erkenntnisse dienen sollen, können die Länder von Absatz 1 Satz 2 erster Halbsatz abweichen. Abweichungen von der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten sind nur zulässig, soweit sie den theoretischen und praktischen Unterricht in § 1 Absatz 1 sowie die Anlage 1 Buchstabe A der Verordnung betreffen. Im Übrigen gilt die Verordnung unverändert mit der Maßgabe, dass an die Stelle der Schule die Hochschule tritt. Durch die Erprobung darf das Erreichen des Ausbildungsziels nicht gefährdet werden. Die Vereinbarkeit der Ausbildung mit der Richtlinie 2005/36/EG ist zu gewährleisten.

Die Vorschrift bezieht sich auf den Ort der Ausbildung (§ 9 Abs. 1 Satz 2 MPhG). Abweichungen sind nur beim theoretischen und praktischen Unterricht, nicht bei der praktischen Ausbildung möglich. Weiter wird, wie bei allen Vorschriften zu den Modellvorhaben 2009, die Ersetzung der Schule durch die Hochschule postuliert.

1.3.2.3 Richtlinie des Bundesministeriums für Gesundheit

In einer Bekanntmachung hat das Bundesministerium für Gesundheit Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben erlassen.²⁷ Diese Richtlinien erfordern auch eine Bewertung in Hinblick auf eine dauerhafte Etablierung akademischer Erstausbildungen und damit einhergehende Änderungen in den Berufsgesetzen.²⁸ Über diese explizite Aufforderung zu einer rechtlichen Bewertung hinaus enthalten die Richtlinien auch ausbildungs- und prüfungsinhaltliche Fragenstellungen, die Rechtsprobleme berühren. Dies gilt insbesondere für die Fragen zur staatlichen Prüfung²⁹ und zu den Ausbildungskosten³⁰:

1.3 Staatliche Prüfung

Die staatliche Prüfung umfasst einen schriftlichen, mündlichen und praktischen Teil. Bei einer Ausbildung an Hochschulen sind folgende Fragen zu beantworten:

1.3.1 Wie wird die Prüfung an der Hochschule organisiert?

1.3.2 Welche Auswirkungen hat die Ansiedlung der Ausbildung an die Hochschule auf die Zusammensetzung der Prüfungskommission?

²⁷ S. Fn. 23.

²⁸ Unter II. 1.2 der Richtlinien (wie Fn. 23).

²⁹ Unter I. 1.3 der Richtlinien (wie Fn. 23).

³⁰ Unter I. 1.4 der Richtlinien (wie Fn. 23).

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil III

1.3.3 Sind bei den Hochschulen besondere Schwierigkeiten mit der Umsetzung der Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zur staatlichen Prüfung aufgetreten? Wenn ja, welche?

1.3.4 Waren im Hinblick auf die bestehenden Abweichungsmöglichkeiten beim theoretischen und praktischen Unterricht Probleme mit der Umsetzung der Prüfungsvorschriften erkennbar? Wenn ja, welche?

1.3.5 Enthalten die hochschulischen Ausbildungen Inhalte und Kompetenzen, die über die Regelungen der staatlichen Prüfung hinaus geprüft werden sollten oder wurden?
(...).

1.4 Ausbildungskosten

Die Ausbildungen im Bereich der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie finden an Fachschulen des Gesundheitswesens statt. Eine Ausbildungsvergütung gibt es nicht. Die Zahlung von Schulgeld, über das sich insbesondere die privaten Schulen refinanzieren, ist üblich. In der Hebammenausbildung wird eine Ausbildungsvergütung gezahlt. Die Ausbildung wird über die Krankenhausfinanzierung refinanziert. Diese Regelungen wurden für die Erprobung von Hochschulausbildungen abbedungen.

Hieraus ergeben sich folgende Fragen:

1.4.1 Welche finanziellen Auswirkungen hat eine Hochschulausbildung auf die Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer? Welche Kosten entstehen ihnen?

1.4.2 Welche finanziellen Auswirkungen hat eine Hochschulausbildung auf die Hochschulen? Entstehen zusätzliche Kosten? Wenn ja, welche und wie hoch sind diese?

1.4.3 Wie stellen sich die Kosten für die Ausbildungen an Hochschulen im Vergleich zu den Ausbildungen an Fachschulen dar?

1.4.4 Ergeben sich aus der akademischen Erstausbildung Folgekosten für das Gesundheitssystem? Wenn ja, welche und in welcher Höhe?

1.3.3 Andere Modellklauseln

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008)³¹ sind ebenfalls Modellklauseln eingeführt worden. Diese betreffen Modellvorhaben im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (§ 63 Abs. 3b und 3c SGB V) und haben auch Auswirkungen auf die Ausbildung der betreffenden Berufe, wobei ist nicht um eine hochschulische Ausbildung geht. Da solche Modellvorhaben zurzeit im Rahmen des SGB V zurzeit nicht durchgeführt werden, sind sie nicht Gegenstand der Modellvorhaben in Nordrhein-Westfalen, obwohl die Modellvorhabenverordnung darauf Bezug nimmt.

1.4 Landesrechtliche Vorgaben

Das Land Nordrhein-Westfalen hat von der Möglichkeit, Modellvorhaben einzurichten, mit der Verordnung über die Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Berufe in der Alten- und Krankenpflege, für Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten³² Gebrauch gemacht. Die Ermächtigungsgrundlage für die Verordnung ist in § 2

³¹ Vom 28.05.2008, BGBl. I S. 874.

³² Verordnung über die Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Berufe in der Alten- und Krankenpflege, für Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten vom 25. Februar 2010, GV. NRW 2010, 177 (hier zitiert nach der juris-Abkürzung: ModWeitEntwAltKrPflV).

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil III

Abs. 2 des Gesundheitsfachberufweiterentwicklungsgesetz (GBWEG) gegeben.³³ Die Verordnung enthält Vorschriften zur Genehmigung von Modellvorhaben (§ 2), zur Qualifikation des Lehrpersonals (§ 3), zu den möglichen Abweichungen von den Berufsgesetzen und den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (§ 4), zu den Prüfungsverfahren (§ 5) sowie zur wissenschaftlichen Begleitung und Evaluierung (§ 6).

Modellträger sind Hochschulen (§ 2 Abs. 3 Satz 1), die die Gesamtverantwortung für die Ausbildung tragen (§ 2 Abs. 3 Satz 2). Wenn die Hochschule nur teilweise an die Stelle einer staatlich anerkannten Fachschule des Gesundheitswesens tritt (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 1 2. Alternative), kann sie nur für ihren Ausbildungsteil die Gesamtverantwortung übernehmen.

Die Modellvorhaben bedürfen einer Genehmigung (§ 4). Dafür werden neben verschiedenen strukturellen Voraussetzungen (vgl. § 2 Abs. 2 Satz 2, § 3) zwei inhaltliche Anforderungen erforderlich. Die *erste Anforderung* bestimmt eine Begrenzung, wonach das Ausbildungsziel nicht gefährdet sein darf (§ 2 Abs. 1 Satz 1). Gemeint ist damit das Ausbildungsziel, das in den Berufsgesetzen festgelegt ist und das sich in den Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsordnungen spiegelt. Diese Gefährdungsklausel findet sich auch in den Modellvorhabensvorschriften in den (Bundes-)Heilberufsgesetzen. Die Gefährdungsklausel wird ein weiteres Mal bei den Abweichungen von den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen herangezogen (§ 4 Abs. 1 Satz 1). Damit betonen Bundesgesetz- wie Landesverordnungsgeber die verfassungsrechtlich auferlegte Verpflichtung, die Ausbildung der Heilberufe im Sinne des Patientenschutzes zu gestalten. Die *zweite Anforderung* betrifft die inhaltliche Konzeption, wonach die Modellvorhaben Versuchskonzepte durchführen, die neue Erkenntnisse zur Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe erwarten lassen (§ 2 Abs. 2 Satz 1). Diese beiden Anforderungen legen nicht nur die inhaltlichen Anforderungen an die Modellvorhaben fest. Sie liefern gleichzeitig den Auslegungsmaßstab für die Ausgestaltung der Modellvorhaben im Einzelnen. Für die Alten- und Krankenpflege wird noch der Hinweis gegeben, dass die diesbezüglichen Modellvorhaben generalistisch ausgerichtet werden können (§ 2 Abs. 1 Satz 2).

Die Abweichungsmöglichkeiten betreffen die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen in unterschiedlicher Weise. Bei den *Ausbildungsverordnungen* wird zunächst eine Begrenzung der Abweichungsmöglichkeiten nur auf den theoretischen und praktischen Unterricht vorgenommen. Nur für die Alten- und Krankenpflege sind in Hinblick auf die Erprobung generalistischer Ausbildungs- und Studiengänge auch Abweichungen für den praktischen Unterricht zulässig (§ 4 Abs. 1). Damit besteht für die Abweichungen bei den Ausbildungsverordnungen ein verhältnismäßig großer Spielraum, der nur durch die genannten Grenzen beschränkt wird. Dies ist bei den Abweichungen von den *Prüfungsverordnungen* anders. Hier besteht grundsätzlich keine Abweichungsmöglichkeit. Die Verordnung bestimmt nur, dass der Modellträger an die Stelle der Fachschule tritt (§ 5 Abs. 1 Satz 1). Zur inhaltlichen Gestaltung der Prüfung wird nur

³³ Gesetz über die Ermächtigung zum Erlaß von Ausbildungs- und Prüfungsordnungen für Berufe des Gesundheitswesens und der Familienpflege und zur Durchführung von Modellvorhaben nach dem Krankenpflegegesetz, dem Altenpflegegesetz, den Berufsgesetzen der Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten (Gesundheitsfachberufweiterentwicklungsgesetz - GBWEG) vom 6. Oktober 1987, GV. NRW. 1987, 342, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 9. Februar 2012, GV. NRW. S. 126.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil III

hinzugefügt, dass die Prüfungen kompetenz- und handlungsorientiert durchgeführt werden können (§ 4 Abs. 1 Satz 2). Weiter ist die Bildung des Prüfungsausschusses für die Berufe der Alten- und Krankenpflege geregelt (§ 5 Abs. 2).

Eine Art Koordinierungsvorschrift im Verhältnis zwischen Hochschul- und Staatsprüfungsabschluss bestimmt, dass der berufsqualifizierende Studienabschnitt nach der in den Berufsgesetzen vorgegebenen Ausbildungszeit mit der berufszulassenden Prüfung abschließt und dass Abweichungen von der in den Berufsgesetzen vorgesehenen Ausbildungsdauer bei dem berufsqualifizierenden Studienabschnitt nicht zulässig sind (§ 5 Abs. 4).

Für die generalistisch ausgerichteten Modellvorhaben in der Pflege musste eine teilweise Koordinierung des Kranken- und Altenpflegeprüfungsverfahrens hergestellt werden. So ist die nur im Prüfungsverfahren für die Altenpflege vorgesehene Vornotenfestsetzung möglich (§ 5 Abs. 3 Satz 1). Da bisher für eine generalistische Ausbildung in der Alten- und Krankenpflege kein einheitlicher berufsgesetzlicher Ausbildungsabschluss vorgesehen ist, sieht die Verordnung auch hierzu eine Regelung vor, wonach generalistisch ausgerichtete Modellvorhaben mit dem Berufsabschluss nach dem Altenpflegegesetz oder nach dem Krankenpflegegesetz abschließen (§ 5 Abs. 3 Satz 2). Allerdings sagt die Verordnung nicht, ob die Studierenden hier ein Wahlrecht haben oder ob der Ausbildungsabschluss von spezifischen Ausbildungselementen abhängt.

Das MGEPA hat einen Leitfaden zur Durchführung der staatlichen Prüfungen im Rahmen der Umsetzung der Modellvorhaben herausgegeben.³⁴ Im Leitfaden werden insbesondere die folgenden Punkte erörtert: Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse, örtliche Zuständigkeit, Anwesenheit des Prüfungsvorsitzes, Teilnahme von Beobachtern an der mündlichen Prüfung, Ort der Prüfungen, Zulassung zur Prüfung vor Erteilung aller Pflichtstunden.

³⁴ MGEPA, Leitfaden zur Durchführung der staatlichen Prüfungen im Rahmen der Umsetzung der Modellvorhaben, Februar 2010.

2 Mögliche Kollisionen zwischen Heilberuferecht und Hochschulrecht

2.1 Allgemeine Grundsätze zur Lösung von Gesetzeskollisionen

Bei der hochschulischen Qualifikation von bestimmten Heilberufen können Kollisionen zwischen Heilberuferecht und Hochschulrecht auftreten. Zur Lösung solcher Gesetzeskollisionen werden drei allgemeine Rechtsgrundsätze angewendet:

- Im Rangverhältnisse zwischen Gesetzen unterschiedlicher gesetzgebender Körperschaften, z.B. zwischen Bundes- und Landesgesetzen: Das höherrangige Gesetz verdrängt das niederrangige Gesetz („Lex superior derogat legi inferiori“).
- Bei der zeitlichen Abfolge in der Gesetzgebung: Das spätere Gesetz verdrängt das frühere Gesetz („Lex posterior derogat legi priori“).
- Im Verhältnis zwischen allgemeinem und speziellem Gesetz: Das speziellere Gesetz verdrängt das allgemeine Gesetz („Lex specialis derogat legi generali“).

2.2 Rangverhältnisse zwischen Unionsrecht, Gesundheitsberuferecht und Hochschulausbildungs- und -prüfungsrecht im Rahmen der Modellvorhaben

2.2.1 Rangverhältnisse zum Unionsrecht

Das primäre³⁵ und sekundäre Unionsrecht³⁶ genießt einen Anwendungsvorrang vor dem mitgliedstaatlichen Recht. Beim sekundären Unionsrecht ist insbesondere zwischen den unmittelbar in jedem Mitgliedstaat geltenden Verordnungen³⁷ und den Richtlinien³⁸ zu unterscheiden. Letztere sind an die Mitgliedstaaten gerichtet und sind hinsichtlich des zu erreichenden Ziels verbindlich, überlassen jedoch den innerstaatlichen Stellen die Wahl der Form und der Mittel der Umsetzung. Im Bereich der Heilberufe geht es hier hauptsächlich um die Richtlinie 2005/36/EG,³⁹ die bereits in deutsches Recht umgesetzt worden ist.⁴⁰

Unabhängig von dieser gesetzlichen Umsetzung der Richtlinie für die Heilberufe hat es der Gesetzgeber anlässlich der Gesetzgebung zu den Modellvorhaben für notwendig erachtet,

³⁵ Hierunter werden vor allem der Vertrag über die Europäische Union und der Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) verstanden.

³⁶ Hierunter werden die auf der Grundlage des primären Rechts erlassenen Rechtsakte, so z.B. die Richtlinien, verstanden, vgl. Art. 288 AEUV.

³⁷ Art. 288 Abs. 2 AEUV; Verordnungen haben die Wirkung von Gesetzen.

³⁸ Art. 288 Abs. 3 AEUV.

³⁹ S. oben Fn. 1.

⁴⁰ Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates zur Anerkennung von Berufsqualifikationen der Heilberufe vom 2. Dezember 2006, BGBl. I S. 2686.

auch im Rahmen der Durchführung der Modellvorhaben auf die Einhaltung der Richtlinie 2005/36/EG hinzuweisen.⁴¹

Zusammenfassend kann zur Rangqualifizierung des Unionsrechts auf dem hier relevanten Sektor des Gesundheitsberuferechts gesagt werden, dass hier vorrangig anwendbares sekundäres Unionsrecht nicht gegeben ist. Die Richtlinie 2005/36/EG ist nicht direkt anwendbar. Ihre Umsetzung ist Aufgabe der innerstaatlichen Stellen, so vor allem des Bundesgesetzgebers und der Ländergesetzgeber. Diese Umsetzung ist gesetzgeberisch bewirkt worden.

2.2.2 Allgemeine Rangverhältnisse im deutschen Recht

Die hier interessierenden Rangverhältnisse zwischen Rechtsquellen stellen sich in einem Bundesstaat wie folgt dar:

- Im Verhältnis Bund – Länder: Vorrang des Bundesrechts (Art. 31 GG), d.h. aller Rechtsquellen des Bundesrechts (Grundgesetz, einfache Gesetze, Verordnungen, Satzungen);
- Im Verhältnis der Rechtsquellen innerhalb der Verbände Bund / Land: Verfassung, formelles Gesetz (Parlamentsgesetz), Verordnung, Satzung.

Das Verhältnis zwischen den Rechtsquellen des Hochschulausbildungs- und –prüfungsrechts und den Rechtsquellen des Gesundheitsberuferechts, hier des Beruferechts bestimmter Heilberufe, ist nach diesem Rangschema zu bestimmen.

2.2.3 Ebene des Bundesrechts

2.2.3.1 Hochschulbereich

Einschlägig ist hier nur das Hochschulrahmengesetz⁴², insbesondere dessen 2. Abschnitt über Studium und Lehre (§§ 7 - 20 HRG). Bei diesen Vorschriften ist jedoch im Einzelnen zu unterscheiden, ob sie unmittelbare Bindungswirkung erzeugen oder ob sie, im Sinne von Rahmenvorschriften, durch die Länder ausgefüllt werden können.

Die Gesetzgebungskompetenz, auf deren Grundlage das Hochschulrahmengesetz verabschiedet worden ist, ist mit der Föderalismusreform aufgehoben worden.⁴³ Die bis dahin bestehende Möglichkeit der Rahmengesetzgebung existiert nicht mehr. Das Hochschulrahmengesetz gilt als Bundesrecht fort und kann durch Landesrecht ersetzt werden (vgl. Art. 125a Abs. 1 GG).

⁴¹ Bis auf den Beruf Altenpfleger(in), s. dazu auch oben Abschnitt 1.2.1. Die Gesetzesmaterialien enthalten keine weiteren Hinweise zu diesen Vorschriften, vgl. Deutscher Bundestag, Drucksache 16/9898, S. 1, Drucksache 16/13562, S. 9 ff.

⁴² Hochschulrahmengesetz (HRG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Januar 1999 (BGBl. I S. 18), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 12. April 2007 (BGBl. I S. 506).

⁴³ Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes vom 28.08.2006, BGBl. I S. 2034.

2.2.3.2 Heilberufebereich

Auf bundesrechtlicher Ebene finden sich die hier einschlägigen Heilberufegesetze, die auch die Modellvorhabensklauseln enthalten. Weiter gehören zum Bundesrecht die einschlägigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für die Heilberufe. Die konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes betrifft die „Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe“ (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Zur Zulassung gehören auch das Prüfungswesen, die Ausbildung sowie die Festlegung der schulischen Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung.⁴⁴

Bundesrechtlich ist auch die aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG erwachsende verfassungsrechtliche Pflicht zum Patientenschutz von Interesse. Diese objektive Schutzpflicht bindet Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung in Bund und Ländern unmittelbar (Art. 1 Abs. 3 GG).

2.2.4 Ebene des Landesrechts

2.2.4.1 Hochschulbereich

Auf landesrechtlicher Ebene finden sich das Hochschulgesetz⁴⁵ und die darauf gestützten hochschulrechtliche Verordnungen, so z.B. die Kapazitätsverordnung⁴⁶, und die entsprechenden Satzungen der Hochschulen. Durch die dynamischen Verweisungen in § 7 Abs. 1 Satz 1 HG und § 72 Abs. 2 Satz 6 HG ist auch eine Bindung an die „jeweils geltenden Regelungen“ bei der Akkreditierung gegeben, wobei angesichts der Unbestimmtheit dieser Gesetzesfassung im Einzelnen fraglich ist, was darunter zu verstehen ist.⁴⁷

Hinzuweisen ist auf die im Hochschulgesetz verankerten und zum Teil die grundgesetzlich gewährleistete Wissenschaftsfreiheit spiegelnden Freiheitsrechte, die auch die Freiheit des Studiums beinhalten (vgl. § 4 Abs. 2 Satz 3 HG).

2.2.4.2 Heilberufebereich

Landesgesetzlich ist im Gesundheitsbereich die Vorschrift des § 2 Gesundheitsfachberufweiterentwicklungsgesetz (GBWEG)⁴⁸ einschlägig, die die Ermächtigung für die Modellvorhabenverordnung enthält.⁴⁹

⁴⁴ BVerfGE 106, 62 (129 ff.).

⁴⁵ Gesetz über die Hochschulen des Landes Nordrhein-Westfalen (Hochschulgesetz - HG) vom 31. Oktober 2006, GV. NRW. 2006, S. 474, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 18.12.2012, GV. NRW. S. 672.

⁴⁶ Verordnung zur Ermittlung der Aufnahmekapazität an Hochschulen in Nordrhein-Westfalen für Studiengänge außerhalb des zentralen Vergabeverfahrens (Kapazitätsverordnung NRW 2010 - KapVO NRW 2010) vom 10. Januar 2011, GV. NRW 2011, S. 81.

⁴⁷ S. hierzu VG Arnsberg, Vorlagebeschluss vom 16.04.2010, Az.: 12 K 2689/08, zitiert nach juris.de. Das Verfahren wird beim Bundesverfassungsgericht unter dem Aktenzeichen 1 BvL 8/10 geführt. Die Vorschrift des § 72 Abs. 2 Satz 6 HG (Nordrhein-Westfalen) ist nach Ansicht des VG Arnsberg verfassungswidrig, weil sie mit Art. 5 Abs.3 GG und mit dem Rechtsstaatsprinzip des Art. 20 Abs.3 GG nicht vereinbar sei.

⁴⁸ S. oben Fn. 33.

⁴⁹ S. oben Fn. 32.

2.2.5 Zusammenfassung zu den Rangverhältnissen

Für die in Nordrhein-Westfalen durchgeführten Modellvorhaben ist die auf der Grundlage vorrangigen Bundes- und Landesrechts erlassene Verordnung über die Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Berufe in der Alten- und Krankenpflege, für Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten vom 25. Februar 2010⁵⁰ einschlägig.

Auf dem Gebiet des Hochschulrechts existiert für die Modellvorhaben kein vorrangiges Recht.

2.3 Zeitlich vorrangiges Gesetz – Spezialitätsgrundsatz

Die Regelungen in den Vorschriften über die Modellvorhaben auf Bundes- und Landesebene sind jünger als die Vorschriften des Hochschulrechts. Aus diesem Grund könnte der allgemeine Rechtsgrundsatz „Lex posterior derogat legi priori“ Anwendung finden. Ebenso könnten die Modellvorhabensregelungen Spezialvorschriften sein, die dann gemäß dem Grundsatz „Lex specialis derogat legi generali“ vorrangig wären.

Für die Anwendung dieser allgemeinen Rechtsgrundsätze auf die Anwendbarkeit bzw. die Gültigkeit von Gesetzen kommt es zunächst entscheidend darauf an, in welchem Verhältnis die Anwendungsbereiche der jeweiligen Vorschriften stehen. Bei der Prioritätsregel müssen grundsätzlich nur zwei identische Anwendungsbereiche in sachlicher und persönlicher Hinsicht gegeben sein, um dann zu dem Schluss gelangen zu können, dass das jüngere Gesetz insoweit das ältere Gesetz ablöst. Hier geht es also vornehmlich um die Frage der Gültigkeit von Gesetzen. Bei der Spezialitätsregel kommt es darauf an, dass eine gesetzliche Vorschrift einen Regelungsbereich in sachlicher und persönlicher allgemein, eine andere gesetzliche Vorschrift den Regelungsbereich oder Teile desselben in besonderer Weise, d.h. detaillierter, erfasst. Dann ist das spezielle Gesetz vorrangig anzuwenden. Hier geht es demnach um die Anwendbarkeit eines Gesetzes.

Hinzuzufügen ist, dass Gesetzeskollisionen vorliegen können, bei denen Prioritäts- und Spezialitätsgrundsatz gleichzeitig zur Geltung kommen können, so wenn ein jüngeres Gesetz gleichzeitig eine speziellere Regelung enthält.

Vor der Anwendung dieser Grundsätze sind deshalb die Regelungsbereiche der jeweiligen gesetzlichen Vorschriften in sachlicher und personeller Hinsicht zu bestimmen. Der hier erfasste Regelungsbereich ist personell gekennzeichnet durch bestimmte Heilberufe, sachlich durch Veränderungen in der Ausbildung im Sinne einer hochschulischen Ausbildung.

Die jüngste *zeitlich vorrangige Regelung* ist in der Modellvorhabenverordnung⁵¹ zu sehen. Für den hier relevanten personellen und sachlichen Anwendungsbereich ist teilweise in personeller (für die Krankenschwestern und Krankenpfleger der allgemeinen Pflege und für die Hebammen) und in sachlicher Hinsicht (für die Ausbildung dieser Berufe) die noch nicht in deutsches Recht umgesetzte Änderung der Richtlinie 2005/36/EG durch die Richtlinie 2013/55/EU

⁵⁰ S. oben Fn. 32.

⁵¹ S. oben Fn. 32.

einschlägig. Sie ist mangels bisheriger Umsetzung in deutsches Recht noch nicht als späteres Gesetz zeitlich in zeitlicher Hinsicht als vorrangig zu erachten.

Die Regelungen in der Modellvorhabenverordnung⁵² sind auch als *speziellere Regelungen im Verhältnis zum Hochschulrecht* zu sehen und gehen dem Hochschulrecht deshalb vor. Der personelle Anwendungsbereich erfasst bestimmte Heilberufe, die – sachlicher Anwendungsbereich - an Hochschulen ausgebildet werden.

2.4 Zusammenfassung zu den Kollisionslagen

2.4.1 Gegenwärtige rechtliche Situation

Folgende Annahmen liegen den Feststellungen zu den Kollisionslagen zwischen der Gesetz- und Verordnungsgebung auf dem Gebiet des Heilberuferechts und des Hochschulrechts zugrunde:

- Die Vorschriften der Modellvorhabenverordnung sind auf einer landesrechtlich gültigen Ermächtigungsgrundlage erlassen worden.
- Die Vorschriften der Modellvorhabenverordnung entsprechen den bundesgesetzlichen Modellvorhabensklauseln in den einschlägigen Heilberufsgesetzen.
- Die Maßgaben der Richtlinie 2005/36/EG sind bundesrechtlich und landesrechtlich berücksichtigt.
- Das Hochschulgesetz NRW ist zum jetzigen Zeitpunkt in § 7 Abs. 1 Satz 1 und § 72 Abs. 2 Satz 6 als verfassungsgemäß anzusehen.

Gemäß der oben dargelegten Normenhierarchie⁵³, des Grundsatzes des Vorrangs des zeitlich späteren Gesetzes sowie des Spezialitätsgrundsatzes⁵⁴ gilt allgemein:

- Die Vorschriften der Modellvorhabensklauseln in den Heilberufegesetzen sind vorrangig vor den Vorschriften des Hochschulrahmengesetzes (Grundsatz des Vorrangs des zeitlich späteren Gesetzes und des Spezialitätsgrundsatzes).
- Die Vorschriften der Modellvorhabensklauseln in den Heilberufegesetzen sind vorrangig vor den Vorschriften des (Landes-)Hochschulgesetzes (Vorrang des Bundesrechts vor dem Landesrecht).
- Die Vorschriften der aufgrund der Heilberufsgesetze erlassenen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen sind als Bundesrecht vorrangig vor den hochschulrechtlichen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen. Dies gilt auch für die „geltenden Regelungen“ gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 und § 72 Abs. 2 Satz 6 HG.
- Soweit die Modellvorhabenverordnung Abweichungen von den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen der Heilberufe zulässt, gehen die Bestimmung des Inhalts und

⁵² S. oben Fn. 32.

⁵³ S. oben Abschnitt 2.2.

⁵⁴ S. oben Abschnitt 2.3 .

der Grenzen der Abweichungen den hochschulrechtlich Ausbildungs- und Prüfungsregelungen, auch im Sinne der „geltenden Regelungen“ gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 und § 72 Abs. 2 Satz 6 HG, vor. Dies ergibt sich aus der Funktion der Modellvorhabenverordnung, deren Ermächtigung bundes- wie landesrechtlich gerade nicht darin besteht, das geltende Hochschulausbildungs- und –prüfungsrecht uneingeschränkt für die Modellvorhaben anzuwenden, sondern um neue Ausbildungsangebote an der Hochschule zu erproben. Weder das Bundesrecht noch das Landesrecht enthalten für die Modellvorhaben eine Verweisung dergestalt, dass sich die bisherige Ausbildung der fraglichen Heilberufe jetzt an den Modalitäten der Ausbildungsordnungen der Hochschulen zu orientieren hätte.

2.4.2 Künftige Gestaltungsanforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten

2.4.2.1 Unionsrechtliche Maßgaben

Für die künftige Gestaltung der hochschulischen Ausbildung für bestimmte andere als ärztliche Heilberufe sind die unionsrechtlichen Maßgaben je nach ihrer Rechtsqualität und ihrer rechtlichen Wirkung zu beachten. Dies gilt einmal für die Änderung der Richtlinie 2005/36/EG durch die Richtlinie 2013/55/EU.⁵⁵ Hier sind die Änderungen bis zum 18. Januar 2016 umzusetzen.⁵⁶

Unionsrechtliche Maßgaben wären auch für die hochschulrechtlichen Rahmensetzungen im Zusammenhang des Bolognaprozesses zu beachten. Bisher hat es hierzu weder direkt anwendbare Unionsverordnungen noch Richtliniensetzung gegeben. Da der hochschulische Bereich unter dem Blickwinkel der Berufsqualifikation mit der Berufsankennungsrichtlinie verknüpft ist,⁵⁷ ist hier auch die künftige Entwicklung zu beobachten.⁵⁸

Ein besonderes Problem ergibt sich hinsichtlich der Umsetzung der Änderungen der Richtlinie 2005/36/EG durch die Richtlinie 2013/55/EU. Diese Änderungen müssen bis zum 18. Januar 2016 umgesetzt werden, sind gegenwärtig⁵⁹ aber noch nicht umgesetzt und sind damit in Deutschland noch nicht geltendes Recht. Für die Zwecke der juristischen Begleitforschung zum Modellvorhaben empfiehlt es sich jedoch, diese Änderungen zur Kenntnis zu nehmen und ggf. entsprechende Empfehlungen mit Blick auf diese Änderungen auszurichten.

2.4.2.2 Hochschulrechtliche Maßgaben

Auch wenn das Hochschulrecht bei den Modellvorhaben und bei einer möglichen heilberufesetzlich eröffneten hochschulischen Ausbildung in keinem vorrangigen Verhältnis zum Heil-

⁵⁵ S. oben Abschnitt 1.2.1.

⁵⁶ Art. 3 Abs. 1 Richtlinie 2013/55/EU.

⁵⁷ So bei den Qualifikationsniveaus, Art. 11 Richtlinie 2005/36/EG.

⁵⁸ S. hierzu ausführlich die Schilderung der Probleme in GHK in association with Danish Technological Institute (DTI), 2011.

⁵⁹ Zeitpunkt dieser Feststellung: Dezember 2014.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil III

beruferecht steht, erscheint es doch aus sachlichen Gründen geboten, Maßgaben der hochschulischen Qualifikation, wie sie sich im Hochschulrecht im Rahmen der Bachelor- und Masterausbildung niedergeschlagen haben, auf deren Vereinbarkeit mit den heilberufrechtlichen Ausbildungs- und Prüfungserfordernissen zu überprüfen.

3 Ausbildungs- und gesundheitsberufepolitische Diskussionszusammenhänge

An dieser Stelle kann keine Übersicht über den aktuellen Stand der Diskussion zur hochschulischen Qualifikation von anderen als ärztlichen Gesundheitsberufen gegeben werden. Hierfür ist auf die einschlägigen Publikationen⁶⁰ und Stellungnahmen⁶¹ zu verweisen.

3.1 Empfehlungen des Wissenschaftsrates zu hochschulischen Qualifikationen im Gesundheitswesen

Der Wissenschaftsrat hat im Jahr 2012, also nach der Einführung der Modellklauseln und der Umsetzung im Modellvorhaben, Empfehlungen zur hochschulischen Qualifikation im Gesundheitswesen⁶² ausgesprochen.

Der Wissenschaftsrat sieht eine quantitative Ausweitung und eine qualitative Veränderung der Versorgungsbedarfe im Gesundheitswesen, woraus diese Folgerungen gezogen worden:⁶³

„Entscheidende Bedeutung kommt hierbei insbesondere der sektorenübergreifenden und interdisziplinären Versorgung an den Schnittstellen der unterschiedlichen Gesundheitsversorgungsberufe zu. Eine weitere wichtige Entwicklung besteht in der zunehmenden **Komplexität** des Versorgungsauftrags, die aus dem medizinischen Fortschritt und der mit ihm verbundenen Erschließung neuer Möglichkeiten in der Diagnostik, Therapie, Prävention, Rehabilitation und Pflege resultiert. Diese Entwicklung bedingt zum einen eine fortschreitende berufliche Differenzierung, die sich z. B. im ärztlichen Bereich an den zunehmenden Möglichkeiten der fachärztlichen Weiterbildung und im Bereich der Pflege an der Entstehung spezialisierter Tätigkeitsbereiche (z. B. in der Onkologie oder Neonatologie) festmachen lässt. Zum anderen ergeben sich aus dieser Situation neue Anforderungen an das interprofessionelle Zusammenwirken der Gesundheitsversorgungsberufe insgesamt.“

Diese Veränderungen in den Versorgungssituationen wirken sich auf die Organisation der Gesundheitsversorgung und die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe aus:⁶⁴

„Aus den geschilderten Entwicklungen ergeben sich weit reichende Folgen für die Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Erforderlich ist eine insgesamt stärker **kooperativ organisierte Gesundheitsversorgung**, in der insbesondere die Angehörigen der Gesundheitsfachberufe nicht nur zunehmend komplexere Aufgaben erfüllen, sondern in einem gewissen Umfang auch bestimmte, vormals von Ärztinnen und Ärzten wahrgenommene Aufgaben übernehmen. Die Veränderung der Arbeitsteilung wirkt sich wiederum auf die **zukünftigen Qualifikationserfordernisse und Qualifizierungswege** in den Berufen der Gesundheitsversorgung aus. Neben neuen fachlichen Qualifikationen – z. B. im Zusammenhang mit der zunehmenden Technisierung der Gesundheitsversorgung – sind hier auch für alle Gesundheitsversorgungsberufe relevante, übergreifende Qualifikationen wie die Fähigkeit zur **interprofessionellen Zusammenarbeit** zu nennen. Besonders deutlich wird dies mit Blick auf die Gesundheitsfachberufe. In bestimmten Bereichen – wie

⁶⁰ S. zuletzt Krampe, 2015.

⁶¹ So etwa für die Pflege Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen in Deutschland e.V. (ADS); Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK), 2015.

⁶² Wissenschaftsrat, 2012.

⁶³ Wissenschaftsrat, 2012, S. 7 f.; Hervorhebungen im Text.

⁶⁴ Wissenschaftsrat, 2012, S. 8; Hervorhebungen im Text.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil III

z. B. der Patientenedukation und Beratung, der Versorgung mit vermehrt technischer Unterstützung und der Versorgungssteuerung – übernimmt pflegerisches, therapeutisches und geburtshelferisches Fachpersonal bereits heute Aufgaben hoher Komplexität; eine weitere Komplexitätssteigerung ist absehbar. Angesichts dieser Entwicklung hält es der Wissenschaftsrat für zunehmend wichtig, dass die mit besonders komplexen Aufgaben betrauten Angehörigen der Gesundheitsfachberufe ihr eigenes pflegerisches, therapeutisches oder geburtshelferisches Handeln auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnis reflektieren, die zur Verfügung stehenden Versorgungsmöglichkeiten hinsichtlich ihrer Evidenzbasierung kritisch prüfen und das eigene Handeln entsprechend anpassen können.“

Mit Blick auf die hochschulische Ausbildung empfiehlt der Wissenschaftsrat:⁶⁵

„Der Wissenschaftsrat ist vor diesem Hintergrund der Auffassung, dass eine Weiterentwicklung der für die Gesundheitsfachberufe üblichen Ausbildung an berufsbildenden Schulen nicht ausreicht, um die erforderlichen Fähigkeiten und Kompetenzen zu vermitteln. Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher, **das in komplexen Aufgabenbereichen der Pflege, der Therapieberufe und der Geburtshilfe tätige Fachpersonal künftig an Hochschulen auszubilden**. Die hochschulische Ausbildung sollte in erster Linie in Form von primärqualifizierenden, patientenorientierten Studiengängen mit dem Ziel eines zur unmittelbaren Tätigkeit am Patienten befähigenden Bachelor-Abschlusses erfolgen. Vor dem Hintergrund der üblichen Größe multidisziplinärer Teams hält es der Wissenschaftsrat für sinnvoll, 10 bis 20 % eines Ausbildungsjahrgangs in den hier betrachteten Gesundheitsfachberufen akademisch zu qualifizieren. Ferner sollten Studienangebote entwickelt werden, die für ausgebildete, erfahrene Kräfte attraktive Möglichkeiten zur akademischen Weiterbildung für spezialisierte patientenorientierte Aufgaben sowie für Tätigkeiten in der Lehre und im Gesundheitsmanagement eröffnen.“

Der Wissenschaftsrat äußert sich auch zur Organisation der hochschulischen Ausbildung:⁶⁶

„Im Interesse einer interprofessionellen Ausbildung, die angemessen auf eine Tätigkeit in einem stark arbeitsteilig und kooperativ organisierten Gesundheitswesen vorbereitet, misst der Wissenschaftsrat der Vernetzung der Qualifizierungswege für alle hier betrachteten Berufe große Bedeutung bei. Um dieses Ziel zu erreichen, hält er insbesondere zwei Modelle für geeignet. Das **integrative Modell** sieht vor, an Universitäten neu geschaffene pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftliche Studiengänge unter dem Dach eines Departments für Gesundheitswissenschaften einzurichten, das der Medizinischen Fakultät angegliedert ist. An Fachhochschulen neu geschaffene Studiengänge sollten unter dem Dach einer Fakultät für Gesundheitswissenschaften eingerichtet werden und eng mit einer Universität mit Medizinischer Fakultät kooperieren. Der Wissenschaftsrat spricht sich mit diesem Modell für die Einrichtung eines **Gesundheitscampus** zur Umsetzung einer hochschul- bzw. fakultätenübergreifenden Lehre aus.“

Der Wissenschaftsrat hat zwei weitere Empfehlungen ausgesprochen, die direkt oder indirekt für die Modellvorhaben relevant sind. Es handelt sich um die Empfehlungen zur Entwicklung des dualen Studiums⁶⁷ und um die Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums.⁶⁸

⁶⁵ Wissenschaftsrat, 2012, S. 8; Hervorhebungen im Text.

⁶⁶ Wissenschaftsrat, 2012, S. 9; Hervorhebungen im Text.

⁶⁷ Wissenschaftsrat, 2013.

⁶⁸ Wissenschaftsrat, 2014.

In den Empfehlungen zur Entwicklung des dualen Studiums sind vor allem wichtige Hinweise zum Begriff und zur Systematisierung des dualen Studiums enthalten.⁶⁹ Die Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums gehen u.a. von der Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit den Gesundheitsfachberufen und damit der steigenden Bedeutung einer interprofessionellen Ausbildung und eines entsprechenden Kompetenzaufbau aus.⁷⁰ Im Einzelnen wird hierzu empfohlen:⁷¹

„Zu den Lernzielen eines kompetenzbasierten Curriculums gehören auch die Bereitschaft und die Fähigkeit zur Interaktion und Kooperation mit anderen Ärztinnen und Ärzten, genauso wie mit den Angehörigen der übrigen Gesundheitsversorgungsberufe oder Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der verschiedenen Disziplinen. Versorgungsprozesse werden künftig immer mehr in multiprofessionellen Teams organisiert, wodurch die Schnittstellen zu den Gesundheitsfachberufen zunehmen und die systembezogenen Rahmenbedingungen sich verändern. Die Zusammenarbeit der Berufsgruppen gewinnt damit über eine Delegation von Tätigkeiten hinaus zunehmend an Bedeutung. Darüber hinaus wird auch die Kooperation mit Fächern wie Medizintechnik, Informatik und Wirtschaftswissenschaften zunehmen.

Der Wissenschaftsrat verweist in diesem Zusammenhang auf seine Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen, in denen er sich für eine Verstärkung der interprofessionellen Ausbildung ausspricht. Er empfiehlt, in einigen ausgewählten Veranstaltungen vor allem eine Vernetzung human- und zahnmedizinischer Studiengänge mit pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftlichen Studiengängen vorzunehmen. So sollte – unter Berücksichtigung der kapazitären Gegebenheiten – die Durchführung von explizit interprofessionell ausgerichteten Lehrveranstaltungen erprobt werden, in denen Konzepte und Standards des kollaborativen Arbeitens erlernt werden und das Handeln in multiprofessionellen Teams fallbasiert und mit Blick auf bestimmte Versorgungssituationen (Interprofessional Practice Placements) geübt wird. Die verschiedenen Perspektiven der Gesundheitsversorgungsberufe ermöglichen auch eine Auseinandersetzung mit Konzepten eines umfassenden Verständnisses von Gesundheit und Krankheit. Auch können Praxisphasen z. B. im Rahmen des praktischen Unterrichts oder von Famulaturen für die Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen in der konkreten Versorgungspraxis genutzt werden. Die an allen Fakultäten etablierten skills labs bieten darüber hinaus gemeinsame Trainingsmöglichkeiten.“

3.2 Zur Situation der gesundheitsberuflichen Ausbildung in der Europäischen Union

Die Modellvorhaben zur hochschulischen Qualifikation sind auch vor dem Hintergrund der Situation der gesundheitsberuflichen Ausbildung in der Europäischen Union initiiert worden.⁷² An dieser Stelle kann nicht auf diese Ausbildung in anderen Mitgliedstaaten der EU eingegangen werden. Stellvertretend soll auf eine Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich hingewiesen werden, die im Februar 2014 veröffentlicht worden ist.⁷³

⁶⁹ Wissenschaftsrat, 2013, S. 21 ff.

⁷⁰ Wissenschaftsrat, 2014, S. 7.

⁷¹ Wissenschaftsrat, 2014, S. 46 f.

⁷² Bundesrat, Drucksache 256/08, S. 2.

⁷³ Lehmann, et al., 2014. S. auch Spielberg, 2012.

3.3 Zur internationalen Diskussion über Berufe im Gesundheitswesen

Die internationale Diskussion zu den Funktionen der Gesundheitsberufe angesichts neuer Herausforderungen im Gesundheitswesen ist im Rahmen der schweizer Careum Stiftung⁷⁴ in mehreren Veranstaltungen erörtert worden.⁷⁵ Die Diskussion hat vor dem Hintergrund eines Berichtes der Lancet Kommission stattgefunden, der international Beachtung gefunden hat. Seitens der Careum Stiftung ist eine Übersetzung dieses Berichts in die deutsche Sprache veranlasst worden.⁷⁶

⁷⁴ <http://www.careum.ch/stiftung>.

⁷⁵ Kickbusch, et al., 2012; Sottas, et al., 2013.

⁷⁶ Frenk, et al., 2011.

4 Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen in Deutschland e.V. (ADS); Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK). 2015. Richtungskorrektur erforderlich. Positionspapier Primärqualifizierende Pflegestudiengänge. *Die Schwester Der Pfleger*. Februar 2015, S. 86-89.

Arbeitsgruppe Fachqualifikationsrahmen (AG FQR). 2014. Interdisziplinärer hochschulischer Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie (FQR-ThGFB). [Hrsg.] Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. Berlin : Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (HVG), 2014. Verabschiedet von der Mitgliederversammlung des HVG am 14. Juni 2013.

Frenk, Julio, et al. 2011. *Education of Health Professionals for the 21st Century. Eine neue globale Initiative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten*. Zürich : Stiftung Careum, 2011. Übersetzung eines Berichtes der Lancet-Commission: The Lancet - 4 December 2010 (Vol. 376, Issue 9756, Pages 1923-1958).

GHK in association with Danish Technological Institute (DTI). 2011. *Revised Final Report - Study evaluating the Professional Qualifications Directive against recent educational reforms in EU Member States*. 2011.

Jarras, Hans D. und Pieroth, Bodo. 2012. *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland*. München : C.H. Beck, 2012.

Kickbusch, Ilona, Sottas, Beat und Trachsel, Manuel. 2012. *Report Careum Dialog 2012 - Gesundheitspolitik trifft Bildungspolitik. Neuausrichtung der Ausbildung für Gesundheitsfachleute*. Zürich : Careum, 2012.

Krampe, Eva-Maria. 2015. Zwischenbilanz und aktuelle Entwicklungen in der Akademisierung der Pflegeberufe. [Hrsg.] Johanne Pundt und Karl Kälble. *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte*. Bremen : APOLLON University Press, 2015, S. 139-163.

Lehmann, Yvonne, et al. 2014. *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich*. [Hrsg.] Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Bonn : s.n., 2014. Bd. 15 der Reihe Berufsbildungsforschung.

Sasse, René. 2011. *Der Heilpraktiker. Ein Gesundheitsberuf ohne Berufsausübungsrecht?* Baden-Baden : Nomos, 2011. zugl. Diss. Bochum 2011.

Sottas, Beat, et al. 2013. careum working paper 7. *Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik*. Zürich : Careum, Juni 2013.

Spielberg, Petra. 2012. Pflegeberufe in der EU: Professionalisierung angestrebt. *Deutsches Ärzteblatt*. 2012, 109, S. 14.

Berufrechtliche Begleitforschung – Teil III

Wissenschaftsrat. 2012. *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen.* Berlin : Wissenschaftsrat, 13. 07. 2012. Drucksache 2411-12. zitiert nach der Printausgabe; die online verfügbare PDF-Version ist anders paginiert..

— **2013.** Empfehlungen zur Entwicklung des dualen Studiums. Positionspapier. Berlin : Wissenschaftsrat, 2013. Drucksache 3479-13.

— **2014.** Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge. Berlin : Wissenschaftsrat, 11. 07. 2014. Drs. 4017-14.

Teil IV

Rechtliche Entwicklungsperspektiven aufgrund der Erkenntnisse und Erfahrungen aus den Modellvorhaben

(Rechtliche Anforderungen und rechtliche Möglichkeiten)

Inhaltsübersicht

1	VORGEHENSWEISE BEI DER RECHTLICHEN BEGLEITFORSCHUNG	- 1 -
1.1	Allgemeiner Rahmen für die Vorgehensweise	- 1 -
1.2	Allgemeine Veränderungsbedarfe bei den Heilberufegesetzen	- 2 -
1.3	Vorgehensweise im Einzelnen	- 2 -
1.4	Identifikation der Strukturmodelle	- 3 -
2	VORAUSSETZUNGEN DER HOCHSCHULEN (BMG-RL I. 1.1)	- 5 -
2.1	Verantwortlichkeit für die Studiengänge in Ansehung der Strukturmodelle – Kooperation mit anderen Einrichtungen (BMG-RL I. 1.1.4)	- 5 -
2.1.1	Rechtliche Ausgangssituation	- 5 -
2.1.2	Wahrnehmung und rechtliche Gestaltungen der hochschulischen Gesamtverantwortung in den Modellvorhaben	- 6 -
2.1.3	Künftige rechtliche Gestaltung der Verantwortlichkeit	- 7 -
2.2	Sächliche und personelle Ausstattung (BMG-RL I. 1.1.2)	- 8 -
2.2.1	Allgemeine Fragestellungen	- 8 -
2.2.2	Kapazitätserwägungen	- 10 -
3	AUSBILDUNG	- 14 -
3.1	Zugang zur Ausbildung (Ausbildungsvoraussetzungen)	- 14 -
3.1.1	Unionsrechtliche Vorgaben durch die Richtlinie 2005/36/EG für die Krankenschwestern und Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, und für die Hebammen	- 14 -
3.1.2	Heilberuferechliche Ausbildungsvoraussetzungen	- 15 -
3.1.3	Zur rechtlichen Möglichkeit der Einrichtung berufsspezifischer Zulassungsvoraussetzungen	- 17 -
3.2	Einfluss der hochschulischen Maßgaben (BMG-RL I. 1.2.1.2, 1.2.1.3)	- 18 -
3.2.1	Strukturelle Diskrepanzen zwischen hochschulischer und beruflicher Ausbildung	- 18 -
3.2.2	Kompetenzorientierung ./ . formale Qualifikation	- 19 -
3.3	Festlegung von Ausbildungszielen/Qualifikationszielen	- 20 -
3.3.1	Bedeutung und Funktion der Ausbildungsziele	- 20 -
3.3.2	Entwicklungsmöglichkeiten bei der Formulierung von Ausbildungszielen	- 31 -
3.4	Festlegung der Ausbildungs-/Qualifikationsinhalte	- 51 -
3.4.1	Rahmenbedingungen	- 51 -
3.4.2	Vorgaben gemäß der Richtlinie 2005/36/EG	- 52 -
3.4.3	Vorstellungen der Modellträger	- 56 -
3.4.4	Studierbarkeit – Stundenzahl – Workload	- 57 -
3.5	Organisation und Ablauf der Ausbildung	- 60 -
3.5.1	Systementscheidung: Fächerorientiertes versus modularisiertes System	- 60 -

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

3.5.2	Verhältnis von theoretischem und praktischem Unterricht	- 66 -
3.5.3	Praktische Ausbildung	- 68 -
3.5.4	Dauer der Ausbildung.....	- 73 -
3.5.5	Anwesenheits-/Teilnahmepflichten	- 75 -
3.6	Studierendenstatus ./ Ausbildungsverhältnis.....	- 80 -
3.6.1	Notwendigkeit einer grundsätzlichen Entscheidung?	- 80 -
3.6.2	Ausbildungsvergütung (BMG-RL II. 2.4)	- 81 -
3.6.3	Vertragsgestaltungen bei der praktischen Ausbildung	- 82 -
3.7	Finanzierung der Ausbildung (BMG-RL I. 1.4)	- 83 -
3.7.1	Überblick	- 83 -
3.7.2	Aus Sicht der Anbieter von Ausbildungseinrichtungen	- 84 -
3.7.3	Aus Sicht der Lernenden	- 85 -
3.7.4	Rechtlicher Rahmen der Finanzierung der Berufsausbildung von Gesundheitsberufen	- 86 -
3.7.5	Refinanzierungsmöglichkeiten über Leistungsentgelte der Gesundheitseinrichtungen.....	- 87 -
4	PRÜFUNG (BMG-RL I. 1.3).....	- 89 -
4.1	Auswirkungen einer hochschulischen Ausbildung auf die Gestaltung der Prüfung	- 89 -
4.2	Staatliche oder hochschulische Prüfung	- 90 -
4.3	Aufstellen der Prüfungsordnung (Regulierungsverantwortlichkeit).....	- 91 -
4.4	Gegenstände/Inhalte der Prüfung.....	- 92 -
4.4.1	Allgemeine Gegenstände/Inhalte der Prüfung bei staatlicher wie bei hochschulischer Prüfung.....	- 92 -
4.4.2	Anpassungen an hochschulische Prüfungsabläufe.....	- 92 -
4.4.3	Anpassung der Prüfungsinhalte an die beruflichen Anforderungen	- 92 -
4.4.4	Gestaltung der theoretischen Prüfung (schriftliche und mündliche Prüfung)	- 93 -
4.4.5	Gestaltung des praktischen Teils der Prüfung.....	- 93 -
4.5	Zulassung zur Prüfung	- 99 -
4.6	Prüfungsverantwortlichkeiten.....	- 99 -
4.6.1	Staatliche Gesamtverantwortlichkeit und hochschulische Verantwortlichkeit	- 99 -
4.6.2	Prüfungsbehörde.....	- 100 -
4.6.3	Prüfungsausschüsse/-kommissionen – Prüfungsmitglieder.....	- 101 -
4.7	Ablauf der Prüfungen (BMG-RL I.1.3)	- 106 -
4.7.1	Prüfungszeitraum	- 106 -
4.7.2	Verhältnis von Modulnoten und Abschlussnote	- 106 -
4.7.3	Bewertungssystem / Notenskalen	- 107 -
4.7.4	Wiederholungsmöglichkeiten	- 111 -
4.7.5	Sonstige Prüfungsregelungen (Rücktritt, Versäumnis, Täuschung, Ordnungsverstoß).....	- 112 -
4.8	Wirkungen von Prüfung und Abschluss	- 112 -
4.9	Durchlässigkeit in Richtung auf weitere Ausbildungsmöglichkeiten	- 113 -

5	BERUFSZULASSUNG / BERUFSBEZEICHNUNGEN	- 114 -
5.1	Berufszulassung	- 114 -
5.2	Erlaubnis zur Führung einer Berufsbezeichnung	- 114 -
5.3	Zeugnis des erfolgreichen Abschlusses eines Studiums und Verleihung eines akademischen Grades...	- 114 -
5.4	Zeugnis des erfolgreichen Abschlusses einer Ausbildung / eines Studiums	- 115 -
5.5	Verhältnis Berufsausbildung / Berufsausübung – Funktion einer Approbation	- 115 -
5.6	Einheitliche oder getrennte Berufsbezeichnung / Berufszulassung?.....	- 117 -
6	SCHULISCHE UND HOCHSCHULISCHE AUSBILDUNG: GESTALTUNGEN DER HEILBERUFEGESETZE UND DER AUSBILDUNGS- UND PRÜFUNGSORDNUNGEN ..	- 118 -
6.1	Gestaltungsauftrag aus den Regelungen zu den Modellvorhaben	- 118 -
6.2	Gestaltungsmöglichkeiten und -voraussetzungen	- 118 -
6.3	Würdigung der jeweiligen Möglichkeiten	- 119 -
6.3.1	Integrationsmodell	- 119 -
6.3.2	Parallelmodell.....	- 120 -
6.3.3	Zusatzmodell	- 120 -
6.3.4	Empfehlung	- 121 -
6.4	Vorstellungen seitens der Modellträger	- 121 -
6.4.1	Pflege.....	- 121 -
6.4.2	Logopädie	- 122 -
6.4.3	Hebammen.....	- 122 -
6.4.4	Ergotherapie.....	- 122 -
6.4.5	Physiotherapie.....	- 122 -
6.5	Exkurs: Gestaltungsvorschläge zu einem Allgemeinen Heilberufegesetz – Gesetz über Heilberufe	- 122 -
7	EINSCHÄTZUNG VON WIRKUNGEN EINER HOCHSCHULISCHEN QUALIFIKATION AUF DIE BERUFS AUSÜBUNG.....	- 125 -
7.1	Vorgehensweise	- 125 -
7.2	Auswirkungen bezogen auf das direkte Berufsrecht.....	- 125 -
7.3	Auswirkungen bezogen auf das indirekte Berufsrecht.....	- 126 -
7.4	Auswirkungen in den verschiedenen Versorgungsbereichen.....	- 127 -
7.4.1	Für alle Berufe	- 127 -
7.4.2	Pflegeberuf(e).....	- 127 -
7.4.3	Hebammen.....	- 128 -
7.4.4	Physiotherapeuten	- 128 -

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

7.4.5	Ergotherapeuten	- 129 -
7.4.6	Logopäden.....	- 129 -
7.5	Zusammenfassung.....	- 129 -
8	LITERATURVERZEICHNIS.....	- 131 -
9	ANLAGEN.....	- 134 -
9.1	Anlage 1: Auszüge aus Richtlinie 2005/36/EG	- 134 -
9.2	Anlage 2: Qualifikationsziele für hochschulisch qualifizierte Hebammen bzw. Entbindungspfleger (Stand 17.10.2014)	- 138 -
9.3	Anlage 3: Pflege (alle Modellstudiengänge Pflege).....	- 147 -
9.4	Anlage 4: KONZEPT „Staatliche Prüfungen“ (hsg Bochum)	- 151 -
9.5	Anlage 5: Qualifikationsziele hochschulisch ausgebildeter Pflegenden	- 168 -
9.6	Anlage 6: Qualifikationsziele Therapeuten (AG Therapie)	- 175 -
9.7	Anlage 7: Qualifikationsziele hochschulisch qualifizierte Ergotherapeuten	- 183 -
9.8	Anlage 8: Qualifikationsziele hochschulisch qualifizierte Physiotherapeuten.....	- 190 -
9.9	Anlage 9: Ausbildungsziele für hochschulisch qualifizierte Logopädinnen und Logopäden auf Bachelorniveau	- 196 -

Inhaltsverzeichnis

1	VORGEHENSWEISE BEI DER RECHTLICHEN BEGLEITFORSCHUNG	- 1 -
1.1	Allgemeiner Rahmen für die Vorgehensweise	- 1 -
1.2	Allgemeine Veränderungsbedarfe bei den Heilberufegesetzen	- 2 -
1.3	Vorgehensweise im Einzelnen	- 2 -
1.4	Identifikation der Strukturmodelle	- 3 -
2	VORAUSSETZUNGEN DER HOCHSCHULEN (BMG-RL I. 1.1)	- 5 -
2.1	Verantwortlichkeit für die Studiengänge in Ansehung der Strukturmodelle – Kooperation mit anderen Einrichtungen (BMG-RL I. 1.1.4).....	- 5 -
2.1.1	Rechtliche Ausgangssituation.....	- 5 -
2.1.2	Wahrnehmung und rechtliche Gestaltungen der hochschulischen Gesamtverantwortung in den Modellvorhaben	- 6 -
2.1.3	Künftige rechtliche Gestaltung der Verantwortlichkeit	- 7 -
2.2	Sächliche und personelle Ausstattung (BMG-RL I. 1.1.2)	- 8 -
2.2.1	Allgemeine Fragestellungen	- 8 -
2.2.2	Kapazitätserwägungen	- 10 -
2.2.2.1	Befunde.....	- 10 -
2.2.2.2	Faktische Beeinträchtigungen der Wissenschaftsfreiheit an Fachhochschulen bei mangelnder personeller Ausstattung.....	- 10 -
2.2.2.3	Empfehlung zum weiteren Vorgehen hinsichtlich der Kapazitätsfragen.....	- 12 -
2.2.2.4	Vorstellungen der Modellträger	- 13 -
3	AUSBILDUNG.....	- 14 -
3.1	Zugang zur Ausbildung (Ausbildungsvoraussetzungen)	- 14 -
3.1.1	Unionsrechtliche Vorgaben durch die Richtlinie 2005/36/EG für die Krankenschwestern und Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, und für die Hebammen	- 14 -
3.1.2	Heilberuferechliche Ausbildungsvoraussetzungen	- 15 -
3.1.2.1	Voraussetzungen zur bisherigen Schulbildung und sonstigen Ausbildung.....	- 16 -
3.1.2.2	Gesundheitliche Voraussetzungen	- 17 -
3.1.3	Zur rechtlichen Möglichkeit der Einrichtung berufsspezifischer Zulassungsvoraussetzungen	- 17 -
3.2	Einfluss der hochschulischen Maßgaben (BMG-RL I. 1.2.1.2, 1.2.1.3)	- 18 -
3.2.1	Strukturelle Diskrepanzen zwischen hochschulischer und beruflicher Ausbildung	- 18 -
3.2.2	Kompetenzorientierung ./.. formale Qualifikation.....	- 19 -
3.3	Festlegung von Ausbildungszielen/Qualifikationszielen	- 20 -
3.3.1	Bedeutung und Funktion der Ausbildungsziele.....	- 20 -
3.3.1.1	In Hinblick auf die Berufsausbildung	- 21 -
3.3.1.2	In Hinblick auf die Berufsausübung	- 21 -
3.3.1.3	Zusammenhänge zwischen Ausbildungszielen, Ausbildung und Berufsausübung	- 22 -

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

3.3.1.4	Unionsrechtliche Zusammenhänge und Anforderungen.....	- 22 -
3.3.1.4.1	Allgemeine Krankenpflege und Hebammen	- 22 -
3.3.1.4.1.1	Änderung der bisherigen Ausbildungsziele und weitere Qualifikationsanforderungen bei der allgemeinen Krankenpflege	- 23 -
3.3.1.4.1.2	Änderung der bisherigen Ausbildungsziele und Vorschriften zur Berufsausübung bei den Hebammen - 25 -	
3.3.1.4.2	Andere Gesundheitsberufe.....	- 26 -
3.3.1.5	Rechtliche, insbesondere verfassungsrechtliche Anforderungen im deutschen Recht.....	- 26 -
3.3.1.6	Fehlende Ausbildungsziele – präzisierungsbedürftige Ausbildungsziele.....	- 27 -
3.3.1.6.1	Fehlende Ausbildungsziele.....	- 27 -
3.3.1.6.1.1	Ergotherapeuten.....	- 27 -
3.3.1.6.1.2	Logopäden	- 28 -
3.3.1.6.2	Präzisierungsbedürftige Ausbildungsziele.....	- 29 -
3.3.1.6.2.1	Hebammen	- 29 -
3.3.1.6.2.2	Physiotherapeuten.....	- 30 -
3.3.1.6.2.3	Krankenpflege.....	- 30 -
3.3.1.6.3	Zusammenfassung: Änderungsbedarf bei der Festlegung von Ausbildungszielen	- 30 -
3.3.2	Entwicklungsmöglichkeiten bei der Formulierung von Ausbildungszielen	- 31 -
3.3.2.1	Zur Systematik	- 31 -
3.3.2.1.1	Allgemeine und besondere Ausbildungsziele?	- 31 -
3.3.2.1.2	Hochschulische und schulische Ausbildungsziele	- 32 -
3.3.2.2	Gegenstände der Ausbildungsziele: Kompetenzen – Aufgaben – Art der Aufgabenwahrnehmung – Kooperation	- 34 -
3.3.2.3	Ausbildungsziele der Berufe im Modellvorhaben.....	- 34 -
3.3.2.3.1	Hebammen/Entbindungspfleger	- 34 -
3.3.2.3.1.1	Internationale/nationale Diskussion zu Ausbildungszielen	- 34 -
3.3.2.3.1.2	Unionsrechtliche Vorgaben speziell für Hebammen	- 34 -
3.3.2.3.1.3	Vorschlag für die Formulierung von Qualifikationszielen	- 34 -
3.3.2.3.1.4	Würdigung des Vorschlags.....	- 38 -
3.3.2.3.2	Pflegeberufe.....	- 38 -
3.3.2.3.2.1	Internationale/nationale Diskussion zu Ausbildungszielen	- 38 -
3.3.2.3.2.2	Unionsrechtliche Vorgaben speziell für Pflegeberufe	- 39 -
3.3.2.3.2.3	Vorschläge für die Formulierung von Qualifikationszielen	- 39 -
3.3.2.3.2.4	Würdigung des Vorschlags.....	- 41 -
3.3.2.3.3	Gemeinsames Papier aller Therapieberufe: Allgemeine und besondere Ausbildungsziele..	- 42 -
3.3.2.3.4	Physiotherapeuten (Papier hsg Bochum).....	- 45 -
3.3.2.3.5	Ergotherapeuten (Papier hsg Bochum).....	- 47 -
3.3.2.3.6	Logopäden (Papier AG Logopäden)	- 48 -
3.3.2.3.7	Würdigung der Vorschläge zu den Therapieberufen	- 50 -
3.4	Festlegung der Ausbildungs-/Qualifikationsinhalte	- 51 -
3.4.1	Rahmenbedingungen	- 51 -
3.4.2	Vorgaben gemäß der Richtlinie 2005/36/EG	- 52 -
3.4.2.1	Allgemeine Krankenpflege.....	- 52 -
3.4.2.1.1	Ausbildungsziele und Ausbildungsprogramm	- 52 -
3.4.2.1.2	Begriff und Inhalt der praktischen Ausbildung	- 53 -
3.4.2.2	Hebammen	- 55 -
3.4.3	Vorstellungen der Modellträger.....	- 56 -
3.4.3.1	Zum theoretischen und praktischen Unterricht	- 56 -
3.4.3.2	Zur praktischen Ausbildung und zur Theorie-/Praxisvernetzung.....	- 56 -

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

3.4.4	Studierbarkeit – Stundenzahl – Workload	- 57 -
3.4.4.1	Allgemeines.....	- 57 -
3.4.4.2	Vorstellungen der Modellträger	- 60 -
3.5	Organisation und Ablauf der Ausbildung.....	- 60 -
3.5.1	Systementscheidung: Fächerorientiertes versus modularisiertes System.....	- 60 -
3.5.1.1	Fächerorientiertes System.....	- 60 -
3.5.1.2	Modularisiertes System	- 61 -
3.5.1.3	Zu den Voraussetzungen und Wirkungen einer Entscheidung für ein Ausbildungssystem.....	- 62 -
3.5.1.4	Konsequenzen der Gestaltung der Ausbildung im hochschulischen System.....	- 63 -
3.5.1.4.1	Gestaltungsanforderungen und -möglichkeiten bei einer hochschulischen Ausbildung von Heilberufen	- 63 -
3.5.1.4.2	Selbststeuerung des Lernprozesses - Wahlmöglichkeiten	- 64 -
3.5.1.4.3	Auslandssemester – Auslandseinsätze bei praktischer Ausbildung.....	- 66 -
3.5.1.4.4	Urlaubssemester	- 66 -
3.5.2	Verhältnis von theoretischem und praktischem Unterricht	- 66 -
3.5.2.1	Pflege	- 66 -
3.5.2.2	Hebammen	- 67 -
3.5.2.3	Andere Berufe.....	- 67 -
3.5.3	Praktische Ausbildung	- 68 -
3.5.3.1	Pflege	- 68 -
3.5.3.1.1	Rechtsgrundlagen	- 68 -
3.5.3.1.2	Praktische Ausbildung in hochschulischen Settings.....	- 69 -
3.5.3.1.3	Praktische Ausbildung im Rahmen ambulanter Praxisseinsätze	- 70 -
3.5.3.1.4	Verantwortlichkeit für die Auswahl der Praxisorte.....	- 70 -
3.5.3.1.5	Qualifikation der an der praktischen Ausbildung Beteiligten (Praxisanleiter und Praxisbegleiter)	- 71 -
3.5.3.1.6	Sicherung der Kapazität an praktischen Ausbildungsplätzen	- 71 -
3.5.3.2	Hebammen/Entbindungspfleger	- 71 -
3.5.3.2.1	Rechtsgrundlagen	- 71 -
3.5.3.2.2	Praktische Ausbildung in hochschulischen Settings.....	- 72 -
3.5.3.2.3	Verantwortlichkeit für die Auswahl der Praxisorte.....	- 72 -
3.5.3.2.4	Qualifikation der an der praktischen Ausbildung Beteiligten (Praxisanleiter und Lehrende).- 73	- 73 -
-		
3.5.3.3	Andere Berufe.....	- 73 -
3.5.4	Dauer der Ausbildung.....	- 73 -
3.5.4.1	Allgemeines.....	- 73 -
3.5.4.2	Äußerer zeitlicher Rahmen und Gesamtdauer der Ausbildung.....	- 74 -
3.5.4.3	Fehlzeiten – Unterbrechung der Ausbildung	- 75 -
3.5.5	Anwesenheits-/Teilnahmepflichten	- 75 -
3.5.5.1	Heilberuferecht.....	- 76 -
3.5.5.2	Hochschulrecht	- 76 -
3.5.5.3	Unionsrecht	- 76 -
3.5.5.4	Gründe für Anwesenheits-/Teilnahmepflichten	- 77 -
3.5.5.5	Künftige Gestaltung von Anwesenheits-/Teilnahmepflichten.....	- 79 -
3.6	Studierendenstatus ./ Ausbildungsverhältnis.....	- 80 -
3.6.1	Notwendigkeit einer grundsätzlichen Entscheidung?	- 80 -
3.6.2	Ausbildungsvergütung (BMG-RL II. 2.4)	- 81 -
3.6.3	Vertragsgestaltungen bei der praktischen Ausbildung	- 82 -

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

3.7 Finanzierung der Ausbildung (BMG-RL I. 1.4)	- 83 -
3.7.1 Überblick	- 83 -
3.7.2 Aus Sicht der Anbieter von Ausbildungseinrichtungen	- 84 -
3.7.3 Aus Sicht der Lernenden	- 85 -
3.7.4 Rechtlicher Rahmen der Finanzierung der Berufsausbildung von Gesundheitsberufen	- 86 -
3.7.4.1 Berufe ohne spezielle Ausbildungsfinanzierung	- 86 -
3.7.4.2 Berufe mit spezieller Ausbildungsförderung	- 86 -
3.7.4.3 Berufe mit Ausbildungsvergütung	- 86 -
3.7.4.4 Vergütung im Rahmen des praktischen Teils einer Ausbildung.....	- 87 -
3.7.5 Refinanzierungsmöglichkeiten über Leistungsentgelte der Gesundheitseinrichtungen.....	- 87 -
4 PRÜFUNG (BMG-RL I. 1.3)	- 89 -
4.1 Auswirkungen einer hochschulischen Ausbildung auf die Gestaltung der Prüfung	- 89 -
4.2 Staatliche oder hochschulische Prüfung	- 90 -
4.3 Aufstellen der Prüfungsordnung (Regulierungsverantwortlichkeit)	- 91 -
4.4 Gegenstände/Inhalte der Prüfung	- 92 -
4.4.1 Allgemeine Gegenstände/Inhalte der Prüfung bei staatlicher wie bei hochschulischer Prüfung	- 92 -
4.4.2 Anpassungen an hochschulische Prüfungsabläufe.....	- 92 -
4.4.3 Anpassung der Prüfungsinhalte an die beruflichen Anforderungen	- 92 -
4.4.4 Gestaltung der theoretischen Prüfung (schriftliche und mündliche Prüfung)	- 93 -
4.4.5 Gestaltung des praktischen Teils der Prüfung.....	- 93 -
4.4.5.1 Abbildung der Kompetenzorientierung in der Prüfung	- 93 -
4.4.5.2 Prinzip der Prüfung am Patienten.....	- 94 -
4.4.5.2.1 Allgemeine Fragestellungen.....	- 94 -
4.4.5.2.2 Aktuelle Anforderungen an die praktische Prüfung.....	- 95 -
4.4.5.2.2.1 Altenpflege.....	- 95 -
4.4.5.2.2.2 Gesundheits- und Krankenpflege und Kinderkrankenpflege	- 95 -
4.4.5.2.2.3 Ergotherapie	- 96 -
4.4.5.2.2.4 Hebammenkunde	- 97 -
4.4.5.2.2.5 Logopädie.....	- 97 -
4.4.5.2.2.6 Physiotherapie	- 98 -
4.4.5.2.3 Zusammenfassung und Empfehlungen zur Prüfung am Patienten.....	- 98 -
4.5 Zulassung zur Prüfung	- 99 -
4.6 Prüfungsverantwortlichkeiten	- 99 -
4.6.1 Staatliche Gesamtverantwortlichkeit und hochschulische Verantwortlichkeit	- 99 -
4.6.2 Prüfungsbehörde.....	- 100 -
4.6.3 Prüfungsausschüsse/-kommissionen – Prüfungsmitglieder.....	- 101 -
4.6.3.1 Gegenwärtige Situation und rechtliche Anforderungen.....	- 101 -
4.6.3.2 Zweiprüferprinzip bei Modulprüfungen	- 103 -
4.6.3.3 Anforderungen an die Qualifikation der Prüfer.....	- 104 -
4.6.3.4 Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse/-kommissionen	- 104 -
4.6.3.5 Bestellung der Mitglieder des Prüfungsausschusses/der Prüfungskommissionen und des Vorsitzes	- 105 -

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

4.7	Ablauf der Prüfungen (BMG-RL I.1.3)	- 106 -
4.7.1	Prüfungszeitraum	- 106 -
4.7.2	Verhältnis von Modulnoten und Abschlussnote	- 106 -
4.7.3	Bewertungssystem / Notenskalen	- 107 -
4.7.3.1	Bewertungssystem (ECTS)	- 107 -
4.7.3.2	Notenskala	- 107 -
4.7.3.3	Lösung der Probleme bei der Anwendung unterschiedlicher Notenskalen auf dieselbe Prüfungsleistung	- 108 -
4.7.4	Wiederholungsmöglichkeiten	- 111 -
4.7.5	Sonstige Prüfungsregelungen (Rücktritt, Versäumnis, Täuschung, Ordnungsverstoß)	- 112 -
4.8	Wirkungen von Prüfung und Abschluss	- 112 -
4.9	Durchlässigkeit in Richtung auf weitere Ausbildungsmöglichkeiten	- 113 -
5	BERUFZULASSUNG / BERUFSBEZEICHNUNGEN	- 114 -
5.1	Berufszulassung	- 114 -
5.2	Erlaubnis zur Führung einer Berufsbezeichnung	- 114 -
5.3	Zeugnis des erfolgreichen Abschlusses eines Studiums und Verleihung eines akademischen Grades...	- 114 -
5.4	Zeugnis des erfolgreichen Abschlusses einer Ausbildung / eines Studiums	- 115 -
5.5	Verhältnis Berufsausbildung / Berufsausübung – Funktion einer Approbation	- 115 -
5.6	Einheitliche oder getrennte Berufsbezeichnung / Berufszulassung?	- 117 -
6	SCHULISCHE UND HOCHSCHULISCHE AUSBILDUNG: GESTALTUNGEN DER HEILBERUFEGESETZE UND DER AUSBILDUNGS- UND PRÜFUNGSORDNUNGEN ..	- 118 -
6.1	Gestaltungsauftrag aus den Regelungen zu den Modellvorhaben	- 118 -
6.2	Gestaltungsmöglichkeiten und -voraussetzungen	- 118 -
6.3	Würdigung der jeweiligen Möglichkeiten	- 119 -
6.3.1	Integrationsmodell	- 119 -
6.3.2	Parallelmodell	- 120 -
6.3.3	Zusatzmodell	- 120 -
6.3.4	Empfehlung	- 121 -
6.4	Vorstellungen seitens der Modellträger	- 121 -
6.4.1	Pflege	- 121 -
6.4.2	Logopädie	- 122 -
6.4.3	Hebammen	- 122 -
6.4.4	Ergotherapie	- 122 -
6.4.5	Physiotherapie	- 122 -
6.5	Exkurs: Gestaltungsvorschläge zu einem Allgemeinen Heilberufegesetz – Gesetz über Heilberufe	- 122 -

7	EINSCHÄTZUNG VON WIRKUNGEN EINER HOCHSCHULISCHEN QUALIFIKATION AUF DIE BERUFSAUSÜBUNG.....	- 125 -
7.1	Vorgehensweise	- 125 -
7.2	Auswirkungen bezogen auf das direkte Berufsrecht.....	- 125 -
7.3	Auswirkungen bezogen auf das indirekte Berufsrecht.....	- 126 -
7.4	Auswirkungen in den verschiedenen Versorgungsbereichen.....	- 127 -
7.4.1	Für alle Berufe	- 127 -
7.4.2	Pflegeberuf(e).....	- 127 -
7.4.3	Hebammen.....	- 128 -
7.4.4	Physiotherapeuten	- 128 -
7.4.5	Ergotherapeuten	- 129 -
7.4.6	Logopäden.....	- 129 -
7.5	Zusammenfassung.....	- 129 -
8	LITERATURVERZEICHNIS.....	- 131 -
9	ANLAGEN.....	- 134 -
9.1	Anlage 1: Auszüge aus Richtlinie 2005/36/EG	- 134 -
9.2	Anlage 2: Qualifikationsziele für hochschulisch qualifizierte Hebammen bzw. Entbindungspfleger (Stand 17.10.2014)	- 138 -
9.3	Anlage 3: Pflege (alle Modellstudiengänge Pflege).....	- 147 -
9.4	Anlage 4: KONZEPT „Staatliche Prüfungen“ (hsg Bochum)	- 151 -
9.5	Anlage 5: Qualifikationsziele hochschulisch ausgebildeter Pflegenden	- 168 -
9.6	Anlage 6: Qualifikationsziele Therapeuten (AG Therapie)	- 175 -
9.7	Anlage 7: Qualifikationsziele hochschulisch qualifizierte Ergotherapeuten	- 183 -
9.8	Anlage 8: Qualifikationsziele hochschulisch qualifizierte Physiotherapeuten.....	- 190 -
9.9	Anlage 9: Ausbildungsziele für hochschulisch qualifizierte Logopädinnen und Logopäden auf Bachelorniveau	- 196 -

1 Vorgehensweise bei der rechtlichen Begleitforschung

1.1 Allgemeiner Rahmen für die Vorgehensweise

Im Folgenden werden die Modellvorhaben für diejenigen Heilberufe einer rechtlichen Würdigung unterzogen, die nach der Modellvorhabenverordnung des Landes Nordrhein-Westfalen erfasst sind.¹ Es sind dies die Berufe der Alten- und Krankenpflege, der Hebammenkunde, der Logopädie, der Ergotherapie und der Physiotherapie. Die Fragen, die in der Richtlinie des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)² zu den Modellvorhaben gestellt werden, betreffen auch die Gestaltung der künftigen rechtlichen Ordnung von Ausbildung und Prüfung in Ansehung der Erfahrungen aus den Modellvorhaben. Als Berufe sind hier nur die Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten erfasst. Die Fragestellungen betreffen aber sinngemäß auch die Berufe in der Alten- und Krankenpflege.

Grundsätzlich ist bei der rechtlichen Würdigung Folgendes zu berücksichtigen:³

- Welche Regelungsanforderungen ergeben sich aus der zu regelnden Sache selbst?
- Sind neue Regelungen zu schaffen oder können bestehende Regelungen weiterentwickelt/angepasst werden?⁴
- Welche bestehenden rechtlichen Regelungen im Umfeld der zu regelnden Sache sind in den Blick zu nehmen?
- Welche formellen und materiellen verfassungsrechtlichen Maßgaben sind zu berücksichtigen?
- Welche international-, insbesondere unionsrechtlichen Regelungen sind zu berücksichtigen?

Im Rahmen der rechtlichen Begleitforschung sind keine ausgearbeiteten Gesetzesvorschläge zu machen. Vielmehr geht es in der Hauptsache darum zu prüfen, welche Neuregelungen im Zusammenhang mit der Verlagerung der Ausbildung oder von Teilen der Ausbildung an Hochschulen erforderlich und rechtlich möglich sind.

¹ Verordnung über die Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Berufe in der Alten- und Krankenpflege, für Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten vom 25. Februar 2010, GV. NRW. 2010, 177.

² Bundesministerium für Gesundheit, Bekanntmachung von Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben nach § 4 Absatz 6 Satz 3 des Ergotherapeutengesetzes, § 6 Absatz 4 Satz 3 des Hebammenengesetzes, § 4 Absatz 6 Satz 3 des Logopädengesetzes und § 9 Absatz 3 Satz 3 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes vom 16. November 2009, BAnz vom 27. November 2009, Nummer 180, S. 4052.

³ S. hierzu auch das Handbuch der Rechtsförmlichkeit Bundesministerium der Justiz, 2008.

⁴ Im Folgenden insgesamt als Neuregelungen bezeichnet.

1.2 Allgemeine Veränderungsbedarfe bei den Heilberufegesetzen

Die rechtliche Begleitforschung stößt bei den hier zu behandelnden Heilberufen auf eine Gesetzeslage, die folgendermaßen zu beschreiben ist:

- Einige Heilberufegesetze verfügen über keine oder nur unvollständig ausgebrachte Ausbildungsziele.
- Bei den Pflegeberufen (Kinder-, Kranken- und Altenpflege) wird zurzeit die Umstellung auf eine generalistische Ausbildung im Vorfeld gesetzgeberisch vorbereitet.⁵
- Bei den Pflegeberufen wird zurzeit die Finanzierung und Refinanzierung der Ausbildung gesetzgeberisch vorbereitet.⁶
- Die Änderungen der Richtlinie 2005/36/EG durch die Richtlinie 2013/55/EU sind bis zum 18. Januar 2016 vom Gesetz- und Verordnungsgeber umzusetzen.⁷ Sie betreffen die Hebammen und die Krankenschwestern und Krankenpfleger für die allgemeine Pflege.
- Das geplante Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird Änderungen des KrPflG bewirken.⁸

In der rechtlichen Begleitforschung wird diese Situation, soweit erforderlich, mit in den Blick genommen.

1.3 Vorgehensweise im Einzelnen

Die *Auswahl der Gegenstände der rechtlichen Behandlung* ergibt sich vor allem aus der Richtlinie des BMG sowie aus den Erfahrungen aus den Modellvorhaben, die wiederum in den Berichten

⁵ S. den Koalitionsvertrag 2013, Bundesregierung, 2013, S. 85:

„Der Wechsel zwischen den Berufen in der Pflege muss erleichtert werden. Wir wollen die Pflegeausbildung reformieren, indem wir mit einem Pflegeberufegesetz ein einheitliches Berufsbild mit einer gemeinsamen Grundausbildung und einer darauf aufbauenden Spezialisierung für die Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege etablieren.“

⁶ S. den Koalitionsvertrag 2013, Bundesregierung, 2013 S. 85:

„Wir prüfen ein verbindliches Verfahren zur Refinanzierung der Ausbildungskosten, um die Kostenbeteiligung aller Einrichtungsträger zu gewährleisten. Der dualen Ausbildung mit Ausbildungsbetrieb und Schule wird zukünftig eine zentrale Bedeutung zukommen.“

Die Ausbildung muss für jeden Auszubildenden kostenfrei sein. Die Finanzbeteiligung der Länder an den Ausbildungskosten der Schulen muss auch weiterhin gewährleistet sein. Eine verbindliche und langfristige Regelung zur vollständigen Finanzierung der Ausbildungskosten bei Umschulungsmaßnahmen durch den Bund und die Länder sollte getroffen werden.“

⁷ S. dazu oben Teil I Abschnitt 2.8.

⁸ Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG), Bundesrat, Drucksache 641/14. Eine Änderung des KrPflG ist in Art. 9, eine Änderung des AltPflG in Art. 10 vorgesehen. Diese Änderungen zu § 4 KrPflG und § 4 AltPflG betreffen die Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V. Danach soll der Gemeinsame Bundesausschuss für die Tätigkeiten, die er in der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V festgelegt hat, für die zusätzliche Ausbildung standardisierte Module entwickeln.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

der sozialwissenschaftlichen Begleitforschung und den Berichten der Modellträger dokumentiert sind. Diese sind mit dem für die juristische Begleitforschung Verantwortlichen und den Modellträgern intensiv diskutiert worden.

Für die *Art und Weise der Behandlung dieser Gegenstände* ist eine diskursive Vorgehensweise im Verhältnis zwischen den Modellträgern und dem für die Begleitforschung Verantwortlichen sowie dem MGEPA gewählt worden. Die Modellträger haben ihre Anregungen und Vorschläge anhand einer an den BMG-Richtlinien orientierten Rastervorlage entwickelt und mit dem Verantwortlichen für die juristische Begleitforschung, zum Teil auch mit den Verantwortlichen für die sozialwissenschaftliche Begleitforschung diskutiert. Auf Anregung des für die juristische Begleitforschung Verantwortlichen sind von den Modellträgern für die beteiligten Berufsgruppen auch Ausbildungsziele (Qualifikationsziele) mit Blick auf die jeweiligen Heilberufsgesetze formuliert worden.

Für die *rechtliche Bearbeitung* der einzelnen Punkte werden diese Vorschläge mit dem Ziel der Darstellung von *rechtlichen Entwicklungsperspektiven* aufgenommen und jeweils *rechtlich* im Sinne einer Rechtsförmlichkeitsprüfung bewertet. Es geht also nicht darum, Einzelvorschläge zu unterbreiten, sondern unterbreitete Vorschläge in Hinblick auf ihre rechtliche Machbarkeit zu überprüfen.

1.4 Identifikation der Strukturmodelle

Die Modellvorhaben folgen unterschiedlichen Ausbildungs-/ Studienmodellen. Im Abschlussbericht wird auf die Vielfalt der Begrifflichkeiten bei den grundständigen/ primärqualifizierenden Studiengängen hingewiesen.⁹ Aus diesem Grund wird eine neue Klassifizierung mit neuer Begrifflichkeit geschaffen. Aus Gründen der einheitlichen Begriffsverwendung wird auf diese im Abschlussbericht vorgestellte Begrifflichkeit „Strukturmodelle“, „Modell A“, „Modell B“, „Modell C“ zurückgegriffen.

Im Abschlussbericht zur sozialwissenschaftlichen Begleitforschung sind die folgenden drei Strukturmodelle aufgeführt:¹⁰

- Bei *Modell A* wird die Ausbildung komplett in ein Hochschulstudium überführt, dort curricular konzipiert und von hochschulischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchgeführt. Auch die Kooperationen mit den Praxiseinrichtungen sowie die Praxisbegleitungen werden von den Hochschulen selbst übernommen.
- Bei den in *Modell B* zusammengefassten Studiengängen kooperieren die Hochschulen bei der Konzeption und Durchführung der theoretischen Studienanteile sowie auch bei der Organisation und Koordination der praktischen Studienanteile und der Praxisbegleitung in unterschiedlicher Intensität mit Berufsfachschulen. Durch eine begrenzte Auswahl an

⁹ Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen. Katholische Stiftungsfachhochschule München, 2014, S. 83.

¹⁰ Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen. Katholische Stiftungsfachhochschule München, 2014, S. VI f.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

beteiligten Schulen und – sofern Unterricht in den Berufsfachschulen stattfindet – homogene Klassen mit Studierenden wird bei diesem Modell ein hochschulisches Niveau der Lehrangebote sichergestellt.

- Studiengänge der *Modellgruppe C* binden das Lehrangebot der Berufsfachschulen eher formal in das Studium ein. Die von den Schulen verantwortete Lehre erfolgt in heterogen zusammengesetzten Lerngruppen mit jeweils nur einer geringen Anzahl von Studierenden und die Schulen übernehmen weitgehend selbstständig die Kooperation mit den Praxiseinrichtungen sowie die Praxisbegleitung, so dass nicht sicher gewährleistet werden kann, dass die auf das Studium angerechneten Anteile tatsächlich durchgängig Bachelor-niveau erreichen.

2 Voraussetzungen der Hochschulen (BMG-RL I. 1.1)

2.1 Verantwortlichkeit für die Studiengänge in Ansehung der Strukturmodelle – Kooperation mit anderen Einrichtungen (BMG-RL I. 1.1.4)

2.1.1 Rechtliche Ausgangssituation

In den bestehenden Heilberufegesetzen ist außerhalb der Modellvorhaben die Verantwortlichkeit für die Gestaltung der Ausbildung, insbesondere des praktischen Ausbildungsteils, unterschiedlich geregelt. Im KrPflG (§ 4 Abs. 5) wird von der Gesamtverantwortung der Schule für die Organisation und Koordination des theoretischen und praktischen Unterrichts und der praktischen Ausbildung und der Unterstützung der praktischen Ausbildung durch Praxisbegleitung gesprochen, während die Praxisanleitung durch die Praxisstellen sicherzustellen ist.¹¹ Im AltPflG (§ 4 Abs. 4) und in der ErgThAPrV (§ 1 Abs. 1 Satz 2) bezieht sich die Gesamtverantwortung der Schulen auf die Ausbildung. Im MPhG (§ 9 Abs. 1 Satz 1) wird von Sicherstellung der praktischen Ausbildung gesprochen. Für andere Heilberufe ist die Schule, ohne dass dies ausdrücklich erwähnt wird, verantwortlich für die gesamte Ausbildung (bei den Hebammen: § 6 Abs. 1 Satz 3 HebG; bei den Logopäden: § 4 Abs. 1 LogopG).

Im Rahmen der Modellklauseln tritt die Hochschule an die Stelle der Schule (§ 4 Abs. 4 Satz 5 AltPflG; § 4 Abs. 5 Satz 3 ErgThG; § 6 Abs. 3 Satz 3 HebG; § 4 Abs. 5 Satz 3 LogopG; § 9 Abs. 2 Satz 3 MPhG). Im Hebammengesetz wird noch besonders darauf hingewiesen, dass die Hochschulen die praktische Ausbildung im Rahmen einer Regelung mit den Krankenhäusern sicherzustellen haben (§ 6 Abs. 3 Satz 4 HebG).

Für die Krankenpflege ist in der Modellvorhabensklausel nach § 4 Abs. 6 KrPflG nicht explizit erwähnt, dass die Hochschule an die Stelle der Schule tritt. Jedoch finden sich für Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V und für die Erprobung entsprechender Ausbildungsangebote solche Regelungen (§ 4 Abs. 5 Satz 4, Abs. 7 Satz 4 KrPflG).¹²

In Nordrhein-Westfalen ist mit dem Gesundheitsfachberufweiterentwicklungsgesetz (GBWEG)¹³ von der Möglichkeit Gebrauch gemacht worden, zur Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung der Berufe in der Alten- und Krankenpflege, im Hebammenwesen, der Logopädie, der Physiotherapie und Ergotherapie dienen, Abweichungen von den Berufsgesetzen und den entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen zur Durchführung von Modellvorhaben auch an Hochschulen zuzulassen (§ 2 Abs. 2 Satz Studiengänge der Modellgruppe C binden das Lehrangebot der Berufsfachschulen eher formal in das Studium ein. Die von den Schulen verantwortete Lehre erfolgt in heterogen zusammengesetzten Lerngruppen

¹¹ Dielmann, 2013, S. 114 f., weist darauf hin, dass die Vorschrift in dieser Fassung Art. 31 Abs. 3 der Richtlinie 2005/36/EG Rechnung tragen soll.

¹² Zu den geplanten Änderungen dieser Vorschriften s. die Hinweise in Fn. 8.

¹³ Vom 6. Oktober 1987, GV. NRW. 1987, 342.

mit jeweils nur einer geringen Anzahl von Studierenden und die Schulen übernehmen weitgehend selbstständig die Kooperation mit den Praxiseinrichtungen sowie die Praxisbegleitung, so dass nicht sicher gewährleistet werden kann, dass die auf das Studium angerechneten Anteile tatsächlich durchgängig Bachelorniveau erreichen.¹⁴ GBWEG). Dies ist mit der Modellvorhabenverordnung¹⁴ geschehen. Danach sind Modellträger im Sinne dieser Rechtsverordnung Hochschulen. Die Hochschule trägt die Gesamtverantwortung für die Ausbildung (§ 2 Abs. 3 Satz 2 der Verordnung). Das gilt auch dann, wenn die Hochschule nur teilweise an die Stelle der staatlich anerkannten Fachschulen des Gesundheitswesens tritt (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 1 der Verordnung). Die Abschnitte des Unterrichts und der praktischen Ausbildung sind inhaltlich und organisatorisch aufeinander abzustimmen (§ 2 Abs. 3 Satz 3 der Verordnung).

Damit kommen den Hochschulen im Rahmen ihrer so definierten Gesamtverantwortung folgende Aufgaben zu:

- Die Konzeption des Studienganges (Verteilung der Abschnitte des Unterrichts zwischen Hochschulen, Berufsfachschulen und praktischen Ausbildungsstellen);
- die Auswahl der am Unterricht und an der praktischen Ausbildung beteiligten Einrichtungen;
- die Koordinierung des Unterrichts und der praktischen Ausbildung;
- die Wahrnehmung der Gesamtverantwortung für die Ausbildung im Sinne der Sicherstellung der Erfüllung der rechtlichen Anforderungen und der inhaltlichen Maßgaben.

2.1.2 Wahrnehmung und rechtliche Gestaltungen der hochschulischen Gesamtverantwortung in den Modellvorhaben

Im Abschlussbericht der sozialwissenschaftlichen Begleitforschung wird ausführlich und sehr differenziert auf die unterschiedlichen Kooperationsgestaltungen bei den jeweiligen Strukturmodellen eingegangen.¹⁵ Die Modellträger haben die Verteilung der Ausbildungsaufgaben und die Koordinationsorganisation sehr unterschiedlich wahrgenommen. Für die drei Strukturmodelle¹⁶ ergeben sich in der Frage der Herstellung der Gewährleistung des praktischen Ausbildungsteils, auch in Form der Kooperation mit Praxiseinrichtungen, unterschiedliche Anforderungen an die hochschulischen Voraussetzungen. Dabei versteht es sich von selbst, dass eine größere Zahl von am Unterricht und an der praktischen Ausbildung Beteiligten einen höheren Koordinierungsaufwand in hochschulischer Verantwortlichkeit bedingt.¹⁷

¹⁴ S. Fn. 1.

¹⁵ Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen. Katholische Stiftungsfachhochschule München, 2014, S. 84 ff.

¹⁶ S. oben Abschnitt 1.4.

¹⁷ S. Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen. Katholische Stiftungsfachhochschule München, 2014, S. 87 f.

Es hat sich gezeigt, dass die Art und Weise der Wahrnehmung der Gesamtverantwortung unterschiedlich ausgebracht werden kann. Dies kann von der sehr intensiven Gestaltungsverantwortung bis hin zu einer eher formal wahrgenommenen Verantwortlichkeit reichen.¹⁸

Da die gesetzlichen Vorschriften keine Präzisierung zur Art und Weise der Verantwortungswahrnehmung enthalten, kann davon ausgegangen werden, dass ein weiter Begriff der Verantwortungswahrnehmung gemeint ist.

2.1.3 Künftige rechtliche Gestaltung der Verantwortlichkeit

Bei der künftigen rechtlichen Gestaltung der Verantwortlichkeit kann es nicht darum gehen, für eines oder mehrere Strukturmodelle rechtliche Präferenzen zu äußern. Die in der sozialwissenschaftlichen Begleitforschung aufgezeigten Varianten auch innerhalb einzelner Strukturmodelle müssen ausbildungs- und ggf. auch hochschulpolitisch bewertet werden. Die rechtliche Bewertung kommt zu dem Ergebnis, dass gegen die von den Modellträgern praktizierten Varianten, soweit ersichtlich, rechtlich nichts einzuwenden ist.

Es bedarf künftig einer klaren rechtlichen Regelung zur Übernahme der Gesamtverantwortlichkeit für die Ausbildung. Dazu gehört die Benennung der Hochschulen als Ausbildungsträger. Weiter bedarf es entsprechender Vorschriften in den Heilberufegesetzen, wenn die Hochschulen die Gesamtverantwortlichkeit für die Ausbildung übernehmen bzw. diese sicherstellen sollen. Um den eigenen Gestaltungsräumen der Hochschulen, auch in Ansehung der unterschiedlichen Strukturmodelle, Rechnung zu tragen, empfiehlt es sich, die Gesamtverantwortlichkeit für die Ausbildung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften grundsätzlich bei den Hochschulen zu verorten. Um der Variationsbreite, die die Strukturmodelle abbilden, Spielraum zu geben, sollen den Hochschulen Möglichkeiten der unterschiedlichen Gestaltung der Wahrnehmung dieser Gesamtverantwortlichkeit eröffnet werden. Dies kann in Ansehung der unterschiedlichen Strukturmodelle geschehen. Mit einer solchen Regelung würde die in Art. 5 Abs. 3 GG verbürgte Hochschulautonomie in der Gestaltung der Lehre in sehr weitem Maße berücksichtigt.

Eine andere Frage ist, ob der Bundesgesetzgeber als für die Zulassung zu den Heilberufen zuständiger Gesetzgeber sich auf nur ein Strukturmodell festlegen darf. Eine solche Festlegung könnte einen Eingriff in die verfassungsrechtlich garantierte Hochschulautonomie (Art. 5 Abs. 3 GG) darstellen. Diese Frage ist grundsätzlich positiv zu beantworten. Werden bei gesetzlich regulierten Berufen mit der Regulierung verfassungsrechtlich relevante Schutzzwecke verfolgt, so wären mögliche Eingriffe in Grundrechte, hier das Grundrecht der Hochschulen aus Art. 5 Abs. 3 GG, grundsätzlich möglich. Beispiele hierfür finden sich hierfür für die ärztliche Ausbildung in der BÄO und der ÄApprV und für die juristische Ausbildung im Deutschen Richtergesetz (DRiG). Mögliche Eingriffe in die inhaltliche Gestaltungsfreiheit der Hochschulen sind auch am Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu messen.¹⁹ Unter diesem Gesichtspunkt wäre die Frage aufzuwerfen, ob es

¹⁸ Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen. Katholische Stiftungsfachhochschule München, 2014, S. 84 ff.

¹⁹ S. hierzu Jarras, et al., 2012, Art. 5, Rn. 129 ff.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

notwendig ist, den Hochschulen nur ein einziges Strukturmodell für die Ausbildung von Heilberufen vorzugeben. Es spricht viel dafür, den Hochschulen auch bei der Wahl der Strukturmodelle Gestaltungsfreiheit einzuräumen.

Speziell für die Koordinierung von Theorie und Praxis für das gesamte Ausbildungsprogramm existiert für die allgemeine Krankenpflege eine Vorschrift in der Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) (Art. 31 Abs. 3 Unterabs. 2):

Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass die mit der Ausbildung der Krankenschwestern und Krankenpfleger betrauten Einrichtungen die Verantwortung dafür übernehmen, dass Theorie und Praxis für das gesamte Ausbildungsprogramm koordiniert werden.

Gleiches gilt für die Hebammenausbildung (Art. 40 Abs. 1 Unterabs. 2 der Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung):

Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass die mit der Ausbildung der Hebammen betrauten Einrichtungen die Verantwortung dafür übernehmen, dass Theorie und Praxis für das gesamte Ausbildungsprogramm koordiniert werden.

Obwohl unionsrechtlich keine Verpflichtung dazu besteht, spricht doch viel dafür, diese Regelung auch auf die anderen hier von der Richtlinie nicht erfassten Heilberufe zu übertragen. Wenn Hochschulen nicht die gesamte Ausbildung selbst übernehmen, sollen sie auch für die Art und Weise der Kooperation mit Einrichtungen der praktischen Ausbildung und für die Praxisanleitung verantwortlich sein. In den Strukturmodellen, in denen dies derzeit nicht praktiziert wird, müsste dies im weiteren Verlauf des Modellvorhabens beobachtet und ggf. weiter evaluiert werden.

2.2 Sächliche und personelle Ausstattung (BMG-RL I. 1.1.2)

2.2.1 Allgemeine Fragestellungen

Die sächliche und personelle Ausstattung der Hochschulen liegt in der Verantwortung der Hochschulen und richtet sich nach den Erfordernissen der Studiengänge. Dies zieht auch die Verantwortung für die Finanzierung nach sich.

Die existierenden Berufsgesetze liefern zum Teil Hinweise für die sachliche und personelle Ausstattung der Schulen (vgl. § 5 Abs. 2 AltPflG, § 6 Abs. 2 HebG, § 4 Abs. 3 KrPflG).

Die Frage, ob und inwieweit in einem Bundesgesetz den Hochschulen und sonstigen Ausbildungseinrichtungen Vorgaben für die sachliche und personelle Ausstattung gemacht werden können, bemisst sich nach der Reichweite der Gesetzgebungskompetenz in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG. Wichtige Hinweise kann auch die Staatspraxis, hier in Form der Gesetzgebungspraxis, geben. Schließlich geht es um die Notwendigkeit solcher Vorschriften.

Mit Blick auf die bisherige Gesetzgebungspraxis ist bei den sachlichen Voraussetzungen festzustellen, dass hier allenfalls auf die Erforderlichkeit von Räumen und Einrichtungen sowie ausreichender Lehr- und Lernmittel hingewiesen wird (s. etwa § 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 KrPflG, § 6 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 HebG). Allerdings drücken solche Vorschriften nur eine Selbstverständlichkeit aus. Anders ist dies bei den personellen Voraussetzungen. Hier werden entsprechende Vorgaben in

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

den Berufsgesetzen gemacht (vgl. etwa § 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und 2 KrPflG, § 6 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 2 HebG).

Zieht man zum Vergleich die Ausbildungsregelungen für den Beruf des Arztes heran, so sind dort zwar sehr detaillierte Regelungen zur Ausbildung zu verzeichnen (vgl. §§ 2, 3 ÄApprO, § 4 BÄO). Es werden jedoch praktisch keine Anforderungen an die sächlichen und personellen Voraussetzungen der Hochschulen festgelegt. Daraus könnte man folgern, dass auch für die hochschulische Ausbildung von anderen als ärztlichen Heilberufen nur die Notwendigkeit einer detaillierten Beschreibung des Ausbildungsprogramms besteht, aus der sich dann quasi automatisch die Vorgaben für die sächliche und personelle Ausstattung ergeben. Für eine solche Argumentation könnte man auch verstärkend den Gesichtspunkt der Hochschulautonomie bei der Umsetzung dieser Anforderungen anführen. Allerdings kann von hier aus nicht beurteilt werden, ob die Hochschulen bei der ärztlichen Ausbildung tatsächlich die notwendige sächliche und personelle Ausstattung vorhalten.

Unabhängig davon ist die Frage nach der Notwendigkeit mehr oder weniger detaillierter sächlicher und personeller Vorgaben gerade bei der hochschulischen Ausbildung anderer als ärztlicher Heilberufe zu stellen. Die Hochschulen, auch die Hochschulverwaltungen, haben bisher eher wenig Erfahrung mit der Ausbildung solcher Heilberufe. Bei den akademischen Heilberufen hat sich über lange Jahre hinweg ein gemeinsames Verständnis über die sächlichen und personellen Anforderungen an die Ausbildung entwickelt. Wortstarke und durchsetzungskräftige Berufsverbände haben sich um Belange der Ausbildung gekümmert. Die Hochschulen und die entsprechenden ministeriellen Ressorts auf Bundes- und Landesebene haben sich der Ausbildungs- und Ausstattungsdiskussion stellen müssen.

Bei den anderen als ärztlichen Heilberufen, für die jetzt in Modellvorhaben eine hochschulische Qualifikation ermöglicht wird, ist eine ausgeprägte und wirkungsstarke berufsverbandliche Diskussion, die die hochschulische Diskussion im Punkt der Ausstattung mit beeinflussen könnte, sehr unterschiedlich vorhanden. Ein gemeinsames Selbstverständnis innerhalb der in den Modellvorhaben zusammengefassten Heilberufe über sächliche und personelle Voraussetzungen der Ausbildung ist erst im Entstehen. Die Bildung entsprechender, auch hochschulübergreifender und die Berufsverbände einbeziehender Gremien zur Diskussion dieser Gegenstände könnte hier hilfreich sein. Allerdings ist zur Kenntnis zu nehmen, dass die berufspolitischen und die hochschulischen Interessen in Ausbildungsfragen zum Teil erheblich auseinander liegen. Auch ist zur Kenntnis zu nehmen, dass die jeweiligen Heilberufsverbände und die Vertreterinnen und Vertreter der jeweiligen hochschulischen Ausbildung unterschiedliche Traditionen im Umgang mit berufs- und ausbildungspolitischen Themen haben.

Aus diesem Grund spricht sehr viel dafür, dass der Bundesgesetzgeber nicht nur die Anforderungen an die Ausbildungsprogramme, sondern auch die sächlichen und insbesondere die personellen Anforderungen zumindest in einem gewissen Rahmen vorgibt. Dabei sind auch die rechtlichen Anforderungen an den Patientenzugang und an die Theorie- und Praxisvernetzung zu beachten. Ein solcher Rahmen kann auch die Struktur des Personals, insbesondere in Richtung auf die praktischen Ausbildungserfordernisse, umfassen. Die Vorgabe solcher Anforderungen stärkt

die Verhandlungsposition der Träger der Studiengänge bei der Verteilung von Ressourcen in der Hochschule. Allerdings ist die Festlegung von Curricular-Normwerten nicht Angelegenheit des Bundesgesetzgebers.

2.2.2 Kapazitätserwägungen

2.2.2.1 Befunde

Von Lehrenden im Bereich der Modellvorhaben in Nordrhein-Westfalen wird berichtet, dass die Modellvorhaben den dort beteiligten Lehrenden einen besonders zeitintensiven Einsatz auferlegen, der sich signifikativ von den Belastungen im Vergleich zu Lehrenden außerhalb der Modellvorhaben unterscheiden soll.²⁰ Mit diesen Aussagen, deren Substanz hier als zutreffend unterstellt wird, werden Fragen der faktischen Deputatsbelastung von Lehrenden angesprochen. Eine übermäßige Deputatsbelastung kann zu einer faktischen Beeinträchtigung der Wissenschaftsfreiheit der betroffenen Lehrenden an Hochschulen führen. Deshalb wird im Folgenden auf diesen Aspekt der Kapazitätserwägungen abgestellt. Andere landeshochschulrechtliche Aspekte sind hier nicht zu erörtern.

2.2.2.2 Faktische Beeinträchtigungen der Wissenschaftsfreiheit an Fachhochschulen bei mangelnder personeller Ausstattung

Die Wissenschaftsfreiheit ist auch für Professorinnen und Professoren von Fachhochschulen gewährleistet (Art. 5 Abs. 3 GG). Dies ist seit dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 13. April 2010²¹ klargestellt.

Allerdings weist das Landeshochschulgesetz²² den Hochschulen in Unterscheidung zwischen Universitäten und Fachhochschulen unterschiedliche Aufgaben zu:

§ 3

Aufgaben

(1) Die Universitäten dienen der Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Pflege und Entwicklung der Wissenschaften durch Forschung, Lehre, Studium, Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses und Wissenstransfer (insbesondere wissenschaftliche Weiterbildung, Technologietransfer). Sie bereiten auf berufliche Tätigkeiten im In- und Ausland vor, die die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse und Methoden erfordern. Die Sätze 1 und 2 gelten für die Kunst entsprechend, soweit sie zu den Aufgaben der Universitäten gehört.

(2) Die Fachhochschulen bereiten durch anwendungsbezogene Lehre und Studium auf berufliche Tätigkeiten im In- und Ausland vor, die die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse und Methoden oder die Fähigkeit zu künstlerischer Gestaltung erfordern. Sie nehmen Forschungs- und

²⁰ S. auch die Hinweise in den Berichten der Modellträger und im Abschlussbericht, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen. Katholische Stiftungsfachhochschule München, 2014, S. 87, 132, 134, 138, und die Empfehlungen in Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen. Katholische Stiftungsfachhochschule München, 2014, S. XVI.

²¹ BVerfG, Beschluss vom 13.04.2010, Az.: 1 BvR 261/07, Rn. 40 ff. (zitiert nach juris.de) = BVerfGE 126, 1. S. jetzt auch in diesem Sinn BVerfG, Urt. vom 26.09.2012, Az.: 6 CN 1/11, Rn. 12 (zitiert nach juris.de).

²² Gesetz über die Hochschulen des Landes Nordrhein-Westfalen (Hochschulgesetz - HG) vom 31. Oktober 2006, GV. NRW. 2006, S. 474; zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 03.12.2013, GV. NRW. S. 723.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Entwicklungsaufgaben, künstlerisch-gestalterische Aufgaben sowie Aufgaben des Wissenstransfers (insbesondere wissenschaftliche Weiterbildung, Technologietransfer) wahr.

(...)

Bei dieser Aufgabenzuweisung wird zunächst zwischen der Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse bei den Universitäten und der Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse und Methoden bei den Fachhochschulen unterschieden (§ 3 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 HG). Im Weiteren wird unterschieden zwischen Pflege und Entwicklung der Wissenschaften durch Forschung, Lehre, Studium, Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses und Wissenstransfer bei den Universitäten und Wahrnehmung von Forschungs- und Entwicklungsaufgaben, künstlerisch-gestalterischer Aufgaben sowie Aufgaben des Wissenstransfers bei den Fachhochschulen (§ 3 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 2 HG). Diese semantischen Unterscheidungen sind aber verfassungsrechtlich eher von geringer Relevanz, da der Schutzbereich der Wissenschaftsfreiheit die Freiheit von Forschung und Lehre umfasst.²³ Das Bundesverfassungsgericht führt hierzu aus:²⁴

„Im Übrigen lässt sich die Einheit von Forschung und Lehre bei Fachhochschullehrern nicht pauschal verneinen, weil die Landeshochschulgesetze den Fachhochschulen Forschung als Aufgabe übertragen haben. Dass es sich nicht nur bei der Grundlagenforschung, sondern auch bei anwendungsbezogener Forschung um wissenschaftliche Forschung im Sinne des Art. 5 Abs. 3 Satz 1 GG handelt, hat das Bundesverfassungsgericht bereits 1982 festgestellt und sich in diesem Zusammenhang gegen einen restriktiven, statischen und abschließend definierten Forschungsbegriff gewendet. Forschung "war schon immer nicht nur reine Grundlagenforschung, sondern setzte auch an bestimmten praktischen Fragestellungen an" (vgl. BVerfGE 61, 210 <252>).“

Auch die Landesverfassung spricht von Hochschulen, die den Universitäten als Stätten der Forschung und der Lehre gleichstehen (Art. 16 Abs. 1 Satz 1 Landesverfassung NRW).

Damit kann angesichts der jüngeren Verfassungsrechtsprechung festgehalten werden, dass auch die Hochschullehrerinnen und –lehrer an Fachhochschulen vom personellen und materiellen Schutzbereich des Grundrechts auf Wissenschaftsfreiheit erfasst sind.

Auch faktische Beeinträchtigungen der Wissenschaftsfreiheit können einen Eingriff in das vorbehaltlos gewährte Grundrecht aus Art. 5 Abs. 3 GG darstellen.²⁵ Dabei stellt sich die Beeinträchtigung durch eine Lehr- und Organisationsüberlastung der betreffenden Lehrenden als eine Beeinträchtigung durch eine mangelnde kapazitätsgerechte Ausgestaltung der entsprechenden Studiengänge durch den Träger der Hochschule dar, für die der Staat Sorge zu tragen hat. Das Bundesverfassungsgericht²⁶ führt hierzu aus:

„1. Art. 5 Abs. 3 Satz 1 GG enthält neben einem individuellen Freiheitsrecht eine objektive, das Verhältnis von Wissenschaft, Forschung und Lehre zum Staat regelnde wertentscheidende Grundsatznorm (vgl. BVerfGE 35, 79 <112>; stRspr). Diese Wertentscheidung schließt das Entstehen des Staates, der sich als Kulturstaat versteht, für die Idee einer freien Wissenschaft und seine

²³ Jarras, et al., 2012, Art. 5, Rn. 121 ff.

²⁴ BVerfG (wie Fn. 21), Rn. 51.

²⁵ Jarras, et al., 2012, Art. 5, Rn. 126.

²⁶ BVerfG, Beschluss vom 26.10.2004, Az.: 1 BvR 911/10 u.a., Rn. 134 f. (zitiert nach juris.de) = BVerfGE 111, 333 (353).

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Mitwirkung an ihrer Verwirklichung ein (vgl. BVerfGE 35, 79 <114>). Der Staat muss danach für funktionsfähige Institutionen eines freien Wissenschaftsbetriebs sorgen und durch geeignete organisatorische Maßnahmen sicherstellen, dass das individuelle Grundrecht der freien wissenschaftlichen Betätigung so weit unangetastet bleibt, wie das unter Berücksichtigung der anderen legitimen Aufgaben der Wissenschaftseinrichtungen und der Grundrechte der verschiedenen Beteiligten möglich ist (vgl. BVerfGE 35, 79 <115>; 85, 360 <384>; 93, 85 <95>).

2. Dem einzelnen Träger des Grundrechts aus Art. 5 Abs. 3 Satz 1 GG erwächst aus dieser Wertentscheidung ein Recht auf solche staatlichen Maßnahmen auch organisatorischer Art, die zum Schutz seines grundrechtlich gesicherten Freiheitsraums unerlässlich sind, weil sie ihm freie wissenschaftliche Betätigung überhaupt erst ermöglichen (vgl. BVerfGE 35, 79 <116>). Dieser Frei- raum ist nicht nur im Interesse seiner Entfaltung als Wissenschaftler garantiert, sondern auch im Interesse einer dem Wohl des Einzelnen und der Gesellschaft dienenden Wissenschaft (vgl. BVerfGE 47, 327 <370>). Daher schützt die Wissenschaftsfreiheit nicht vor Beschränkungen, die für den einzelnen Grundrechtsträger aufgrund des Zusammenwirkens mit anderen Grundrechtsträgern im Wissenschaftsbetrieb unvermeidbar sind (vgl. BVerfGE 35, 79 <122, 128>; 47, 327 <369 f.>; 51, 369 <379>; 55, 37 <68 f.>).“

2.2.2.3 Empfehlung zum weiteren Vorgehen hinsichtlich der Kapazitätsfragen

In hochschulrechtliche Terminologie übersetzt handelt es sich bei den vorgenannten Fragen um solche der Kapazität der Hochschulen. Solche Fragen sind nicht Gegenstand der Begleitforschung zu den Modellvorhaben.²⁷ Sie betreffen letztlich die Kapazitätsberechnungen für Hochschulen.²⁸

Für eine verfassungsrechtliche Bewertung wäre zunächst zu eruieren, wie sich die Situation in der Laufzeit der Modellvorhaben darstellt. Hier sind in der Hochschule für Gesundheit in Bochum umfangreiche Gespräche mit dem zuständigen Wissenschaftsministerium geführt worden, die zu ersten Ergebnissen geführt haben. Die grundsätzliche Orientierung war die Kapazitätsberechnung im Rahmen des Medizinstudiums. Entsprechende Erhebungskonzepte bzw. -verfahren über die aktuellen kapazitären Auswirkungen über alle Modellvorhaben hinweg liegen – soweit ersichtlich – nicht vor. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass die Modellvorhaben in privater oder refinanzierter Trägerschaft keine Kapazitätsberechnungen nach üblichem Hochschulrecht durchführen.

Für die zukünftige Gestaltung der hochschulischen Ausbildung auf der Grundlage der Erfahrungen aus den Modellvorhaben ist es insbesondere wichtig zu wissen, welche Wirkungen diese Ausbildung auf die Kapazität der Hochschulen hat, damit das Land Nordrhein-Westfalen seinen rechtlichen und verfassungsrechtlichen Verpflichtungen auf dem Gebiet des Hochschulwesens entsprechend nachkommen kann. Insbesondere ist dabei auch Augenmerk auf die Frage zu lenken, ob die gegenwärtigen Belastungen nur mit der Einführung eines bisher nicht eingeübten Ausbildungssystems zu tun haben oder ob das neu eingeführte Ausbildungssystem auf Dauer

²⁷ S. dazu den Katalog der Fragen unter I. 1.1 und I.1.2 in der BMG-Richtlinie (Fn. 2). Dort wird auf Kapazitätsfragen nicht eingegangen.

²⁸ Verordnung zur Ermittlung der Aufnahmekapazität an Hochschulen in Nordrhein-Westfalen für Studiengänge außerhalb des zentralen Vergabeverfahrens (Kapazitätsverordnung NRW 2010 - KapVO NRW 2010) vom 10. Januar 2011, GV. NRW. 2011, 84.

kapazitäre Veränderungen nach sich ziehen wird. Hier ist die bereits erwähnte hohe Lehrbelastung durch die praktischen Studienphasen zu berücksichtigen.

Die so erhobenen Befunde sind in Hinblick auf ihre rechtliche Relevanz, insbesondere in Hinblick auf eine mögliche Beeinträchtigung der Wissenschaftsfreiheit der betreffenden Hochschullehrerinnen und –lehrer, zu würdigen. In einem weiteren Schritt sind dann die erforderlichen Maßnahmen des Landes zu prüfen, z.B. auch die Frage, ob der Curricularnormwert entsprechend anzupassen ist.

2.2.2.4 Vorstellungen der Modellträger

Die Modellträger haben gesprächsweise zum Teil sehr konkrete Angaben insbesondere zur personellen Ausstattung bzw. zu den hochschulischen Anforderungen gerade im Hinblick auf die praktische Ausbildung vorgebracht. Es besteht jedoch weitgehend Konsens darüber, dass bei einer entsprechenden Anpassung des Curricularnormwertes eine allgemeine Regelung ausreichend ist.

3 Ausbildung

3.1 Zugang zur Ausbildung (Ausbildungsvoraussetzungen)

3.1.1 Unionsrechtliche Vorgaben durch die Richtlinie 2005/36/EG für die Krankenschwestern und Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, und für die Hebammen

Die Richtlinie 2005/36/EG²⁹ über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, zuletzt geändert durch die Richtlinie 2013/55/EU³⁰, gilt ihrem Titel nach nur für die Anerkennung von Berufsqualifikationen. In diesem Zusammenhang werden aber Regelungen zum Ausbildungszugang und zu den Ausbildungsinhalten getroffen. Die Änderungen, die mit der Richtlinie 2013/55/EU bewirkt werden, sind binnen zwei Jahren nach Inkrafttreten, d.h. bis zum 18.01.2016, umzusetzen (Art. 3 Abs. 1 Richtlinie 2013/55/EU). Die Richtlinie ist, was die Änderungen der Richtlinie 2005/36/EG angeht, damit noch nicht geltendes Recht, sondern muss erst durch den Gesetz- und Verordnungsgeber umgesetzt werden. Für die weitere Gestaltung des Heilberuferechts sind diese Vorgaben jedoch schon jetzt mit in den Blick zu nehmen.

Für den Beruf der *Krankenschwester und Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind*,³¹ sind nunmehr explizit zwei Ausbildungszugänge möglich: Eine Ausbildung nach zwölfjähriger allgemeiner Schulausbildung mit Erwerb der Hochschulreife auf tertiärer Ebene, also eine hochschulische Qualifikation, und eine Ausbildung nach zehnjähriger allgemeiner Schulausbildung, also eine Qualifikation zum Besuch von Berufsschulen für Krankenpflege (Art. 31 Abs. 1 Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung):

(1) Die Zulassung zur Ausbildung zur Krankenschwester und zum Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, setzt Folgendes voraus:

a) entweder eine zwölfjährige allgemeine Schulausbildung, deren erfolgreicher Abschluss durch ein von den zuständigen Behörden oder Stellen eines Mitgliedstaats ausgestelltes Diplom oder Prüfungszeugnis oder durch einen sonstigen Befähigungsnachweis oder durch ein Zeugnis über eine bestandene Prüfung von gleichwertigem Niveau bescheinigt wird, das zum Besuch von Universitäten oder anderen Hochschuleinrichtungen mit anerkannt gleichwertigem Niveau berechtigt, oder

b) eine mindestens zehnjährige allgemeine Schulausbildung, deren erfolgreicher Abschluss durch ein von den zuständigen Behörden oder Stellen eines Mitgliedstaats ausgestelltes Diplom oder Prüfungszeugnis oder durch einen sonstigen Befähigungsnachweis

²⁹ S. dazu oben Teil I, Abschnitt 2.8 sowie den Überblick bei Igl, et al., 2014.

³⁰ Wie Fn. 29.

³¹ Die in der Richtlinie verwendete Berufsbezeichnung „Krankenschwester und Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind“ ist in Deutschland unüblich. Ihr entspricht die Bezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflegerin“ oder „Gesundheits- und Krankenpfleger“, so die entsprechende Berufsbezeichnung für Deutschland im Anhang 5.2.2 zur Richtlinie 2005/36/EG.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

oder durch ein Zeugnis über eine bestandene Prüfung von gleichwertigem Niveau bescheinigt wird, das zum Besuch von Berufsschulen für Krankenpflege oder zur Teilnahme an Berufsausbildungsgängen für Krankenpflege berechtigt.

Der Zugang zur *Hebammen-Ausbildung* hat eine entscheidende Änderung erfahren. Um dem qualitativen Anspruch und der Komplexität des Berufes gerecht zu werden, ist ein Direkteinstieg in die Ausbildung nur noch nach zwölfjähriger Schulausbildung möglich (Art. 40 Abs. 2 Buchst. a) Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung). Diese Bestimmung ist spätestens bis zum 18.01.2020 umzusetzen (Art. 3 Abs. 2 Richtlinie 2013/55/EU). Die Möglichkeit der Ausbildung nach Absolvierung der Ausbildung zur allgemeinen Krankenpflege bleibt allerdings bestehen (Art. 40 Abs. 2 Buchst. b) Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung):

(2) Für die Zulassung zur Hebammenausbildung muss eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- a) Abschluss einer mindestens zwölfjährigen allgemeinen Schulausbildung oder der Besitz eines Zeugnisses, durch das eine bestandene Aufnahmeprüfung von gleichwertigem Niveau für die Hebammenschule bescheinigt wird, für Ausbildungsmöglichkeit I;
- b) Besitz eines in Anhang-V Nummer 5.2.2 aufgeführten Ausbildungsnachweises der Krankenschwester/des Krankenpflegers, die/der für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, für Ausbildungsmöglichkeit II.

Unter Ausbildungsmöglichkeit I und II wird Folgendes verstanden (Art. 40 Abs. 1 Buchst. a) und b) Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung):

- (1) Die Ausbildung zur Hebamme muss mindestens eine der folgenden Ausbildungen umfassen:
- a) eine spezielle Ausbildung zur Hebamme auf Vollzeitbasis, die theoretischen und praktischen Unterricht von mindestens drei Jahren (Ausbildungsmöglichkeit-I) umfasst, der mindestens das in Anhang-V Nummer-5.5.1 aufgeführte Ausbildungsprogramm beinhaltet; oder
 - b) eine spezielle Ausbildung zur Hebamme von mindestens 18-Monaten (Ausbildungsmöglichkeit-II) auf Vollzeitbasis, die mindestens das in Anhang V Nummer 5.5.1 aufgeführte Ausbildungsprogramm umfasst, das nicht Gegenstand eines gleichwertigen Unterrichts im Rahmen der Ausbildung zur Krankenschwester und zum Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, war.

3.1.2 Heilberuferechliche Ausbildungsvoraussetzungen

Bei den Ausbildungsvoraussetzungen wird in den gesetzlichen Regelungen unterschieden zwischen Voraussetzungen, die die bisherige Schulbildung und sonstige Ausbildung zum Gegenstand haben, und gesundheitlichen Voraussetzungen. In den hier einschlägigen Heilberufegesetzen werden keine expliziten Altersgrenzen aufgeführt.

Bei den Modellvorhaben ist zu berücksichtigen, dass als zusätzliche Ausbildungsvoraussetzungen die Hochschulzugangsvoraussetzungen zu berücksichtigen sind.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Mindestaltersgrenzen in Ansehung des Patientenkontaktes sind weder heilberuferechtlich noch hochschulrechtlich vorgesehen.

3.1.2.1 Voraussetzungen zur bisherigen Schulbildung und sonstigen Ausbildung

Gegenwärtig sind folgende Ausbildungsvoraussetzungen in den vom Modellvorhaben erfassten Heilberufen gegeben:

Altenpflege (§ 6 AltPflG):

Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung ist, dass die Bewerberin oder der Bewerber nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes ungeeignet ist sowie

1. der Realschulabschluss oder ein anderer als gleichwertig anerkannter Bildungsabschluss oder eine andere abgeschlossene zehnjährige Schulbildung, die den Hauptschulabschluss erweitert, oder
2. der Hauptschulabschluss oder ein als gleichwertig anerkannter Bildungsabschluss, sofern eine erfolgreich abgeschlossene, mindestens zweijährige Berufsausbildung oder die Erlaubnis als Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehelfer oder eine landesrechtlich geregelte, erfolgreich abgeschlossene Ausbildung von mindestens einjähriger Dauer in der Altenpflegehilfe oder Krankenpflegehilfe nachgewiesen wird, oder
3. eine andere abgeschlossene zehnjährige allgemeine Schulbildung.

Krankenpflege (§ 5 KrPflG):

Voraussetzung für den Zugang zu einer Ausbildung nach § 4 Abs. 1 ist,

1. dass die Bewerberin oder der Bewerber nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 ungeeignet ist und
2. der Realschulabschluss oder eine andere gleichwertige, abgeschlossene Schulbildung oder
 - 2a. den erfolgreichen Abschluss einer sonstigen zehnjährigen allgemeinen Schulausbildung oder
 3. der Hauptschulabschluss oder eine gleichwertige Schulbildung, zusammen mit
 - a) einer erfolgreich abgeschlossenen Berufsausbildung mit einer vorgesehenen Ausbildungsdauer von mindestens zwei Jahren oder
 - b) einer Erlaubnis als Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehelfer oder einer erfolgreich abgeschlossenen landesrechtlich geregelten Ausbildung von mindestens einjähriger Dauer in der Krankenpflegehilfe oder Altenpflegehilfe.

Hebammen (§ 7 HebG)³²:

Voraussetzung für den Zugang zu einer Ausbildung nach § 6 Abs. 1 ist die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufs. Weiter ist Voraussetzung:

1. Der Realschulabschluß oder eine gleichwertige Schulbildung oder eine andere abgeschlossene zehnjährige Schulbildung oder

³² Diese Voraussetzungen sind wegen der Richtlinie 2013/55/EU zu ändern, s. oben Abschnitt 3.1.1.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

2. der Hauptschulabschluß oder eine gleichwertige Schulbildung, sofern der Bewerber
 - a) eine mindestens zweijährige Pflegevorschule erfolgreich besucht hat oder
 - b) eine Berufsausbildung mit einer vorgesehenen Ausbildungsdauer von mindestens zwei Jahren erfolgreich abgeschlossen hat oder
3. die Erlaubnis als Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehelfer.

Ergotherapeuten (§ 4 Abs. 2 ErgThG):

Zur Ausbildung wird zugelassen, wer eine abgeschlossene Realschulbildung, eine andere gleichwertige Ausbildung oder eine nach Hauptschulabschluß abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer nachweist.

Physiotherapeuten (§ 10 MPhG):

Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung nach § 9 ist

1. die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufs und
2. der Realschulabschluß oder eine gleichwertige Ausbildung oder eine andere abgeschlossene zehnjährige Schulbildung, die den Hauptschulabschluß erweitert, oder eine nach Hauptschulabschluß oder einem gleichwertigen Abschluß abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer.

Logopäden (§ 4 Abs. 2 LogopG):

Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung ist eine abgeschlossene Realschulbildung, eine andere gleichwertige Ausbildung oder eine nach Hauptschulabschluß abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer.

Für alle hier aufgeführten Heilberufe gilt als Berufszugangsvoraussetzung der Realschulabschluss, eine andere gleichwertige Ausbildung oder eine andere abgeschlossene zehnjährige Schulbildung. Für alle hier aufgeführten Heilberufe gilt als weitere mögliche Berufszugangsvoraussetzung eine nach dem Hauptschulabschluss erfolgreich abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer.

3.1.2.2 Gesundheitliche Voraussetzungen

Weiter ist - bis auf die Ausbildung in der Ergotherapie und der Logopädie - die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufs erforderlich.

3.1.3 Zur rechtlichen Möglichkeit der Einrichtung berufsspezifischer Zulassungsvoraussetzungen

Besondere Zulassungsvoraussetzungen für die Ausbildung oder das Studium stellen verfassungsrechtlich eine Beschränkung der freien Wahl der Ausbildungsstätte dar (Art. 12 Abs. 1 Satz 1 GG). Deshalb unterliegen solche besonderen Zulassungsvoraussetzungen verfassungsrechtlichen Grenzen.

Es ist zu unterscheiden, ob eine besondere Zulassungsvoraussetzung (nur) aus Kapazitätsgründen vorgenommen wird, bei der eine Beschränkung eines Teilhaberechts³³ im Vordergrund steht, oder ob andere Gründe, hier besondere Qualifikationserfordernisse mit Blick auf die Berufsausübung entscheidend sind. Beide Gründe können auch zusammen einschlägig sein, wenn etwa eine Ausbildungsstätte bei Kapazitätsbeschränkungen auf die besondere Berufseignung zurückgreift. Dies ist vor allem bei den Zulassungsvoraussetzungen zum Hochschulstudium im Rahmen des Medizinstudiums bekannt.³⁴

Werden außerhalb von Kapazitätsbeschränkungen besondere Zulassungsvoraussetzungen nur aus berufsspezifischen Gründen (Eignung für den Beruf) erhoben, so stellt dies einen rechtfertigungsbedürftigen Grundrechtseingriff dar. Da es sich bei solchen Voraussetzungen nicht um Voraussetzungen der Berufsausübung in einem schon gewählten Beruf, sondern um Voraussetzungen des Zugangs zu einem Beruf handelt, liegt eine Berufswahlbeschränkung aus subjektiven Gründen vor, bei der auf persönliche Eigenschaften abgestellt wird. Solche Beschränkungen der freien Berufswahl sind zum Schutz überragender Gemeinschaftsgüter, zu denen auch der Gesundheitsschutz zählt, möglich.

Solche Beschränkungen müssen gesetzlich vorgesehen sein. Für den Zugang zum Hochschulstudium kann dann Näheres in einer Satzung der Universität geregelt werden, für die wieder eine Ermächtigung im jeweiligen Hochschulgesetz vorgesehen sein muss.

Die von den Modellträgern insbesondere bei den Therapieberufen geäußerten Vorstellungen zur Aufstellung besonderer Eignungsvoraussetzungen für den jeweiligen Beruf sind deshalb grundsätzlich realisierbar. Es kann aber nicht der Ausbildungsstätte oder der Hochschule überlassen werden, ohne gesetzliche ermächtigende Rechtsgrundlagen besondere Eignungsvoraussetzungen aufzustellen.

3.2 Einfluss der hochschulischen Maßgaben (BMG-RL I. 1.2.1.2, 1.2.1.3)

3.2.1 Strukturelle Diskrepanzen zwischen hochschulischer und beruflicher Ausbildung

Die hochschulische Ausbildung unterscheidet sich

Im Abschlussbericht der sozialwissenschaftlichen Begleitforschung werden unter dem Titel „Inkompatibilität der Strukturen hochschulischer und beruflicher Ausbildung“ die folgenden Punkte aufgeführt:³⁵

- Die Berufsgesetze geben einen Stundenumfang für den inhaltlichen Input vor, für Studiengänge ist gefordert, dass sie den Arbeitsaufwand der Studierenden, den Workload, der in CP (Credit Points) beziffert wird, darstellen. Üblicherweise entspricht 1 CP einem Arbeitsaufwand von 30 Stunden.

³³ Zu den Zulassungsbeschränkungen aus Kapazitätsgründen (Numerus clausus) s. BVerfGE 33, 203.

³⁴ S. dazu auch unten Abschnitt 3.3.1.5.

³⁵ Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen. Katholische Stiftungsfachhochschule München, 2014, S. 82.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- In dem für die hochschulische Ausbildung angegebenen Workload ist ein hohes Ausmaß an Selbstlernzeiten einzurechnen, womit die Studierenden zur selbständigen Erarbeitung von Inhalten befähigt werden sollen. Die Zeitangaben in der beruflichen Ausbildung benennen Präsenzzeiten, womit die Vermittlung der Inhalte und der Erwerb von Erfahrungen abgesichert werden soll.
- Der hohe Umfang an Stunden für die praktische Ausbildung lässt sich nicht immer komplett in ein Studienformat integrieren.
- Die Berufsgesetze schreiben punktuelle mündliche, schriftliche und praktische Abschlussprüfungen zum Ende der Ausbildung vor. Aus diesen drei Prüfungsteilen ergeben sich die Abschlussnoten. Die hochschulischen Abschlussnoten setzen sich anteilig aus absichtenden Modulprüfungen und der am Ende abzulegenden Bachelorprüfung, bestehend aus einer umfangreicheren wissenschaftlichen Ausarbeitung, der Bachelorarbeit, und ggf. einer mündlichen Prüfung zusammen.
- Hochschulen haben üblicherweise Freiraum in der curricularen Gestaltung ihrer Bildungsangebote, die Berufsgesetze formulieren demgegenüber mehr oder weniger detaillierte inhaltliche Vorgaben.
- Für die Pflegeberufe sind die Studienprogramme der Modellstudiengänge generalistisch ausgerichtet während die Berufsabschlüsse gegenwärtig noch überwiegend nach Altersstufen (Alten-, Kranken-, Kinderkrankenpflege) differenziert werden - der Berufsabschluss in den Modellstudiengängen ist damit abhängig von den kooperierenden Berufsfachschulen bzw. den Kooperationspartnern, mit denen die Studierenden ihren Ausbildungsvertrag abschließen.

Der letzte Punkt betrifft nicht ein Spezifikum hochschulischer Ausbildung, sondern die besondere Ausbildungssituation bei den Pflegeberufen unabhängig von der Qualifikationsstufe, die seit einiger Zeit Gegenstand einer ausbildungspolitischen Diskussion ist.

Zu den sonstigen hier wiedergegebenen Feststellungen im Abschlussbericht ist zu sagen, dass sie bis auf den letzten Punkt von allen Modellträgern in dieser Weise geäußert worden sind.

Speziell zum Punkt des hohen Umfangs an Stunden für die praktische Ausbildung und der Schwierigkeit der Einbindung in das Studienformat weisen die Modellträger ergänzend darauf hin, dass dies auf der Anforderung im Modellvorhaben beruhe, die praktische Ausbildung unverändert gemäß den gesetzlichen Anforderungen in die Studienformate zu integrieren.

3.2.2 Kompetenzorientierung ./ formale Qualifikation

Das Hochschulrecht enthält weder im Bundesrecht noch im Landesrecht Hinweise darauf, wie die Lehre in den Bachelor-Studiengängen auszurichten ist (vgl. § 19 HRG; § 60 Abs. 4 HG). Die Kultusministerkonferenz hat hierzu entsprechende Beschlüsse gefasst.³⁶ An dieser Stelle ist nicht zu diskutieren, welche Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Kompetenzorientierung von Studium und Lehre verbunden sind. Es kann davon ausgegangen werden, dass in der hochschulischen Bildungslandschaft ein breiter Konsens über die Kompetenzorientierung der Ausbildung

³⁶ Zitiert bei Schaper, et al., 2012, S. 8 f.

besteht. Auch bei den in den Modellvorhaben engagierten Modellträgern ist dieser Konsens gegeben.³⁷ Von allen Beteiligten wird darauf verwiesen, dass die Fächerorientierung der Berufsgesetze aufgehoben werden müsse zugunsten kompetenzorientierter Lehre und Prüfung. Statt eines input-orientierten Curriculums solle ein outcome-orientiertes Curriculum zugrundegelegt werden.³⁸

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) für die Ausbildung der Krankenschwestern und Krankenpfleger für allgemeine Pflege keine ausschließlich anzuwendende Outcome-Orientierung vorsieht.³⁹

In Nordrhein-Westfalen wird auf die Zielsetzung der beruflichen Handlungskompetenz und der Persönlichkeitsentwicklung schon gemäß den gegenwärtigen Rechtsgrundlagen für die Modellvorhaben hingewiesen.⁴⁰

3.3 Festlegung von Ausbildungszielen/Qualifikationszielen

In den Heilberufegesetzen wird von Ausbildungszielen gesprochen, soweit solche aufgeführt sind. Im Rahmen des Hochschulstudiums wird mit dem Bachelor ein berufsqualifizierender Abschluss vermittelt. Deshalb ist hier von Qualifikation und demgemäß von Qualifikationszielen die Rede. Im Folgenden wird stets der Begriff der Ausbildungsziele verwendet, auch wenn die hochschulische Qualifikation angesprochen ist.

3.3.1 Bedeutung und Funktion der Ausbildungsziele

Die Festlegung von Ausbildungszielen ist erforderlich, um die Inhalte der Ausbildung zumindest in einem gewissen Rahmen festzulegen und um im Zusammenhang damit die Prüfungsanforderungen definieren zu können. Es besteht insofern ein direkter rechtlicher Zusammenhang zwischen den Ausbildungszielen, den Ausbildungsinhalten und den Prüfungsanforderungen.⁴¹

Ausbildungsziele reflektieren das berufliche Geschehen und determinieren die künftige Berufsausübung. Die rechtlichen Zusammenhänge zwischen Ausbildungszielen und Berufsausübung stellen sich dabei unterschiedlich dar.

³⁷ S. auch Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen. Katholische Stiftungsfachhochschule München, 2014, S. 29 ff.

³⁸ Für die Logopädie wird dabei insbesondere auf die Ergebnisse des Projektes NetQues verwiesen (http://www.netques.eu/?page_id=1051) (Zugriff am 04.08.2014).

³⁹ S. unten Abschnitt 3.3.1.4.1.1.

⁴⁰ S. etwa für die Altenpflege die Empfehlende Richtlinie Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 2003, S. 3; für die Ergotherapie die Empfehlende Ausbildungsrichtlinie (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 2007, S. 3; für die Krankenpflege Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 1998, S. 8, sowie die weiteren Ausbildungsrichtlinien (http://www.mgepa.nrw.de/pflege/pflegeberufe/ausbildung/richtlinien_und_handreichungen/index.php) (Zugriff am 04.08.2014).

⁴¹ S. dazu unten Abschnitt 4.

Rechtliche Einflüsse auf die Formulierung von Ausbildungszielen ergeben sich aus dem Unionsrecht, dort insbesondere der Richtlinie 2005/36/EG, und aus dem deutschen Recht.

3.3.1.1 In Hinblick auf die Berufsausbildung

Auch wenn zurzeit einige Heilberufsgesetze noch keine Ausbildungsziele formulieren, versteht es sich doch von selbst, dass Ausbildungsziele erforderlich sind. Die neueren Berufsgesetze, so das KrPflG, das AltPflG und das NotSanG sind in der Formulierung der Ausbildungsziele sehr klar. Dabei werden neben der Nennung der Gegenstände der Ausbildungsziele auch die Formen der Aufgabenwahrnehmung (z.B. eigenverantwortlich/mitwirkend) genannt. Auch wird auf die Kooperation mit anderen Berufsgruppen hingewiesen.

Die Frage, ob die Ausbildungsziele nur Kompetenzen im Sinne von Performanzen enthalten sollen, und damit auf die outcomes einer Ausbildung verweisen sollen, oder ob sie auch den input, also die zu erlernenden Qualifikationen in bezug auf bestimmte Aufgaben und Tätigkeiten, benennen sollen, mag zwar die bildungspolitische Diskussion bestimmen. In rechtlicher Hinsicht, auch gerade in Hinblick auf das verfassungsrechtliche Bestimmtheitsgebot, scheint es günstiger zu sein, den gesetzlichen Rahmen so zu gestalten, dass für den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungsgeber beides, Qualifikationen wie Kompetenzen, hinreichend für die umsetzende Konkretisierung im untergesetzlichen Verordnungstext bestimmt sind.

3.3.1.2 In Hinblick auf die Berufsausübung

Die Festlegung von Ausbildungszielen und die Formulierung der Vorschriften in den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen werden mit Blick auf die Entwicklung der gegenwärtigen und der künftigen Anforderungen an das heilberufliche Handeln vorgenommen. Damit ist die Annahme verbunden, dass die Ausbildung den künftigen beruflichen Anforderungen an die Berufsausübung entspricht.

Im öffentlichen Recht stellt sich das rechtliche Verhältnis von Berufsausbildung und Berufsausübung mit Blick auf die Gesetzgebungskompetenzen unterschiedlich dar. Auf dem Gebiet des direkten Berufsrechts⁴² ist für die Berufsausbildung der Bundesgesetzgeber zuständig, für die Berufsausübung, auch die Weiterbildung, der Landesgesetzgeber. Auf dem Gebiet der Kranken- und Pflegeversicherung – also im indirekten Berufsrecht⁴³ – ist für das Leistungserbringungsrecht der Bundesgesetzgeber zuständig. Das Berufsausübungsrecht knüpft teilweise direkt an der Berufsausbildung – und damit auch an Ausbildungszielen – an. Zum Teil wird, wie z.B. in der Pflegeversicherung, nur indirekt über die Maßgaben an die Personalausstattung von Pflegeeinrichtungen,⁴⁴ an der Berufsausbildung angeknüpft.

⁴² S. dazu Teil I Abschnitt 2.2.

⁴³ S. dazu Teil I Abschnitt 2.2.

⁴⁴ Vgl. § 71 Abs. 3 SGB XI.

Im direkten Berufsrecht stellt bei Ärzten die Approbation und bei den anderen als ärztlichen Heilberufen die Erlaubnis zur Führung einer Berufsbezeichnung das rechtliche Bindeglied zwischen erfolgreich absolvierter Berufsausbildung und Berufsausübung dar.⁴⁵ In diesem Zusammenhang ist auf die Erwägung hinzuweisen, auch die anderen als ärztlichen Heilberufe mit Blick auf ihre berufliche Tätigkeit mit einer (Teil-)Approbation zu versehen.⁴⁶ Eine solche Form der Teilapprobation findet sich für die Alten- und Krankenpflegeberufe, die in Modellvorhaben erprobt werden, bereits in den einschlägigen Heilberufsgesetzen (vgl. § 1 Satz 2 AltPflG; § 1 Abs. 1 Satz 2 KrPflG).

In zivilrechtlicher – haftungsrechtlicher – Sicht kann die formale berufliche Qualifikation ein wesentliches Kriterium bei Haftungslagen sein.

Die Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) enthält ebenfalls eine Vorschrift zur Berufsausübung. Danach soll Hebammen die Aufnahme und Ausübung bestimmter Tätigkeiten gestattet werden (Art. 42 Abs. 2 Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung).

3.3.1.3 Zusammenhänge zwischen Ausbildungszielen, Ausbildung und Berufsausübung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass im Heilberuferecht und auf den Gebieten, auf denen Angehörige von Heilberufen tätig werden, ein enger Zusammenhang zwischen Ausbildung, formaler beruflicher Qualifikation und Berufsausübung besteht. Anders als bei Bachelor- und Masterabschlüssen, die einen berufsqualifizierenden Abschluss vermitteln (vgl. § 19 HRG), der nicht zwingend einem Berufsbild entsprechen muss, wird mit dem Abschluss der Ausbildung eine Qualifikation erworben, die einem bestimmten rechtlich regulierten Berufsbild entspricht. Damit ist ein durchgehender Zusammenhang von Ausbildungszielen, Ausbildung, Prüfung und Berufsausübung gegeben. Aus diesem Grund hat die am Anfang dieser Kette stehende Formulierung von Ausbildungszielen entsprechendes Gewicht für die anderen Elemente in dieser Kette.

Dieser Zusammenhang ist dort zwingend, wo die heilberufliche Tätigkeit der Regulierung unterliegt. In Deutschland findet diese Regulierung vor allem im Leistungserbringungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung, der Sozialen Pflegeversicherung und der Rehabilitation statt. Diese Gebiete kennzeichnen nach wie vor das Haupteinsatzgebiet der Heilberufe.

3.3.1.4 Unionsrechtliche Zusammenhänge und Anforderungen

3.3.1.4.1 Allgemeine Krankenpflege und Hebammen

Die unionsrechtlichen Vorschriften in der Richtlinie 2005/36/EG für die Gestaltung der Ausbildung der Krankenschwestern und Krankenpfleger für die allgemeine Pflege (Art. 31 Richtlinie 2005/36/EG) und der Hebammen (Art. 40 Richtlinie 2005/36/EG) wurden durch die Richtlinie 2013/55/EU geändert.

⁴⁵ S. dazu unten Abschnitt 5.5.

⁴⁶ Hierzu im Einzelnen Igl, 2013, S. 367 ff.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Der Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung enthält unter dem Titel „V.2. Krankenschwester und Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind - 5.2.1 Ausbildungsprogramm für Krankenschwestern und Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind“ das Programm der Ausbildung. Gleiches gilt für die Hebammen, deren Ausbildungsprogramm unter dem Titel „V.5. Hebamme - 5.5.1 Ausbildungsprogramm für Hebammen (Ausbildungsgänge-I und II)“ aufgeführt ist.

3.3.1.4.1.1 Änderung der bisherigen Ausbildungsziele und weitere Qualifikationsanforderungen bei der allgemeinen Krankenpflege

Die Ausbildungsziele für die Ausbildung der Krankenschwestern und Krankenpfleger für die allgemeine Pflege stellen sich mit der Änderung durch die Richtlinie 2013/55/EU wie folgt dar (Art. 31 Abs. 4-6 Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung):

(4) Die theoretische Ausbildung ist der Teil der Krankenpflegeausbildung, in dem die Krankenpflegeschülerinnen und -schüler die in den Absätzen 6 und 7 verlangten beruflichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen erwerben. Die Ausbildung wird an Universitäten, an Hochschulen mit anerkannt gleichwertigem Niveau oder Berufsschulen für Krankenpflege oder in Berufsausbildungsgängen für Krankenpflege von Lehrenden für Krankenpflege und anderen fachkundigen Personen durchgeführt.

(5) Die klinisch-praktische Unterweisung ist der Teil der Krankenpflegeausbildung, in dem die Krankenpflegeschülerinnen und -schüler als Mitglied eines Pflorgeteams und in unmittelbarem Kontakt mit Gesunden und Kranken und/oder im Gemeinwesen lernen, anhand ihrer erworbenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen die erforderliche umfassende Krankenpflege zu planen, durchzuführen und zu bewerten. Die Krankenpflegeschülerinnen und -schüler lernen nicht nur, als Mitglieder eines Pflorgeteams tätig zu sein, sondern auch, ein Pflorgeteam zu leiten und die umfassende Krankenpflege einschließlich der Gesundheitserziehung für Einzelpersonen und kleine Gruppen im Rahmen von Gesundheitseinrichtungen oder im Gemeinwesen zu organisieren.

Diese Unterweisung wird in Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen sowie im Gemeinwesen unter der Verantwortung des Krankenpflegelehrpersonals und in Zusammenarbeit mit anderen fachkundigen Krankenpflegern bzw. mit deren Unterstützung durchgeführt. Auch anderes fachkundiges Personal kann in diesen Unterricht mit einbezogen werden.

Die Krankenpflegeschülerinnen und Krankenpflegeschüler beteiligen sich an dem Arbeitsprozess der betreffenden Abteilungen, soweit diese Tätigkeiten zu ihrer Ausbildung beitragen und es ihnen ermöglichen, verantwortliches Handeln im Zusammenhang mit der Krankenpflege zu erlernen.

(6) Die Ausbildung von Krankenschwestern/Krankenpflegern, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, stellt sicher, dass der betreffende Berufsangehörige folgende Kenntnisse und Fähigkeiten erwirbt:

- a) umfassende Kenntnisse in den Wissenschaften, auf denen die allgemeine Krankenpflege beruht, einschließlich ausreichender Kenntnisse über den Organismus, die Körperfunktionen

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

und das Verhalten des gesunden und des kranken Menschen sowie über die Einflüsse der physischen und sozialen Umwelt auf die Gesundheit des Menschen;

- b) Kenntnisse in der Berufskunde und in der Berufsethik sowie über die allgemeinen Grundsätze der Gesundheit und der Krankenpflege;
- c) eine angemessene klinische Erfahrung; diese muss der Ausbildung dienen und unter der Aufsicht von qualifiziertem Krankenpflegepersonal an Orten erworben werden, die aufgrund ihrer Ausstattung und wegen des in ausreichender Anzahl vorhandenen Personals für die Krankenpflege geeignet sind;
- d) die Fähigkeit, an der praktischen Ausbildung von Angehörigen von Gesundheitsberufen mitzuwirken, und Erfahrung in der Zusammenarbeit mit diesem Personal;
- e) Erfahrung in der Zusammenarbeit mit anderen im Gesundheitswesen tätigen Berufsangehörigen.

(7) Formale Qualifikationen von Krankenschwestern/Krankenpflegern, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, dienen unabhängig davon, ob die Ausbildung an einer Universität, einer Hochschule mit anerkannt gleichwertigem Niveau oder einer Berufsschule für Krankenpflege oder in einem Berufsausbildungsgang für Krankenpflege erfolgte, als Nachweis dafür, dass der betreffende Berufsangehörige mindestens über die folgenden Kompetenzen verfügt:

- a) die Kompetenz, den Krankenpflegebedarf unter Rückgriff auf aktuelle theoretische und klinisch-praktische Kenntnisse eigenverantwortlich festzustellen und die Krankenpflege im Rahmen der Behandlung von Patienten auf der Grundlage der gemäß Absatz 6 Buchstaben a, b und c erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten im Hinblick auf die Verbesserung der Berufspraxis zu planen, zu organisieren und durchzuführen;
- b) die Kompetenz zur effektiven Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen, einschließlich der Mitwirkung an der praktischen Ausbildung von Angehörigen von Gesundheitsberufen, auf der Grundlage der gemäß Absatz 6 Buchstaben d und e erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten;
- c) die Kompetenz, Einzelpersonen, Familien und Gruppen auf der Grundlage der gemäß Absatz 6 Buchstaben a und b erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten zu einer gesunden Lebensweise und zur Selbsthilfe zu verhelfen;
- d) die Kompetenz, eigenverantwortlich lebenserhaltende Sofortmaßnahmen einzuleiten und in Krisen- und Katastrophenfällen Maßnahmen durchzuführen;
- e) die Kompetenz, pflegebedürftige Personen und deren Bezugspersonen eigenverantwortlich zu beraten, anzuleiten und zu unterstützen;
- f) die Kompetenz, die Qualität der Krankenpflege eigenverantwortlich sicherzustellen und zu bewerten;
- g) die Kompetenz zur umfassenden fachlichen Kommunikation und zur Zusammenarbeit mit anderen im Gesundheitswesen tätigen Berufsangehörigen;
- h) die Kompetenz, die Pflegequalität im Hinblick auf die Verbesserung der eigenen Berufspraxis als Krankenschwestern und Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, zu analysieren.

Von besonderer Bedeutung ist die Unterscheidung zwischen Kenntnissen und Fähigkeiten und Kompetenzen (Art. 31 Abs. 6 und 7 Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung).

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

3.3.1.4.1.2 Änderung der bisherigen Ausbildungsziele und Vorschriften zur Berufsausübung bei den Hebammen

Die Ausbildungsziele für die Hebammen stellen sich mit der Änderung durch die Richtlinie 2013/55/EU wie folgt dar (Art. 40 Abs. 3 Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung):

- (3) Die Ausbildung der Hebamme muss sicherstellen, dass der betreffende Berufsangehörige folgende Kenntnisse und Fähigkeiten erwirbt:
- a) genaue Kenntnisse der Wissenschaften, auf denen die Tätigkeiten der Hebamme beruhen, insbesondere der Geburtshilfe und der Frauenheilkunde;
 - b) angemessene Kenntnisse der Berufsethik und der Rechtsvorschriften, die für die Ausübung des Berufs einschlägig sind;
 - c) angemessene Kenntnisse der Allgemeinmedizin (biologische Funktionen, Anatomie und Physiologie) und der Pharmakologie auf den Gebieten der Geburtshilfe und der perinatalen Medizin, sowie Kenntnisse über den Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und der physischen und sozialen Umwelt des Menschen und über sein Verhalten;
 - d) angemessene, in anerkannten Einrichtungen erworbene klinische Erfahrung, durch die die Hebamme in der Lage ist, unabhängig und in eigener Verantwortung in dem nötigen Umfang und mit Ausnahme von pathologischen Situationen vorgeburtliche Gesundheitsfürsorge zu leisten, die Entbindung und die Folgemaßnahmen in anerkannten Einrichtungen durchzuführen sowie die Wehen und die Geburt, die nachgeburtliche Gesundheitsfürsorge und die Wiederbelebung von Neugeborenen bis zum Eintreffen eines Arztes zu überwachen;
 - e) angemessenes Verständnis der Ausbildung des Personals im Gesundheitswesen und Erfahrung in der Zusammenarbeit mit diesem Personal.

Für die Hebammen ist eine Vorschrift eingeführt worden, die die Voraussetzungen der Berufsausübung im Sinne der Gestattung gewisser Tätigkeiten zum Inhalt hat (Art. 42 Abs. 2 Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung):

- (2) Die Mitgliedstaaten sorgen dafür, dass Hebammen zumindest die Aufnahme und Ausübung folgender Tätigkeiten gestattet wird:
- a) angemessene Aufklärung und Beratung in Fragen der Familienplanung;
 - b) Feststellung der Schwangerschaft und Beobachtung der normal verlaufenden Schwangerschaft, Durchführung der zur Beobachtung eines normalen Schwangerschaftsverlaufs notwendigen Untersuchungen;
 - c) Verschreibung der Untersuchungen, die für eine möglichst frühzeitige Feststellung einer Risikoschwangerschaft notwendig sind, oder Aufklärung über diese Untersuchungen;
 - d) Vorbereitung auf die Elternschaft, umfassende Vorbereitung auf die Niederkunft und Beratung in Fragen der Hygiene und Ernährung;
 - e) Betreuung der Gebärenden während der Geburt und Überwachung des Fötus in der Gebärmutter mit Hilfe geeigneter klinischer und technischer Mittel;
 - f) Durchführung von Normalgeburten bei Kopflage, einschließlich – sofern erforderlich – des Scheidendammschnitts sowie im Dringlichkeitsfall Durchführung von Steißgeburten;
 - g) Erkennung der Anzeichen von Anomalien bei der Mutter oder beim Kind, die das Eingreifen eines Arztes erforderlich machen, sowie Hilfeleistung bei etwaigen ärztlichen Maßnahmen; Ergreifen der notwendigen Maßnahmen bei Abwesenheit des Arztes, insbesondere manuelle

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- Ablösung der Plazenta, an die sich gegebenenfalls eine manuelle Nachuntersuchung der Gebärmutter anschließt;
- h) Untersuchung und Pflege des Neugeborenen; Einleitung und Durchführung der erforderlichen Maßnahmen in Notfällen und, wenn erforderlich, Durchführung der sofortigen Wiederbelebung des Neugeborenen;
 - i) Pflege der Wöchnerin, Überwachung des Zustandes der Mutter nach der Niederkunft und zweckdienliche Beratung über die bestmögliche Pflege des Neugeborenen;
 - j) Durchführung der vom Arzt verordneten Behandlung;
 - k) Abfassen der erforderlichen schriftlichen Berichte.

3.3.1.4.2 Andere Gesundheitsberufe

Im Anhang II (Verzeichnis der besonders strukturierten Ausbildungsgänge gemäß Artikel 11 Buchstabe c Ziffer ii) der Richtlinie 2005/36/EG finden sich Ausbildungsregelungen für die anderen Fachberufe im Gesundheitswesen, so auch für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, die Altenpflege, die Logopäden, die Physiotherapeuten und Ergotherapeuten. Der Anhang II ist mit der Richtlinie 2013/55/EU aufgehoben worden. An dessen Stelle tritt ein Verfahren im Rahmen der Transparenzregelung des Artikel 59 Abs. 1 der Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung):

Die Mitgliedstaaten übermitteln der Kommission bis zum 18. Januar 2016 ein Verzeichnis der derzeit reglementierten Berufe mit Angabe der Tätigkeiten, die durch die einzelnen Berufe abgedeckt werden, sowie ein Verzeichnis der in ihrem Hoheitsgebiet reglementierten Ausbildungsgänge und der besonders strukturierten Berufsausbildungen im Sinne von Artikel 11 Buchstabe c Ziffer ii. Auch jede Änderung dieser Verzeichnisse wird der Kommission unverzüglich mitgeteilt. Die Kommission richtet eine öffentlich verfügbare Datenbank der reglementierten Berufe, einschließlich einer allgemeinen Beschreibung der Tätigkeiten, die durch die einzelnen Berufe abgedeckt werden, ein und unterhält sie.

Damit haben die Mitgliedstaaten die Aufgabe, jetzt die besonders strukturierten Ausbildungsgänge der Kommission mitzuteilen, die damit den Anerkennungsbedingungen nach Art. 13 und 14 Abs. 6 der Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) entsprechen.

3.3.1.5 Rechtliche, insbesondere verfassungsrechtliche Anforderungen im deutschen Recht

Verfassungsrechtlich bedeutet die gesetzliche Formulierung von Ausbildungszielen einen Eingriff in die Berufsfreiheit in Form der Berufswahl, da mit den Ausbildungszielen und der Prüfung des Erreichens dieser Ausbildungsziele eine Voraussetzung für die Berufszulassung geschaffen wird (vgl. Art. 12 Abs. 1 Satz 1 GG). Solche Eingriffe sind nur möglich zum Schutz wichtiger Gemeinschaftsgüter. Das Erfordernis einer qualifizierten und im einzelnen geregelten Ausbildung und des Nachweises der erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse durch die Ablegung einer Prüfung

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

als Grundlage der Befugnis zur beruflichen Ausübung eines Heilberufs dient dem Schutz der Volksgesundheit, also eines besonders wichtigen absoluten Gemeinschaftsgutes.⁴⁷

Eingriffe in die Berufsfreiheit sind nur auf Grundlage einer gesetzlichen Regelung erlaubt, die Umfang und Grenzen des Eingriffs deutlich erkennen lässt.⁴⁸ Da der Eingriff in die Berufswahlfreiheit durch Ausbildungs- und darauf basierende Prüfungsordnungen einen sehr intensiven Eingriff darstellt, sind die Anforderungen an die Bestimmtheit in Hinblick auf Inhalt, Zweck und Ausmaß der gesetzlichen Grundlage (vgl. Art. 80 Abs. 1 GG) für eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, die die Ausbildungsziele konkretisieren, hoch anzusetzen.⁴⁹ Aus diesem Grund begegnen Heilberufegesetze ohne ausdrücklich definierte Ausbildungsziele, die dann leitend für die Gestaltung der Rechtsverordnungen zu den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen sind, erheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken.

Die Festlegung von Ausbildungszielen ist auch unter dem Aspekt der Gesetzgebungskompetenzen zu betrachten. Die Zulassung zu den Heilberufen, wozu auch die Festlegung von Mindestanforderungen an die Ausbildung gehören, ist als konkurrierende Gesetzgebungskompetenz ausgestaltet (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Das heißt, dass die Länder die Befugnis zur Gesetzgebung nur haben, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht Gebrauch gemacht hat (Art. 72 Abs. 1 GG). Um die den Ländern insofern verbleibende Gesetzgebungskompetenzen für die Heilberufe klar bestimmen zu können, ist es erforderlich, dass sich der Bundesgesetzgeber in Hinblick auf den Zuschnitt der Heilberufe deutlich äußert. Dies gilt insbesondere für Heilberufe, in deren Umfeld traditionell auch ähnliche/verwandte Berufe tätig gegeben sind, so etwa bei den Logopäden.⁵⁰

3.3.1.6 Fehlende Ausbildungsziele – präzisierungsbedürftige Ausbildungsziele

Für die Heilberufe in den Modellvorhaben sind in den Heilberufegesetzen Ausbildungsziele zum Teil nicht (Ergotherapeuten, Logopäden), zum Teil in präzisierungsbedürftiger Fassung (Hebammen, Physiotherapeuten, Krankenpflege) gegeben.

3.3.1.6.1 Fehlende Ausbildungsziele

3.3.1.6.1.1 Ergotherapeuten

Das ErgThG enthält keine Vorschrift zu den Ausbildungszielen. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung verweist nur darauf, dass im Unterricht den Schülern ausreichende Möglichkeit gegeben werden muss, „die erforderlichen praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu entwickeln

⁴⁷ So zur Zahnheilkunde BVerfG, Entsch. v. 25.02.1969 - 1 BvR 224/67 (zitiert nach juris.de), Rn. 49 = BVerfGE 25, 236 (247).

⁴⁸ S. etwa BVerwG, Urt. v. 16.10.2013 – 8 CN 1/ 12 – (zitiert nach juris.de), Rn. 26.

⁴⁹ BVerwG (wie Fn. 48), Rn 27.

⁵⁰ S. die in Teil 2 Abschnitt C der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 SGB V für Leistungserbringer von Heilmitteln, die als Dienstleistung an Versicherte abgegeben werden (Zulassungsempfehlungen) in der Fassung vom 01.03.2012 aufgeführten Berufe.

und einzuüben“ (§ 1 Abs. 1 Satz 3 ErgThAprV). Was zu den erforderlichen praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten rechnet, kann aus der Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 ErgThAprV unter den Überschriften „Ergotherapeutische Mittel“, „Ergotherapeutische Verfahren“ und „Arbeitstherapeutische Verfahren“ entnommen werden. Damit bleibt aber die Formulierung von Ausbildungszielen dem Verordnungsgeber vorbehalten.

In der Gesetzesbegründung⁵¹ finden sich Hinweise zu den Ausbildungszielen (BT-Drucksache 7/3113, S. 8):

„Der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut übt seine Tätigkeit unter ärztlicher Anleitung an körperlich und geistig behinderten Menschen aus, indem er mit Hilfe ausgewählter Tätigkeiten und Methoden die Kräfte des Patienten aktiviert. Er arbeitet zusammen mit Ärzten, Krankengymnasten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, mit Psychologen, Sozialarbeitern, Pädagogen, Berufsberatern und anderen in der Rehabilitation Kranker und Behinderter tätigen Personen. Seine Berufstätigkeiten erstrecken sich über zahlreiche Bereiche der Medizin und sind darauf gerichtet, beim Patienten die soziale Anpassung zu fördern, Interessen und Fähigkeiten zu mobilisieren und zu aktivieren. Neben der speziellen Behandlung von psychisch kranken Patienten, bei denen eine Entwicklung und Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen, Hilfe bei der Lösung der Beherrschung emotioneller Triebe und therapeutische Mitwirkung bei der Diagnostik erforderlich sind, umfassen sie die Anwendung von besonderen Behandlungsweisen zur Wiedergewinnung oder Besserung der Bewegungsfähigkeit, zur Förderung von Gelenkmobilisation, Muskelkraft und Koordination. Sie sind darauf gerichtet, die Selbsthilfe zu fördern, die den Patienten in den Stand setzt, mit den Anforderungen des täglichen Lebens wie Essen, Ankleiden, Schreiben, Verrichten von Hausarbeit, ggfs. Mit Hilfsmitteln und Prothesen, wieder zurechtzukommen. Es kommen auch therapeutische Maßnahmen in Betracht, die den Zweck haben, den Patienten zu helfen, über eine längere Krankenhausbehandlung oder Erholungszeit oder eine durch Kräfteverfall oder Alter bedingte Unfähigkeit zu Arbeit und Bewegung hinwegzukommen. Einen entscheidenden Raum nehmen daneben die Maßnahmen ein, die der Motivation zur Arbeit, der Erhaltung und Steigerung von Arbeitsfähigkeit, besonderer Geschicklichkeit und Arbeitsausdauer dienen. Hier können im Einzelfall die Abklärung beruflicher Eignung und Maßnahmen zur Neuorientierung der beruflichen Interessen eine bedeutende Rolle spielen.“

3.3.1.6.1.2 Logopäden

Das LogopG enthält keine Vorschrift zu den Ausbildungszielen. Es können allenfalls aus der Anlage 2 zu § 1 Abs. 1 LogAPrO, die sich zur praktischen Ausbildung äußert, Schlüsse auf bestimmte Ausbildungsziele gezogen werden.

Hinweise zu den Ausbildungszielen können auch der Gesetzesbegründung entnommen werden. Im Allgemeinen Teil der Gesetzesbegründung wird hierzu ausgeführt:⁵²

„Die logopädische Therapie basiert auf einer ärztlichen Diagnose und eigenen Erhebungen. Der Logopäde ist befähigt, einen Behandlungsplan selbständig zu gestalten, hat aber ärztlichen Anweisungen Folge zu leisten. Die Zusammenarbeit mit Pädagogen, Psychologen und anderen in

⁵¹ Deutscher Bundestag, Drucksache 7/3113, S. 8.

⁵² Deutscher Bundestag, Drucksache 8/741, S. 5.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

der Rehabilitation tätigen Berufen ist erforderlich. Die Bedeutung dieses Berufs ergibt sich aus der großen Zahl hör-, stimm- und sprachgestörter Patienten.“

Zu den Einsatzorten der Logopäden heißt es:⁵³

„Zur Betreuung dieser Menschen sind Logopäden vor allem in Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen, im öffentlichen Gesundheitsdienst, in Sonderschulen und Kindergärten, Erziehungsberatungsstellen und in eigener Praxis tätig. Für diesen Beruf besteht ein Bedürfnis für eine bundeseinheitliche Regelung, weil die Entwicklung des Berufsbildes und der Ausbildungsanforderungen im Bundesgebiet im Interesse einer gleichmäßigen Versorgung der Krankenhäuser, Rehabilitationsstätten und ähnlicher Einrichtungen mit einem entsprechenden Personal notwendig ist.“

Direkt zu § 1 wird im Besonderen Teil der Begründung ausgeführt:⁵⁴

„In § 1 des Gesetzes ist geregelt, daß die Tätigkeit eines Logopäden erlaubnispflichtig ist. Der Logopäde übt seine Tätigkeit unter ärztlicher Anleitung an körperlich und geistig behinderten Menschen aus, indem er mit Hilfe ausgewählter Tätigkeiten und Methoden die Kräfte des Patienten aktiviert. Der Logopäde kann nach dreijähriger unselbstständiger Tätigkeit auch selbstständig tätig sein. Er arbeitet zusammen mit Ärzten, Krankengymnasten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe.“

Diese Ausführungen können als Formulierung von Ausbildungszielen verstanden werden: Subjekte der Behandlung sind körperlich und geistig behinderte Menschen, die hör-, stimm- und sprachgestört sind; Inhalt der Behandlung sind ausgewählte Tätigkeiten und Methoden zur Aktivierung der Kräfte des Patienten. Die fachliche Ausrichtung der Behandlung ist die logopädische Therapie.

Anders als aus dem Text des LogopG können aus der Ausbildungsordnung (LogAPrO) die Ausbildungsziele aus den Gegenständen der Ausbildung und Prüfung entnommen werden. Dabei ist zu unterscheiden zwischen den Gegenständen, die zur Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten dienen, und den Kompetenzen, die in der Tätigkeit des Logopäden erwartet werden.

Zur Vermittlung von Kenntnissen dienen die in der Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 LogAPrO genannten Gegenstände des theoretischen und praktischen Unterrichts; die praktischen Fertigkeiten werden in den Stationen der praktischen Ausbildung vermittelt (Anlage 2 zu § 1 Abs. 1 LogAPrO). Geprüft werden die Kenntnisse im mündlichen und schriftlichen Teil der Prüfung (§§ 5 Abs. 1 und 6 Abs. 1 LogAPrO), die praktischen Fertigkeiten im praktischen Teil der Prüfung (§ 7 Abs. 1 LogAPrO).

3.3.1.6.2 Präzisierungsbedürftige Ausbildungsziele

3.3.1.6.2.1 Hebammen

Das HebG enthält in § 5 eine Vorschrift zu den Ausbildungszielen, die allerdings äußerst knapp gefasst ist. In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wird auf diese Vorschrift verwiesen (§ 1 Abs. 2 Satz 1 HebAPrV). Darüber hinaus wird auf die Vermittlung der Kenntnisse und Fähigkeiten

⁵³ Wie Fn. 52.

⁵⁴ Wie Fn. 52.

verwiesen, die in Art. 40 der Richtlinie 2005/36/EG aufgeführt sind (§ 1 Abs. 3 HebAPrV).⁵⁵ Ein solcher Verweis sollte aber im Zusammenhang der gesetzlichen Ausbildungsvorschrift (§ 5 HebG) stattfinden.

3.3.1.6.2.2 Physiotherapeuten

Das MPhG enthält in § 8 eine Vorschrift zu den Ausbildungszielen für Physiotherapeuten, die sehr knapp gefasst ist:

Die Ausbildung soll entsprechend der Aufgabenstellung des Berufs insbesondere dazu befähigen, durch Anwenden geeigneter Verfahren der Physiotherapie in Prävention, kurativer Medizin, Rehabilitation und im Kurwesen Hilfen zur Entwicklung, zum Erhalt oder zur Wiederherstellung aller Funktionen im somatischen und psychischen Bereich zu geben und bei nicht rückbildungsfähigen Körperbehinderungen Ersatzfunktionen zu schulen (Ausbildungsziel).

Eine Präzisierung erscheint hier als tunlich.

3.3.1.6.2.3 Krankenpflege

Die notwendigen Präzisierungen, die durch die Änderung der Richtlinie 2005/36/EG und deren Umsetzung in nationales Recht erforderlich werden, sind durch den Bundesgesetzgeber vorzunehmen (vgl. Art. 31 Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung).

3.3.1.6.3 Zusammenfassung: Änderungsbedarf bei der Festlegung von Ausbildungszielen

Für die Ergotherapeuten und Logopäden sind die Ausbildungsziele zu formulieren und im Gesetz zu verankern.

Für die Hebammen und Physiotherapeuten sind die sehr knapp gefassten Ausbildungsziele im Gesetz zu präzisieren. Die Bezugnahme auf unionsrechtliche Vorschriften (Richtlinie 2005/36/EG) soll bei den Hebammen im Hebammengesetz, nicht in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, stattfinden, wobei ein schlichter Verweis auf die Richtlinie abzulehnen ist. Vielmehr sollten die Inhalte im Gesetz übernommen werden.

Für die Krankenpflege sind die Präzisierungen der Ausbildungsziele vorzunehmen, die durch die Änderung der Richtlinie 2005/36/EG durch die Richtlinie 2013/55/EU notwendig werden.

Man kann als jüngstes Beispiel der Formulierung von Ausbildungszielen das in dieser Hinsicht durchaus vorbildliche NotSanG und die dortige Vorschrift zum Ausbildungsziel (§ 4 NotSanG) als Vergleichsmaßstab für die anderen Heilberufegesetze heranziehen. Hier werden nach der Festlegung des allgemeinen Ausbildungsziels (§ 4 Abs. 1 NotSanG) die einzelnen Befähigungen (§ 4 Abs. 2 NotSanG) genannt, wobei zwischen eigenverantwortlicher, mitwirkender und mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeitender Aufgabenwahrnehmung unterschieden wird. Ähnlich sind die Ausbildungsziele im Krankenpflegegesetz (§ 3 KrPflG) und im Altenpflegegesetz (§ 3 AltPflG) strukturiert.

⁵⁵ Zur notwendigen Präzisierung der Ausbildungsziele s. auch die durch die Richtlinie 2013/55/EU erforderlich werdenden Änderungen, s. dazu unten Abschnitt 3.3.2.3.1.2.

3.3.2 Entwicklungsmöglichkeiten bei der Formulierung von Ausbildungszielen

Die Formulierung von Ausbildungszielen hat in der Vergangenheit in Deutschland bei den anderen als ärztlichen Heilberufen in unterschiedlicher Breite und Tiefe stattgefunden. Ohne damit eine Bewertung vornehmen zu wollen, kann doch gesagt werden, dass in der Hebammenkunde, in der Pflege⁵⁶, in der Logopädie und in der Physiotherapie die Diskussion hierüber wohl am weitesten fortgeschritten ist.

Im Folgenden geht es nicht darum, den Stand dieser Diskussion aufzunehmen und zu reflektieren, sondern um die rechtliche Gestaltung der Ausbildungsziele und um ihre Verfassungs- und Unionsrechtskompatibilität.

3.3.2.1 Zur Systematik

3.3.2.1.1 Allgemeine und besondere Ausbildungsziele?

Die Unterscheidung zwischen allgemeinen und besonderen Ausbildungszielen kann auf mehreren Ebenen getroffen werden:

- im Verhältnis zwischen allgemeinen Ausbildungszielen für alle, d.h. für ärztliche wie für andere als ärztliche Heilberufe, und besonderen Ausbildungszielen für die einzelnen Heilberufe;
- im Verhältnis zwischen allgemeinen Ausbildungszielen für alle anderen als ärztlichen Heilberufe und besonderen Ausbildungszielen für die einzelnen anderen als ärztlichen Heilberufe;
- im Verhältnis zwischen allgemeinen Ausbildungszielen einer Gruppe von anderen als ärztlichen Heilberufen (z.B. Therapieberufe; Pflegeberufe) und besonderen Ausbildungszielen der jeweiligen Heilberufe.

Die Entscheidung, ob und wie zwischen allgemeinen und besonderen Ausbildungszielen unterschieden werden soll, hängt zunächst von der Gesetzgebungstechnik ab. In Deutschland gibt es kein Allgemeines Heilberufegesetz.⁵⁷ Nur in einem solchen Gesetz könnten allgemeine Ausbildungsziele für alle Heilberufe formuliert werden. Man könnte sich allerdings auch eine Lösung vorstellen, nach der in allen Heilberufsgesetzen ein gleichlautendes allgemeines Ausbildungsziel formuliert wird. Für Deutschland wird die Formulierung eines allgemeinen Ausbildungsziels für alle Heilberufe, soweit ersichtlich, nicht diskutiert.

Die Formulierung eines allgemeinen Ausbildungsziels für alle anderen als ärztlichen Heilberufe würde nur dann als sinnvoll erscheinen, wenn gerade diese Heilberufe allgemeine, d.h. über die jeweiligen beruflichen Spezifika hinausweisende Ausbildungsziele hätten. Solches ist aber nicht ersichtlich und wird nicht diskutiert.

Die Formulierung allgemeiner Ausbildungsziele von Gruppen anderer als ärztlicher Heilberufe wäre denkbar, wenn solche Gruppen gemeinsame Ausbildungsziele hätten. Dies wird diskutiert

⁵⁶ S. hierzu die Beiträge in Stöcker, 2002; zu Bildungszielen insbesondere Sieger, 2002, S. 141 ff.

⁵⁷ S. dazu unten Abschnitt 6.5.

und vorgeschlagen für die am Modellvorhaben teilnehmenden Therapieberufe, so die Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie.

Gruppenspezifische gemeinsame Ausbildungsziele könnten auch für die Pflegeberufe formuliert werden. Dieses Problem erledigt sich aber, wenn eine generalistische Pflegeausbildung angestrebt wird.

Weniger bezogen auf die Berufe im Modellvorhaben, sondern mit Blick auf andere Heilberufe soll noch darauf hingewiesen werden, dass sich die Therapieberufe nicht nur auf diejenigen Berufe beschränken, die im Modellvorhaben erfasst sind. So gehören auch die Diätassistentinnen zu den Therapieberufen, wie das Bundessozialgericht in einem Urteil zur Anerkennung der Diättherapie als Heilmittel schon im Jahr 2000 festgestellt hat.⁵⁸ Auch Podologen⁵⁹ und Orthoptisten⁶⁰ zählen zu den Therapieberufen.

Nur der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass bei den Technologieberufen (technische Assistenten) bei der Formulierung der Ausbildungsziele darauf verzichtet worden ist, allgemeine Ausbildungsziele festzulegen. In § 3 MTAG werden vielmehr die Ausbildungsziele jeweils berufsspezifisch ausgebracht. Bei den MTA-Berufen wäre es schon gesetzestechnisch leichter gewesen, allgemeine, für alle MTA-Berufe geltende Ausbildungsziele zu nennen, da die vier MTA-Berufe in einem Gesetz zusammengefasst sind.

3.3.2.1.2 Hochschulische und schulische Ausbildungsziele

In der Formulierung von Ausbildungs-/Qualifikationszielen spiegelt sich das Verständnis der künftigen Ausbildung für die im Modellvorhaben zusammengefassten Heilberufe. Eher eine gesetzgebungstechnische Frage ist es dann, ob die jeweiligen Ausbildungen in einem Gesetz oder in zwei getrennten Gesetzen geregelt werden sollen.

Unabhängig davon stellt sich jedoch die Frage, wie hochschulische Ausbildungsziele im Verhältnis zu schulischen Ausbildungszielen formuliert werden können oder sollen. Versteht man die hochschulische Ausbildung im Verhältnis zur schulischen Ausbildung⁶¹ als „add on“ oder „on the

⁵⁸ BSG, Urt. v. 28.06.2000 – Az.: B 6 KA 26/99 R = BSGE 86, 223. Hierzu (Igl, 2010 S. 31 ff.). Entsprechende Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 22.01.2015 sind noch nicht in Kraft (<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2159/>, Zugriff am 20.02.2015).

⁵⁹ § 3 Podologengesetz (PodG):

Die Ausbildung soll entsprechend der Aufgabenstellung des Berufs insbesondere dazu befähigen, durch Anwendung geeigneter Verfahren nach den anerkannten Regeln der Hygiene allgemeine und spezielle fußpflegerische Maßnahmen selbständig auszuführen, pathologische Veränderungen oder Symptome von Erkrankungen am Fuß, die eine ärztliche Abklärung erfordern, zu erkennen, unter ärztlicher Anleitung oder auf ärztliche Veranlassung medizinisch indizierte podologische Behandlungen durchzuführen und damit bei der Prävention, Therapie und Rehabilitation von Fußkrankungen mitzuwirken (Ausbildungsziel).

⁶⁰ § 3 Orthoptistengesetz (OrthoptG).

Die Ausbildung soll entsprechend der Aufgabenstellung des Berufs dazu befähigen, insbesondere bei der Prävention, Diagnose und Therapie von Störungen des ein- und beidäugigen Sehens bei Schielerkrankungen, Sehschwächen und Augenzittern mitzuwirken (Ausbildungsziel).

⁶¹ Unter der schulischen Ausbildung wird hier die Ausbildung gemäß den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen nach den Heilberufegesetzen verstanden.

top of“, so könnte man die Ausbildungsziele dergestalt formulieren, dass man auch für die hochschulische Ausbildung zunächst die schulischen Ausbildungsziele heranzieht, und dann weiter die hochschulischen Ausbildungsziele nennt. Dies würde letztlich auf eine getrennte Formulierung von Ausbildungszielen hinauslaufen.

In der Diskussion der Modellträger um die Ausbildungs-/Qualifikationsziele und um die künftige Gestaltung eines Hochschulstudiums hat sich gezeigt, dass die Vorstellung einer hochschulischen Qualifikation als „add on“ oder „on the top of“ insofern als problematisch angesehen wird, als sich die hochschulische Qualifikation gerade wegen der im Vergleich zur schulischen Ausbildung anderen Strukturen und Inhalte des Lehrens und Lernens insgesamt unterscheidet. Umgekehrt würden die Unterschiede im Outcome dann reduziert, wenn sich die Ausbildungsziele der beruflichen wie der hochschulischen Ausbildung an Kompetenzen orientieren würden.

Vorstellbar ist für die hochschulische Ausbildung auch eine Art integrierter Lösung. Hier würden die Ausbildungsziele der schulischen Ausbildung zwar aufgenommen werden, aber in Hinblick auf die Besonderheiten der hochschulischen Ausbildung formuliert werden. Bei einer solchen integrierten Lösung ist jedoch zu berücksichtigen, dass nach der gegenwärtigen heilberuflichen Gesetzgebung auf jeden Fall der Bestand an Ausbildungsinhalten bei beiden Ausbildungsarten in gleicher Weise enthalten sein muss. Das bedeutet, dass der Absolvent einer hochschulischen Prüfung von der Ausbildung her auch in der Lage sein müsste, die schulische Prüfung abzulegen. Nur wenn man die hochschulische Ausbildung grundsätzlich als Aliud zur schulischen Ausbildung konfiguriert, könnte man auch insofern unterschiedliche Ausbildungsziele formulieren. Das würde auch bedeuten, dass für solche Heilberufe zwei Berufszulassungen existieren müssten, die Berufszulassung aufgrund hochschulischer Ausbildung und Prüfung und die Berufszulassung aufgrund schulischer Ausbildung und Prüfung.

Zur Würdigung der verschiedenen Lösungen ist zu sagen, dass es aus Gründen der Klarheit der Wahrnehmung der Kompetenzen der verschiedenen Heilberufe bei den Patientinnen und Patienten, aber auch bei den leistungserbringenden Personen und Institutionen als günstiger erscheint, wenn berufszulassungsrechtlich die gleiche Ausbildung mit den gleichen Ausbildungszielen, unabhängig vom Ausbildungsort, zur Erlaubnis der Führung der Berufsbezeichnung führt. Die hochschulische Qualifikation drückt sich in der Bezeichnung als Bachelor aus.

Da die Hochschulen im Rahmen ihrer Hochschulautonomie die Inhalte der heilberuflichen Ausbildungsgänge zur Konkretisierung der Inhalte der heilberuflichen Gesetz- und Verordnungsgebung selbst gestalten können sollen, müssten die Ausbildungsziele, die sich speziell an der hochschulischen Ausbildung orientieren, entsprechend weit gefasst werden. Insofern kommt dies der Formulierung eines erweiterten Ausbildungsziels für die hochschulische Ausbildung nahe. Damit könnte auch der Konflikt zwischen dem Anliegen der hochschulautonomen Gestaltung des Bachelorstudiums und dem Anliegen der Sicherung heilberuferechtllicher Vorgaben minimiert werden.⁶²

⁶² Auf die möglichen Auswirkungen auf die Einordnung in den Deutschen Qualifikationsrahmen wird hier nicht eingegangen.

Im Ergebnis spricht also viel für eine Formulierung von Ausbildungszielen, die in einer gemeinsamen Formulierung von Ausbildungszielen für die Gegenstände und Inhalte der schulischen Ausbildung besteht, und die die Gegenstände und Inhalte der hochschulischen Ausbildung so beschreibt, dass allgemein das hochschulische Moment zum Tragen kommt, dass jedoch die Hochschulen in diesem Bereich unter Gewährleistung ihrer Hochschulautonomie hochschulindividuelle Gestaltungsräume haben. Eine solche Vorgehensweise liegt auch der EU-Richtlinie für die Ausbildungsziele bei der allgemeinen Krankenpflege und bei den Hebammen zugrunde. Hier ist eine hochschulische wie eine schulische Ausbildung möglich (vgl. Art. 31 Abs. 3 und Art. 40 Abs. 1 Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung).

3.3.2.2 Gegenstände der Ausbildungsziele: Kompetenzen – Aufgaben – Art der Aufgabenwahrnehmung – Kooperation

Bei der Festlegung von Ausbildungszielen ist es in der Heilberufegesetzgebung seit einiger Zeit üblich, Kompetenzen, Aufgaben, die Art und Weise der Aufgabenwahrnehmung und die Kooperation mit anderen Berufsgruppen zu beschreiben. Als beispielhaft kann hier die Formulierung der Ausbildungsziele in § 4 NotSanG gelten.

3.3.2.3 Ausbildungsziele der Berufe im Modellvorhaben

3.3.2.3.1 Hebammen/Entbindungspfleger

3.3.2.3.1.1 Internationale/nationale Diskussion zu Ausbildungszielen

Für den Beruf der Hebamme kann auf eine breite internationale Diskussion zurückgegriffen werden. Diese Diskussion hat in der International Confederation of Midwives (ICM) stattgefunden. In Deutschland wird, soweit ersichtlich, von den Berufsverbänden auf diese Diskussion zurückgegriffen.

3.3.2.3.1.2 Unionsrechtliche Vorgaben speziell für Hebammen

Die unionsrechtlichen Voraussetzungen der Ausbildung speziell für Hebammen sind geregelt in Art. 40 Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung (geänderte Fassung) sowie für das Ausbildungsprogramm in Anhang V. – Nr. 5.5.1 - zur Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung.

3.3.2.3.1.3 Vorschlag für die Formulierung von Qualifikationszielen

Die im Rahmen des Modellvorhabens befragten Modellträger haben sich auf die im Rahmen des ICM stattfindende internationale sowie auf die deutsche Diskussion berufen und haben dazu einen eigenen Vorschlag entwickelt, der im Folgenden wiedergegeben wird. Dieser Vorschlag enthält neben einer Berufsdefinition und einer Präambel zum Geburtshilfeverständnis, die hier nicht wiedergegeben werden,⁶³ die Qualifikationsziele.

Qualifikationsziele

⁶³ Vollständiger Text im Anhang unten Abschnitt 9.2.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Das Studium der Hebammenkunde befähigt die Absolventinnen und Absolventen, komplexe geburtshilfliche Situationen kritisch zu analysieren, die individuellen Bedürfnisse und Interessen der betreuten Frauen und Familien zu erkennen und das weitere, evidenzbasierte Handeln im Rahmen einer partizipativen und vertrauensvollen Beziehung daran auszurichten. Hebammen können so die Verantwortung und Steuerung für die Planung, Durchführung und Evaluation der Behandlung und Betreuung auf der Basis einer wissenschaftlich reflektierten und evidenzbasierten Vorgehensweise übernehmen.

Durch das Studium der Hebammenkunde ist sowohl eine wissenschaftlich fundierte Handlungs-kompetenz als auch eine Persönlichkeitsentwicklung intendiert, die einer professionellen Berufsausübung zugrunde liegt. Diese befähigt zukünftige Hebammen, die Verantwortung für die geburtshilfliche Versorgung von Frauen, ihren Neugeborenen und ihren Familien während Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und erstem Lebensjahr des Kindes zu übernehmen, die Betreuung auf der Basis der Ethischen Grundsätze von Hebammen (ICM 2014) zu gestalten sowie die eigene Arbeit kritisch zu reflektieren und zu evaluieren. Dies soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand hebammenwissenschaftlicher, medizinischer, psychologischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse geschehen.

Kernkompetenzen

Hebammen sind eigenverantwortlich in der Lage,

- *in komplexen und nicht vorhersehbaren geburtshilflichen Situationen die Verantwortung und Steuerung für die Planung, Durchführung und Evaluation der Behandlung und Betreuung auf der Basis einer wissenschaftlich reflektierten und evidenzbasierten Vorgehensweise zu übernehmen,*
- *die Physiologie von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu unterstützen und aufrecht zu erhalten sowie Risiken und Pathologien einzuschätzen und die notwendigen Maßnahmen einzuleiten,*
- *eine (geburtshilfliche) Anamnese auf der Basis fachwissenschaftlicher und bezugswissenschaftlicher Kenntnisse und Kompetenzen durchzuführen,*
- *Hebammendiagnosen zu stellen und auf dieser Grundlage (und in Absprache mit der zu betreuenden Frau/Familie) geeignete Interventionen für die Betreuung auszuwählen,*
- *eine kritisch und wissenschaftlich reflektierte Auswahl und Anwendung von Verfahren und Instrumenten zur Qualitätssicherung in der Hebammenkunde vorzunehmen,*
- *Frauen, ihre Kinder sowie deren Familien in der reproduktiven Lebensphase und den damit einhergehenden Veränderungen durch fachspezifische Beratungsangebote zu unterstützen, zu begleiten, anzuleiten und zu betreuen,*
- *erprobte und (vorzugsweise) evaluierte Diagnostik sowie Versorgungs- und Präventionskonzepte zu nutzen sowie den Entwicklungsbedarf von Versorgungskonzepten zur Prävention und Gesundheitsförderung aus einer hebammenwissenschaftlichen Perspektive zu erkennen,*
- *ein berufliches Selbstverständnis auf den Grundlagen eines fundierten Wissens der Hebammenwissenschaft zu entwickeln,*
- *mit Angehörigen der eigenen Berufsgruppe sowie anderer Berufsgruppen intra- und interprofessionell zu kommunizieren und konstruktiv zusammen zu arbeiten und*
- *ihr Handeln hinsichtlich einer Evidenzbasierung wiederkehrend zu reflektieren (Qualitätssicherung der Versorgung).*

a) Eigenverantwortliche Aufgaben

Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen, die folgenden Aufgaben entsprechend des Standes hebammenwissenschaftlicher, medizinischer und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auf der Grundlage des gegenwärtigen Stands der Erkenntnisse eigenverantwortlich und selbstständig auszuführen:

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- *Angemessene Aufklärung und Beratung von Frauen, Familien oder Partnerschaften in Fragen der Familienplanung*
- *Systematisches und kriteriengestütztes Feststellen der Schwangerschaft und Erfassen der Lage der schwangeren Frauen, ggfs. Einleitung notwendiger allgemeiner Maßnahmen der Klärung und Akzeptanz der veränderten Situation in und zur physiologischen Entwicklung der Schwangerschaft sowie zur Gesundheitsförderung und primären Prävention bei Frau und Kind auf Grundlage einschlägiger, evidenter Kriterien*
- *Beobachtung der physiologisch verlaufenden Schwangerschaft, Durchführung der zur Beobachtung eines physiologischen Schwangerschaftsverlaufs notwendigen Untersuchungen*
- *Beratung der Frau hinsichtlich der Entwicklung und des Verlaufs der Schwangerschaft sowie der Wahl des Geburtsortes und der Versorgung bei und nach der Geburt entsprechend der erhobenen (Lebens-) Situation und der eventuell vorliegenden Risiken*
- *Aufklärung über Screening-Verfahren sowie Durchführung bzw. Verschreibung der Untersuchungen, die für eine möglichst frühzeitige Feststellung einer Risikoschwangerschaft notwendig sind*
- *Planung und Durchführung von unterstützenden und gesundheitsfördernden Maßnahmen im Falle von Risiko-Schwangerschaften, wie z.B. Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden je nach Anamnese, ggfs. Einzel-Geburtsvorbereitung*
- *Vorbereitung auf die Elternschaft, umfassende Vorbereitung auf die Geburt und das Wochenbett*
- *Beratung im Rahmen der Hebammenversorgung in allen relevanten gesundheitsbezogenen Fragen (Information, Edukation, Anleitung)*
- *Betreuung der Gebärenden während der Geburt und Überwachung des Fötus in der Gebärmutter mit Hilfe geeigneter klinischer und technischer Mittel*
- *Eigenverantwortliche Betreuung von physiologisch verlaufenden Geburten bei Schädellage, einschließlich - sofern erforderlich - Durchführung des Scheidendammschnitts und der Nahtversorgung sowie im Dringlichkeitsfall Durchführung von Steißgeburten*
- *Erkennen der Anzeichen von Regelwidrigkeiten und Anomalien bei der Mutter oder beim Kind, die das Eingreifen einer Ärztin/eines Arztes erforderlich machen, sowie Hilfeleistung bei etwaigen ärztlichen Maßnahmen unter lückenloser Fortsetzung der Hebammenhilfe*
- *Ergreifen der notwendigen Maßnahmen bei Abwesenheit der Ärztin/des Arztes, insbesondere manuelle Ablösung der Plazenta, an die sich gegebenenfalls eine manuelle Nachuntersuchung der Gebärmutter anschließt*
- *Durchführen medizinischer Maßnahmen der Erstversorgung bei Frauen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt sowie des Neugeborenen bis zum Eintreffen der Ärztin/des Arztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung, wenn ein lebensgefährlicher/-bedrohlicher Zustand vorliegt oder wesentliche Folgeschäden zu erwarten sind*
- *Herstellen und Sichern der Transportfähigkeit von Frauen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt sowie des Neugeborenen im Notfalleinsatz, Auswählen des geeigneten Transportmittels sowie des Zielortes*
- *Angemessenes Umgehen mit Frauen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt sowie dem Neugeborenen in Notfall- und Krisensituationen*
- *Sachgerechte Übergabe der Frau und des Neugeborenen in die ärztliche Weiterbehandlung*
- *Untersuchung (inklusive der Erstuntersuchung nach der Geburt) und Pflege des Neugeborenen; Einleitung und Durchführung der erforderlichen Maßnahmen in Notfällen und, wenn erforderlich, Durchführung der sofortigen Wiederbelebung des Neugeborenen*

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- *Kommunizieren mit allen am Einsatz/in der Situation beteiligten oder zu beteiligenden Personen, Institutionen oder Behörden*
- *Pflege, Betreuung und Beratung der Wöchnerin, Überwachung des Zustandes der Mutter nach der Geburt*
- *zweckdienliche Beratung der Frau und Familie zur bestmöglichen Pflege, zum Handling und zur Ernährung des Neugeborenen*
- *Betreuung der Frau und ihres Säuglings, Unterstützung und Förderung der Eltern-Kind-Beziehung, Begleitung und Beratung der Frau und ihrer Familie im ersten Jahr nach der Geburt*
- *Eigenverantwortliche Durchführung der von der Ärztin/dem Arzt verordneten Behandlung bzw. Versorgung*
- *Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel zur Erleichterung der Schwangerschaft, bei und nach der Geburt nach geltenden Regelungen*
- *Verordnung von Häuslicher Pflege und Haushaltshilfe nach dem Sozialgesetzbuch und den vertraglichen Regelungen*
- *Beschreibung und Dokumentation der Versorgung durch die Hebamme, des Zustandes und der Befunde in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt, im Wochenbett sowie im ersten Lebensjahr des Kindes*
- *Durchführung von qualitätssichernden und organisatorischen Maßnahmen der Versorgung; Mitwirkung an der Qualitätssicherung in der außerklinischen Hebammengeburtshilfe*

b) Mitwirkung

Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen, die folgenden Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung und Hinzuziehung entsprechend dem Stand hebammenwissenschaftlicher und medizinischer Erkenntnisse und dem gesicherten Erkenntnisstand als Mitglied eines multiprofessionellen Teams auszuführen:

- *Bei Risiken oder Notfällen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt oder bezogen auf das Neugeborene sind fachkundige Ärztinnen und Ärzte in der Versorgung hinzuzuziehen. Die Ärztin/der Arzt sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass bei einer Geburt eine Hebamme hinzugezogen wird.*
- *Teamorientiertes Arbeiten und interprofessionelle/überfachliche Zusammenarbeit mit den ärztlichen und weiteren Heil- und Gesundheitsfachberufen in der Versorgung und an Schnittstellen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt sowie bezogen auf das Neugeborene.*
- *Assistieren bei der ärztlichen Notfall- und Akutversorgung von Frauen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt sowie bezogen auf das Neugeborene im Notfalleinsatz.*
- *Durchführen ärztlich veranlasster Maßnahmen im Notfalleinsatz*
- *Erstversorgung und eigenverantwortliche Versorgung von Mutter und Neugeborenem nach geburts-hilflichen Eingriffen und Operationen entsprechend der nachgewiesenen Kompetenzen*
- *Betreuung von Risikoschwangeren, -gebärenden und -wöchnerinnen entsprechend hebammenwissenschaftlicher Erkenntnisse, die auf primär- und sekundärpräventiven Aspekten fokussieren*

c) Frau-/Familienzentrierte Betreuung in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen, eine Frau-/Familien-zentrierte Betreuung in kooperativer Zusammenarbeit mit Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen im Kontext der reproduktiven Lebensphase zu gewährleisten, wie u.a.:

- *Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter*

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- *Psychologinnen und Psychologen*
- *Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen*
- *Fachärztinnen und Fachärzte*
- *(Kinder-) Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger*
- *weitere Akteurinnen und Akteure der Frühen Hilfen.*

Hierzu werden vertiefte Kompetenzen in der interprofessionellen und transsektoralen Kommunikation und Vernetzung vermittelt.

d) Weitere Befähigungen

- *Genaue Kenntnisse der Hebammenwissenschaft sowie grundlegende Kenntnisse weiterer Wissenschaften, auf denen die Tätigkeiten der Hebamme beruhen*
- *Angemessene Kenntnisse und Reflexionsfähigkeit der Berufsethik und der Rechtsvorschriften, die für die Ausübung des Berufs einschlägig sind*
- *Kenntnisse und Fertigkeiten der selbstständigen Recherche, der kritischen Untersuchung und Einbindung aktueller wissenschaftlicher Literatur sowie anderer relevanter Informationsquellen*
- *Reflexion der aktuellen Forschungsergebnisse hinsichtlich der von Hebammen betreuten Frauen und Familien sowie des (außer-)klinischen evidenzbasierten Handelns*
- *Kenntnisse, um Forschungsergebnisse zu interpretieren, zu analysieren, zu synthetisieren und zu kritisieren und an entsprechende Beteiligte weiterzugeben*
- *Planung und Organisation eigenberuflicher Versorgungssteuerung*
- *Identifikation von Forschungsbedarf zu Fragen der Hebammenwissenschaft*

3.3.2.3.1.4 Würdigung des Vorschlags

Der vorgelegte Vorschlag enthält die hochschulischen Qualifikationsziele, beschrieben als Kernkompetenzen und Aufgaben, die Art und Weise des Tätigwerdens (eigenverantwortlich/mitwirkend) sowie die weiteren Befähigungen/Kenntnisse. Ebenso werden Hinweise zur Kooperation mit anderen Berufsgruppen gegeben. Das vorgelegte Qualifikationsziel kann deshalb als Grundlage für die weitere beruferechliche Gesetzgebung herangezogen werden.

Mit Blick auf die Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) ist Folgendes festzustellen:

Die im Vorstehenden wiedergegebenen Qualifikationsziele entsprechen den Maßgaben in Art. 40 Abs. 3 Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung). Die in Art. 42 Abs. 2 Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) aufgeführten Tätigkeiten werden beim Qualifikationsziel aufgeführt.

3.3.2.3.2 Pflegeberufe

3.3.2.3.2.1 Internationale/nationale Diskussion zu Ausbildungszielen

Auf der internationalen Ebene findet eine Diskussion über die Ausbildung in der Pflege statt. Hierzu hat sich auch der International Council of Nurses (ICN) geäußert, worauf in dem von den

Modellträgern erarbeiteten Vorschlag „Qualifikationsziele akademisch ausgebildeter Pflegefachkräfte“ auch Bezug genommen wird.

Die Ausbildungsdiskussion zu den Pflegeberufen ist in Deutschland insofern im Verhältnis zur internationalen Situation von Besonderheiten gekennzeichnet, als es wohl keinen anderen Heilberuf außer den Ärzten gibt, bei dem nationale Besonderheiten eine so prägende Rolle spielen. Dies gilt einmal in Hinblick auf die Tatsache, dass es neben dem Beruf der Krankheits- und Gesundheitspflege auch den der Kinderkrankenpflege und, geregelt in einem weiteren Berufsgesetz, den der Altenpflege gibt. Weiter hat in jüngerer Zeit eine zum Teil kontroverse Diskussion um die hochschulische Qualifikation der Pflegeberufe stattgefunden.⁶⁴

3.3.2.3.2 Unionsrechtliche Vorgaben speziell für Pflegeberufe

Die unionsrechtlichen Voraussetzungen der Ausbildung speziell für Krankenschwestern und Krankenpfleger für allgemeine Pflege, die in Deutschland den Gesundheits- und Krankenpflegern entsprechen, sind geregelt in Art. 31 Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung sowie für das Ausbildungsprogramm in Anhang V – Nr. 5.2.1 – zur Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung.⁶⁵

3.3.2.3.2.3 Vorschläge für die Formulierung von Qualifikationszielen

Folgende Vorschläge der Modellträger wurden aufgenommen:⁶⁶

„Qualifikationsziele hochschulisch ausgebildeter Pflegenden“

(Arbeitsergebnis der Modellstudiengänge „Pflege“ der Fachhochschule Bielefeld, der Hochschule für Gesundheit in Bochum, der Fliegener Fachhochschule in Düsseldorf, der Katholischen Hochschule NRW und der Mathias Hochschule Rheine; Bielefeld, Bochum, Düsseldorf, Köln, Rheine, 08.09.2014

Im Vorwort zu diesem Papier wird u.a. Folgendes ausgeführt:

Das vorliegende Arbeitspapier ist als Ergebnis der laufenden Diskussionen bezogen auf die durchgeführten Bachelor-Studiengänge zu verstehen und bedarf weiterhin an verschiedenen Stellen noch einer Konkretisierung und Schärfung sowie einer umfassenden Diskussion. Es kann als eine erste Grundlage für die weiter zu führenden Diskussionen dienen. Die Autorinnen und Autoren beziehen sich bei den nachfolgend formulierten Qualifikationszielen explizit auf die ausbildungsintegrierenden sowie primärqualifizierenden Studiengänge und vertreten die Perspektive des generalistischen Ansatzes. Aussagen zu anderen Ausbildungsmöglichkeiten werden nicht getroffen.

Das Papier äußert sich zu den Qualifikationszielen hochschulisch ausgebildeter Pflegenden wie folgt:

⁶⁴ S. etwa Wissenschaftsrat, 2012, und zuletzt das Positionspapier zu primärqualifizierenden Pflegestudiengängen der Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen in Deutschland e.V. (ADS); Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK), 2015.

⁶⁵ S. dazu oben Abschnitt 3.3.1.4.1.1.

⁶⁶ S. unten Anlage 9.5.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Ziel des ausbildungsintegrierten oder primärqualifizierenden Pflegestudiums ist die wissenschaftlich und praktisch in der Pflege ausgebildete Pflegeperson, die zur eigenverantwortlichen und selbständigen, professionellen pflegerischen Berufsausübung befähigt ist. Professionelles Pflegehandeln basiert auf aktuellen pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen sowie einer kritischen Reflexionsfähigkeit, die die Perspektive des aktuell oder zukünftig auf Pflege angewiesenen Menschen in ihren sozialen Bezugssystemen und deren kontextuellen Gegebenheiten mit einbezieht.

Dem gesellschaftlichen Auftrag der Sicherstellung einer bedarfsgerechten und hochwertigen Versorgungsqualität und -kontinuität entsprechend, verstehen wir den beruflichen Auftrag hochschulisch qualifizierter Pflegenden als personenbezogene Dienstleistung. Dabei stehen sowohl die verschiedenen Pflege- und Lebenssituationen über die Lebensspanne als auch die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen im Mittelpunkt. Pflege ist durch einen speziellen Subjektbezug und einen spezifischen Körper-/Leibbezug gekennzeichnet. Die pflegerische Handlungslogik impliziert einen interaktiven Bezug, der für die professionelle Haltung und Beziehungsgestaltung konstituierend ist.

Pflege findet sektorenübergreifend statt und beinhaltet die integrativ zu betrachtenden Elemente der Prävention, Gesundheitsförderung, Kuration, Rehabilitation und Palliation.

Die Qualifikationsziele bilden die Summe aller Kompetenzen und learning outcomes ab, die die Studierenden mit Abschluss des ausbildungsintegrierten bzw. primärqualifizierenden Pflegestudiums entwickelt haben.

Diese sind:

- a. eigenverantwortliche, selbständige sowie wissenschaftsbasierte und kritisch-reflexive Analyse von Pflegebedarfen sowie Initiierung, Steuerung, Durchführung und Evaluation pflegerischer Prozesse.*
- b. eigenverantwortliche, selbständige sowie wissenschaftsbasierte und kritisch-reflexive, anlassbezogene Initiierung, Planung, Durchführung und Evaluation von pflegespezifischen Beratungs-, Anleitungs- und Schulungsprozessen.*
- c. eigenverantwortliche, selbständige sowie wissenschaftsbasierte Sicherung und Entwicklung der Qualität pflegerischer Arbeit.*
- d. eigenverantwortliche und selbständige Anleitung (teaching) und Steuerung der Mitglieder des pflegerischen Teams hinsichtlich pflegerischer Prozesse.*
- e. eigenverantwortliches und selbständiges Entscheiden und Handeln auf der Grundlage eines auf beruflichen und ethischen Kodizes basierenden Selbstverständnisses professioneller Pflege.*
- f. eigenverantwortliche, selbständige sowie wissenschaftsbasierte Entwicklung und Implementierung innovativer Lösungsmöglichkeiten zur Verbesserung im eigenen beruflichen Handlungsfeld.*
- g. eigenverantwortliche und selbständige Identifikation persönlicher und berufsbezogener Lernbedarfe und Weiterentwicklung fachlicher und sozialer Kompetenzen im Sinne der Leitidee Lebenslangen Lernens.*
- h. eigenverantwortliche und selbständige Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen und Mitwirkung in Krisen- und Katastrophenfällen.*
- i. Mitwirkung in der Pflegeforschung zur Entwicklung, Implementierung und Dissemination von Wissen für eine qualifizierte und bedarfsorientierte Pflege in der Gesundheitsversorgung.*
- j. Mitwirkung an gesundheits- und sozialpolitischen Prozessen zur Herstellung einer besseren gesundheitlichen Versorgungsqualität für Menschen und deren Bezugssysteme.*
- k. Mitwirkung bei der Weiterentwicklung des Pflegeberufes.*

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- l. Mitwirkung an einer verantwortlichen Gestaltung beim Einsatz neuer Technologien und Entwicklungen im Gesundheits- und Sozialsystem.*
- m. Mitwirkung an der praktischen Ausbildung von hochschulisch und beruflich zu qualifizierenden Pflegenden.*
- n. umfassende fachliche Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams im Gesundheits- und Sozialwesen für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der aktuell oder zukünftig auf Pflege angewiesenen Menschen.*

3.3.2.3.2.4 Würdigung des Vorschlags

Der Vorschlag definiert als Ziel des ausbildungsintegrierten oder primärqualifizierenden Pflegestudiums die wissenschaftlich und praktisch in der Pflege ausgebildete Pflegeperson, die zur eigenverantwortlichen und selbständigen, professionellen pflegerischen Berufsausübung befähigt ist. Die Qualifikationsziele sollen die Summe aller Kompetenzen und learning outcomes abbilden, die die Studierenden mit Abschluss des ausbildungsintegrierten bzw. primärqualifizierenden Pflegestudiums entwickelt haben.

Eine Unterscheidung von Gesundheits- und Krankenpflege, Kindergesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege wird nicht vorgenommen.

Der Vorschlag berücksichtigt die Unterscheidung zwischen eigenverantwortlich und mitwirkend sowie die Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen (vgl. § 3 Abs. 1 AltPflG; § 3 Abs. 1 KrPflG).

Neu eingeführt wird das Attribut der „selbstständigen“ Pflege, das nur in den Ausbildungszielen der Altenpflege enthalten ist (vgl. § 3 Abs. 1 AltPflG). Ansonsten wird – bis auf die Erwähnung in der Modellklausel in § 63 Abs. 3c SGB V - weder in den anderen Berufsgesetzen noch in der Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) dieses Attribut verwendet.

In Hinblick auf die in der Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) formulierten Ausbildungsziele ist festzustellen, dass die dort aufgeführten Kenntnissen und Fähigkeiten sowie Kompetenzen (vgl. Art. 31 Abs. 6 und 7 Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) den Qualifikationszielen inhaltlich zugrunde gelegt werden.

Damit können die vorgelegten Qualifikationsziele hochschulische ausgebildeter Pflegenden als Grundlage für die Präzisierung der entsprechenden gesetzlichen Vorschriften dienen.

3.3.2.3.3 Gemeinsames Papier aller Therapieberufe: Allgemeine und besondere Ausbildungsziele

Die Modellträger der Therapieberufe (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie) haben sich auf gemeinsame Qualifikationsziele für hochschulisch qualifizierte Therapeutinnen und der Therapeuten verständigt (Papier vom 28.07.2014⁶⁷):

QUALIFIKATIONSZIELE FÜR HOCHSCHULISCH AUF BACHELOR NIVEAU QUALIFIZIERTE THERAPEUTEN UND THERAPEUTINNEN IN DEN GESUNDHEITSBERUFEN

Arbeitsergebnis der AG Therapieberufe der Modellstudiengänge NRW

Mitglieder: Ergotherapie hsg Bochum; Logopädie RWTH Aachen, hsg Bochum FH Münster; Physiotherapie hsg Bochum, FH Münster

Präambel

Im Rahmen der beruferechlichen Begleitforschung des MGEPA (NRW) haben die Modellstudiengänge der Therapieberufe Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie (in Abgrenzung zu den Pflegeberufen) spezifisch therapeutische Denk- und Arbeitsweisen identifiziert und darauf bezogen allgemeine therapeutische Qualifikationsziele verbindlich formuliert.

Die spezifischen beruflichen Qualifikationsziele differenzieren darüber hinaus explizit die Denk- und Arbeitsweise in der jeweiligen Profession und definieren die hochschulischen Ausbildungsziele der drei Therapieberufe auf Bachelor-Niveau.

I. Gemeinsame Zielformulierung für die hochschulische Ausbildung der therapeutischen Berufe Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie

Ziel der hochschulischen Ausbildung

Die Ausbildung soll entsprechend dem allgemein anerkannten internationalen Stand therapeutischer und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse zur Aneignung beruflicher Handlungskompetenz befähigen, um therapeutische Prozesse in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung durchzuführen.

Die hochschulische Ausbildung befähigt zum Angebot therapeutischer Leistungen über die gesamte Lebensspanne, in einem partizipativen Entscheidungsprozess mit dem Patienten / Klienten, dessen Zugehörigen und dem Bezugssystem in professionellen und interprofessionellen Versorgungssituationen.

Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen,

1. *die folgenden komplexen therapeutischen Aufgaben und Problemstellungen **eigenverantwortlich und selbstständig** unter Beachtung rechtlicher Rahmenbedingungen, ethischer Kodizes und aktueller wissenschaftlicher Standards zu initiieren, zu leiten und auszuführen:*
 - a. *Anamnese erheben, untersuchen und diagnostizieren und die daraus abzuleitende eigenständige Indikation für eine Intervention stellen bzw. andere Spezialisten hinzu ziehen*
 - b. *Indizierte Interventionen planen, organisieren, durchführen, kontrollieren, dokumentieren und evaluieren*

⁶⁷ S. auch Anhang 9.6.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- c. *beraten, anleiten und schulen von Einzelnen, Gruppen sowie Institutionen in unterschiedlichen Settings und Kontexten*
 - d. *erforderliche Hilfsmittel ermitteln, anpassen und in Interventionen einbeziehen*
 - e. *therapeutische Teams sach- und zielgerecht leiten und führen; Therapie- und Case-Management-funktionen übernehmen*
 - f. *komplexe Kommunikations- und Kooperationsprozesse steuern*
 - g. *umsetzen von Forschungsergebnissen im Therapieprozess*
 - h. *Qualitätsmanagement therapeutischer Leistungen auf der Basis wissenschaftlicher Verfahren und Instrumente durchführen*
 - i. *ökonomisch handeln in verschiedenen Settings des Gesundheitssystems*
 - j. *Neue Technologien und Innovationen in den Therapieprozess integrieren*
2. **die folgenden Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung** auszuführen:
- a) *entwickeln von Konzepten, Verfahren und Instrumenten im Rahmen des therapeutischen Prozesses*
 - b) *planen und durchführen von Forschungsprojekten; entwickeln von disziplinären und interdisziplinären Leitlinien*
 - c) *qualifizieren von Fachpersonen in Aus-, Fort-, und Weiterbildung.*
 - d) *erstellen von Fachgutachten*
 - e) *weiterentwickeln der Berufsbilder Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie.*
3. **Interprofessionelle Versorgungssituationen** zu gestalten: *gemeinsam praktikable Lösungen für Patienten und Versorgungssituationen entwickeln und umsetzen, dabei Kompetenzen und Sichtweisen der eigenen und der anderen Professionen berücksichtigen.*

Die eigene Expertise in interprofessionellen Teams vertreten.

II. Berufsspezifische Zielformulierungen für die hochschulische Ausbildung der therapeutischen Berufe Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie

Qualifikationsziele für die hochschulische Ausbildung zur Ergotherapeutin / zum Ergotherapeuten

Durch die hochschulische Ausbildung werden die Absolventinnen und Absolventen zu Spezialisten für die menschliche Betätigung / Handlungsfähigkeit. Sie orientieren sich hierbei an den aktuellen Forschungserkenntnissen der Occupational Science.

Die ergotherapeutischen Tätigkeiten sind darauf auszurichten, Menschen zu einer größtmöglichen Handlungsfähigkeit in den Lebensbereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer jeweils individuellen Umwelt zu befähigen und darüber eine gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung der Lebensqualität zu ermöglichen. Dabei werden die jeweilige Lebensphase, der Lebensbereich sowie die individuellen Voraussetzungen und Bedürfnisse hinsichtlich der Betätigung und der Umwelтанforderungen berücksichtigt.

Hochschulisch ausgebildete Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sind befähigt, in den Systemen Gesundheit, Bildung, Wirtschaft, Arbeitswelt und Kultur personenbezogene Dienstleistungen sowohl mit einzelnen Personen als auch mit Gruppen in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung durchzuführen, die besonderen Zusammenhänge zwischen Betätigung und Gesundheit zu verdeutlichen und durch innovative Strategien und Konzepte zu Berufsinnovationen beizutragen.

Qualifikationsziele für die hochschulische Ausbildung zur Logopädin / zum Logopäden

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Die logopädische Ausbildung erfordert eine primärqualifizierende Hochschulausbildung.

Die hochschulische Ausbildung befähigt zur eigenverantwortlichen und selbstständigen wissenschaftlichen professionellen Tätigkeit in den Gebieten (Schrift-) Sprache, Sprechen, Atmung, Stimme, Hören, Schlucken, verbale und nonverbale Kommunikation und anderen damit in Zusammenhang stehenden Bereichen.

Die Absolventinnen und Absolventen berücksichtigen die Vielfalt des Klientels, z.B. hinsichtlich seiner Lebensphase, seines kulturellen Hintergrundes, seiner gesellschaftlichen Stellung, seines Bildungshintergrundes, seines sozialen Umfeldes und der Charakteristik seines Bezugssystems.

Die Absolventinnen und Absolventen treffen therapeutische Entscheidungen unter Berücksichtigung individueller Anliegen von Klientinnen bzw. Patienten, die sich auf alle Prozesse der Aufnahme, Verarbeitung und Produktion gesprochener und geschriebener Sprache, nonverbaler Kommunikationsformen sowie der Nahrungsaufnahme beziehen können.

Die Absolventinnen und Absolventen erwerben ein sehr breites Methodenspektrum, um komplexe Aufgabenstellungen im logopädischen und interprofessionellen Kontext zu lösen.

Dies erfolgt unter Berücksichtigung des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstands in der Logopädie sowie ihrer Bezugswissenschaften wie der Medizin (z.B. Neurologie, Phoniatrie, HNO-Heilkunde, Audiologie, Pädiatrie, Geriatrie, Psychiatrie), der Linguistik (z.B. Phonetik, Neurolinguistik, Psycholinguistik), der Psychologie (z.B. Neuropsychologie, klinische Psychologie, Entwicklungspsychologie, Lernpsychologie), der Soziologie (z.B. medizinische Soziologie), der Pädagogik (inkl. Sonderpädagogik) und weiteren relevanten Bereichen wie u. a. den Neuro- und Rehabilitationswissenschaften.

Hochschulisch ausgebildete Logopädinnen und Logopäden sind befähigt, in den Systemen Gesundheit, Bildung, Wirtschaft und Kultur Aufgaben im Rahmen von Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation, Langzeitversorgung, Palliation, Inklusion, Elementar-/Primar-/Sekundar-/Aus-/Fort-/Weiterbildung, Beratung und Begleitung zu erfüllen.

Qualifikationsziele für die hochschulische Ausbildung zur Physiotherapeutin /zum Physiotherapeuten

Die hochschulische Ausbildung befähigt Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen entsprechend dem allgemein anerkannten nationalen und internationalen Stand physiotherapeutischer und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse zu wissenschaftlich fundierter, eigenverantwortlicher, professioneller Tätigkeit.

Die hochschulische Ausbildung befähigt die Absolventinnen und Absolventen als Spezialisten für die menschliche Bewegung zu handeln. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sind in der Lage, das Verständnis über Bewegung als ein hochkomplexes, multidimensionales Geschehen, das die Spanne der molekularen Mikroebene bis zur Makroebene im Sinne von Körperfunktionen und –strukturen, Aktivitäten sowie Teilhabe von Personen im sozialen System umfasst, zu nutzen.

Die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sind befähigt in einem partizipativen Prozess die Bewegungs- und Funktionsfähigkeit sowie bewegungsbeeinflussende Faktoren während der gesamten Lebensspanne des Menschen zu analysieren und zu beurteilen, um bedürfnis- und ressourcenorientiert die Leistungsfähigkeit und / oder Lebensqualität eines Individuums zu beeinflussen. Bewegung und ihre funktionelle Ausrichtung stellt hierbei das Kernelement der Einflussnahme auf Gesundheit und Wohlbefinden dar.

Hochschulisch ausgebildete Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sind befähigt, in den Systemen Gesundheit, Bildung, Wirtschaft, Arbeitswelt und Kultur personenbezogene Dienstleistungen sowohl an

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

einzelnen Personen als auch an Gruppen in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung durchzuführen. Sie tragen in ihrem Handlungsfeld zu Berufsinnovationen bei.

3.3.2.3.4 Physiotherapeuten (Papier hsg Bochum)

Die Hochschule Bochum hat ein Papier „Qualifikationsziele für hochschulisch-qualifizierte Physiotherapeuten/-innen“, in dem das vorstehend vorgestellte gemeinsame Papier zu den Therapieberufen⁶⁸ um die fachspezifische Perspektive erweitert wird:⁶⁹

Präambel

Die beruflichen Qualifikationsziele definieren die hochschulischen Ausbildungsziele des ergotherapeutischen Berufes auf Bachelor-Niveau.

Ziel der hochschulischen Ausbildung Physiotherapie

Die hochschulische Ausbildung soll entsprechend dem allgemein anerkannten internationalen Stand therapeutischer und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse zur Aneignung beruflicher Handlungskompetenz befähigen, um physiotherapeutische Prozesse in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung zu gestalten und durchzuführen.

Die hochschulische Ausbildung befähigt die Absolventinnen und Absolventen als Spezialisten für die menschliche Bewegung zu handeln. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sind in der Lage, das Verständnis über Bewegung, Funktionsbeeinträchtigungen und Schmerz als ein hochkomplexes, multidimensionales Geschehen, das die Spanne der molekularen Mikroebene bis zur Makroebene im Sinne von Körperfunktionen und –strukturen, Aktivitäten sowie Teilhabe von Personen im sozialen System umfasst, zu nutzen und in therapeutische Maßnahmen umzusetzen.

Die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sind befähigt in einem partizipativen Prozess die Bewegungs- und Funktionsfähigkeit sowie bewegungsbeeinflussende Faktoren während der gesamten Lebensspanne des Menschen zu analysieren und zu beurteilen, um bedürfnis- und ressourcenorientiert die Leistungsfähigkeit und/oder Lebensqualität eines Individuums zu beeinflussen. Bewegung und ihre funktionelle Ausrichtung stellt hierbei das Kernelement der Einflussnahme auf Gesundheit und Wohlbefinden dar.

Hochschulisch ausgebildete Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sind befähigt, in den Systemen Gesundheit, Bildung, Wirtschaft, Arbeitswelt und Kultur personenbezogene Dienstleistungen sowohl an einzelnen Personen als auch an Gruppen in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung durchzuführen und tragen in ihrem Handlungsfeld zu Berufsinnovationen bei.

Qualifikationsziele für die hochschulische Ausbildung zur/ zum Physiotherapeutin/-en

Die hochschulische Ausbildung befähigt zum Angebot physiotherapeutischer Leistungen über die gesamte Lebensspanne, in einem partizipativen Entscheidungsprozess mit dem Patienten / Klienten, dessen Zugehörigen und dem Bezugssystem in professionellen und interprofessionellen Versorgungssituationen.

Die hochschulische Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen,

⁶⁸ S. oben Abschnitt 3.3.2.3.3.

⁶⁹ Vom 24.07.2014; verantwortlich für den Inhalt: Prof. Dr. Christian Grüneberg, Dipl. Med.-päd. Marietta Handgraaf, beide hsg Bochum.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

1. die folgenden komplexen physiotherapeutischen Aufgaben und Problemstellungen **eigenverantwortlich und selbstständig** unter Beachtung rechtlicher

Rahmenbedingungen, ethischer Kodizes und aktueller wissenschaftlicher Forschungsergebnisse und -methoden zu initiieren, zu leiten und auszuführen:

a) Anamnese erheben, untersuchen und diagnostizieren und die daraus abzuleitende eigenständige Indikation für eine Intervention stellen bzw. die Notwendigkeit der Überweisung an andere Spezialisten erkennen

b) indizierte Interventionen planen, organisieren, durchführen, kontrollieren, dokumentieren und evaluieren

c) passende (erforderliche) Hilfsmittel ermitteln, anpassen und in Interventionen einbeziehen

d) beraten, anleiten und schulen von Einzelnen, Gruppen sowie Institutionen in unterschiedlichen Settings und Kontexten

e) therapeutische Teams sach- und zielgerecht leiten und führen; Therapie- und Case-Managementfunktionen übernehmen

f) komplexe Kommunikations- und Kooperationsprozesse steuern

g) aktuelle Forschungsergebnisse in den Therapieprozess einbeziehen

h) Qualitätsmanagement therapeutischer Leistungen auf der Basis wissenschaftlicher Verfahren und Instrumente durchführen

i) ökonomisch handeln in verschiedenen Settings des Gesundheitssystems

j) in interdisziplinären Teams mitwirken und –entscheiden können

k) Integration von neuen Technologien und Innovationen im Therapieprozess.

2. die folgenden Aufgaben im **Rahmen der Mitwirkung** auszuführen:

a) entwickeln von Konzepten, Verfahren und Instrumenten im Rahmen des therapeutischen Prozesses

b) planen und durchführen von Forschungsprojekten; entwickeln von disziplinären und interdisziplinären Leitlinien

c) qualifizieren von Fachpersonen in Aus- Fort-, und Weiterbildung.

d) erstellen von Fachgutachten

e) weiterentwickeln des Berufsbildes Physiotherapie.

3. **Interprofessionelle Versorgungssituationen** zu gestalten: gemeinsam praktikable Lösungen für Patienten und Versorgungssituationen entwickeln und umsetzen, dabei Kompetenzen und Sichtweisen der eigenen und der anderen Professionen berücksichtigen.

4. dass Lernende eine Selbstverpflichtung gegenüber ihrem Lernprozess im Sinne des lebenslangen Lernens entwickeln.

3.3.2.3.5 Ergotherapeuten (Papier hsg Bochum)

Die Hochschule Bochum hat ein Papier „Qualifikationsziele für hochschulisch qualifizierte Ergotherapeutinnen und –therapeuten“, in dem das oben vorgestellte gemeinsame Papier zu den Therapieberufen⁷⁰ um die fachspezifische Perspektive erweitert wird:⁷¹

Präambel

Die beruflichen Qualifikationsziele definieren die hochschulischen Ausbildungsziele des ergotherapeutischen Berufes auf Bachelor-Niveau.

Ziel der hochschulischen Ausbildung

Die ergotherapeutische Ausbildung soll entsprechend dem allgemein anerkannten internationalen Stand ergotherapeutischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse zur Aneignung beruflicher Handlungskompetenz befähigen, um ergotherapeutische Prozesse in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung durchzuführen.

Die Absolventinnen und Absolventen werden zu Spezialisten für die menschliche Betätigung/Handlungsfähigkeit. Sie orientieren sich hierbei an den aktuellen Forschungserkenntnissen der Occupational Science. Die hochschulische Ausbildung befähigt zum Angebot ergotherapeutischer Leistungen. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten können Personen und deren Angehörige in professionellen und interprofessionellen Versorgungssituationen zu einer größtmöglichen Handlungsfähigkeit in den Lebensbereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer jeweils individuellen Umwelt befähigen. Ergotherapeutische Leistungen unterstützen darüber hinaus eine gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung der Lebensqualität. Dabei werden die jeweilige Lebensphase, der Lebensbereich sowie die individuellen Voraussetzungen und Bedürfnisse hinsichtlich der Betätigung und der Umwelтанforderungen berücksichtigt.

Hochschulisch ausgebildete Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sind befähigt, die Zusammenhänge zwischen Betätigung und Gesundheit in den Systemen Gesellschaft, Gesundheit, Bildung, Wirtschaft, Arbeitswelt und Kultur darzustellen, personenbezogene Dienstleistungen sowohl mit einzelnen Personen als auch mit Gruppen in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung durchzuführen und in ihrem Handlungsfeld zu Berufsinnovationen beizutragen.

Qualifikationsziele der hochschulischen ergotherapeutischen Ausbildung

Die hochschulische Ausbildung befähigt zum Angebot ergotherapeutischer Leistungen über die gesamte Lebensspanne, in einem partizipativen Entscheidungsprozess mit dem Patienten / Klienten, dessen Zugehörigen und dem Bezugssystem in professionellen und interprofessionellen Versorgungssituationen.

Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen,

- 1. die folgenden komplexen ergotherapeutischen Aufgaben und Problemstellungen **eigenverantwortlich und selbstständig** unter Beachtung rechtlicher Rahmenbedingungen, ethischer Kodizes und aktueller wissenschaftlicher Standards zu initiieren, zu leiten und auszuführen:*

⁷⁰ S. oben Abschnitt 3.3.2.3.3.

⁷¹ Vom 24.07.2014; verantwortlich für den Inhalt: Prof. Dr. Philipp Eschenbeck, Wiebke Hoppstädter, MScOT, Prof. Dr. Ursula Walkenhorst, alle hsg Bochum.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- a. *Anamnese erheben, untersuchen und diagnostizieren und die daraus abzuleitende eigenständige Indikation für eine Intervention stellen bzw. andere Spezialisten hinzu ziehen*
 - b. *Indizierte Interventionen planen, organisieren, durchführen, kontrollieren, dokumentieren und evaluieren*
 - c. *beraten, anleiten und schulen von Einzelnen, Gruppen sowie Institutionen in unterschiedlichen Settings und Kontexten*
 - d. *erforderliche Hilfsmittel ermitteln, anpassen und in Interventionen einbeziehen*
 - e. *therapeutische Teams sach- und zielgerecht leiten und führen; Therapie- und Case-Managementfunktionen übernehmen*
 - f. *komplexe Kommunikations- und Kooperationsprozesse steuern*
 - g. *umsetzen von Forschungsergebnissen im Therapieprozess*
 - h. *Qualitätsmanagement therapeutischer Leistungen auf der Basis wissenschaftlicher Verfahren und Instrumente durchführen*
 - i. *ökonomisch handeln in verschiedenen Settings des Gesundheitssystems*
 - j. *Neue Technologien und Innovationen in den Therapieprozess integrieren*
2. **die folgenden Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung** auszuführen:
- a) *entwickeln von Konzepten, Verfahren und Instrumenten im Rahmen des therapeutischen Prozesses*
 - b) *planen und durchführen von Forschungsprojekten; entwickeln von disziplinären und interdisziplinären Leitlinien*
 - c) *qualifizieren von Fachpersonen in Aus- Fort-, und Weiterbildung.*
 - d) *erstellen von Fachgutachten*
 - e) *weiterentwickeln der Berufsbilder Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie.*
3. **Interprofessionelle Versorgungssituationen** zu gestalten: *gemeinsam praktikable Lösungen für Patienten und Versorgungssituationen entwickeln und umsetzen, dabei Kompetenzen und Sichtweisen der eigenen und der anderen Professionen berücksichtigen.*
Die eigene Expertise in interprofessionellen Teams vertreten.

3.3.2.3.6 Logopäden (Papier AG Logopäden)

Die AG Logopäden (RWTH Aachen, hsg Bochum, FH Münster) hat Ausbildungsziele für hochschulisch qualifizierte Logopädinnen und Logopäden auf Bachelorniveau vorgelegt. In einer Vorbemerkung zu diesem Papier wird auf die Notwendigkeit einer primärqualifizierenden Hochschulausbildung mit einem einheitlichen Berufsgesetz für die Logopädie verwiesen.⁷²

Präambel

Im Rahmen der berufsrechtlichen Begleitforschung des MGEPA NRW (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter Nordrhein-Westfalen) haben die Modellstudiengänge NRW der Logopädie spezifisch logopädische Denk- und Arbeitsweisen identifiziert und darauf bezogen Ausbildungsziele verbindlich formuliert.

⁷² S. unten Anhang 9.9. S. auch Rausch, et al., o.J. (2014).

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Die im Folgenden aufgeführten spezifischen beruflichen Qualifikationsziele definieren die hochschulischen Ausbildungsziele auf Bachelor-Niveau.

Ziele der hochschulischen Logopädie-Ausbildung

Die logopädische Ausbildung erfordert eine primärqualifizierende Hochschulausbildung.

Die Ausbildung befähigt entsprechend dem allgemein anerkannten internationalen Stand logopädischer und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse zur Aneignung beruflicher Handlungskompetenz, um Prozesse in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung eigenverantwortlich durchzuführen.

Die hochschulische Ausbildung befähigt zum Angebot logopädischer Leistungen über die gesamte Lebensspanne, in einem partizipativen Entscheidungsprozess mit dem Patienten/Klienten, dessen Zugehörigen und dem Bezugssystem in professionellen und interprofessionellen Versorgungssituationen.

Die hochschulische Ausbildung qualifiziert zur eigenverantwortlichen und selbstständigen wissenschaftlich fundierten professionellen Tätigkeit in den Gebieten (Schrift-)Sprache, Sprechen, Atmung, Stimme, Hören, Schlucken, verbale und nonverbale Kommunikation und anderen damit in Zusammenhang stehenden Bereichen.

Die Ausbildung befähigt insbesondere dazu:

1. die folgenden komplexen logopädischen Aufgaben und Problemstellungen **eigenverantwortlich und selbstständig** unter Beachtung rechtlicher Rahmenbedingungen, ethischer Kodizes und aktueller wissenschaftlicher Standards zu initiieren, zu leiten und auszuführen:
 - a. Anamnese erheben, untersuchen, diagnostizieren und die daraus abzuleitende eigenständige Indikation für eine logopädische Intervention stellen bzw. andere Spezialisten hinzu ziehen
 - b. Indizierte logopädische Interventionen planen, organisieren, durchführen, kontrollieren, dokumentieren, reflektieren und evaluieren
 - c. Einzelne, Gruppen sowie Institutionen in unterschiedlichen Settings und Kontexten beraten, informieren, anleiten und schulen
 - d. Erforderliche Hilfsmittel ermitteln und anpassen und diese in logopädische Interventionen einbeziehen
 - e. Teams sach- und zielgerecht leiten und führen
 - f. Therapie- und Case-Managementfunktionen übernehmen
 - g. Komplexe Kommunikations- und Kooperationsprozesse steuern
 - h. Forschungsergebnisse im Therapieprozess umsetzen
 - i. Qualitätsmanagement logopädischer Leistungen auf der Basis wissenschaftlicher Verfahren und Instrumente durchführen
 - j. In verschiedenen Settings des Gesundheitssystems ökonomisch handeln
 - k. Neue Technologien und Innovationen in den Therapieprozess integrieren
2. die folgenden Aufgaben **im Rahmen der Mitwirkung** wahrzunehmen:
 - a. Konzepte, Verfahren und Instrumente im Rahmen des logopädischen Prozesses entwickeln
 - b. Forschungsprojekte planen und durchführen

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- c. *Disziplinäre und interdisziplinäre Leitlinien entwickeln*
 - d. *Fachpersonen in Aus-, Fort-, und Weiterbildung qualifizieren*
 - e. *Logopädische Fachgutachten erstellen*
 - f. *Berufsbild Logopädie weiterentwickeln*
3. **folgende Aufgaben in interprofessionellen Versorgungssituationen zu gestalten:**
- a. *Gemeinsame praktikable Lösungen für Patienten und Versorgungssituationen entwickeln und umsetzen, unter Berücksichtigung von Kompetenzen und Sichtweisen der eigenen und der anderen Professionen*
 - b. *Eigene Expertisen in interprofessionellen Teams vertreten*

Die Absolventinnen und Absolventen erwerben alle fachlichen, methodischen, sozialkommunikativen und personalen Kompetenzen, die nötig sind, um die komplexen Aufgabenstellungen 1-3 im logopädischen und interprofessionellen Kontext zu lösen. Sie berücksichtigen die Besonderheiten des Klientels, z.B. hinsichtlich seiner Lebensphase, seines kulturellen Hintergrundes, seiner gesellschaftlichen Stellung, seines Bildungshintergrundes, seines sozialen Umfeldes, seiner psychosozialen und emotionalen Befindlichkeit und der Charakteristik seines Bezugssystems.

Die Absolventinnen und Absolventen treffen therapeutische Entscheidungen unter Berücksichtigung individueller Anliegen (z.B. in Bezug auf: Aktivität und Teilhabe) von Klientinnen bzw. Patienten, die sich auf alle Prozesse der Aufnahme, Verarbeitung und Produktion gesprochener und geschriebener Sprache, nonverbaler Kommunikationsformen sowie der Nahrungsaufnahme beziehen können.

Dies erfolgt unter Berücksichtigung des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstands in der Logopädie sowie ihrer Bezugswissenschaften wie der Medizin (z.B. (Neuro-)Anatomie, Physiologie, Neurologie, Phoniatrie, HNO- Heilkunde, Audiologie, Pädiatrie, Geriatrie, Psychiatrie), der Linguistik (z.B. Phonetik, Neurolinguistik, Psycholinguistik), der Psychologie (z.B. Neuropsychologie, klinische Psychologie, Entwicklungspsychologie, Lernpsychologie), der Soziologie (z.B. medizinische Soziologie, Sozialpsychologie), der Pädagogik (inkl. Sonderpädagogik) und weiterer relevanter Bereiche wie u.a. der Neuro- und Rehabilitationswissenschaften.

Hochschulisch ausgebildete Logopädinnen und Logopäden sind befähigt, in den Systemen Gesundheit, Bildung, Wirtschaft und Kultur Aufgaben im Rahmen von Gesundheitsförderung, Prävention, Kuratation, Rehabilitation, Langzeitversorgung, Palliation, Inklusion, Elementar-/Primar-/Sekundar-/Aus-/Fort-/Weiterbildung, Beratung und Begleitung zu erfüllen.

3.3.2.3.7 Würdigung der Vorschläge zu den Therapieberufen

Für die Formulierung von Qualifikationszielen bei den Therapieberufen existieren keine unionsrechtlichen Vorschriften.

Mit der Formulierung der Ziele der hochschulischen Ausbildung wird darauf hingewiesen, dass die Qualifikationsziele die hochschulische, nicht die schulische Ausbildung zum Gegenstand haben.

Die Präambeln zu den jeweiligen Qualifikationszielen dienen zum Verständnis der Papiere. Sie sind nicht für eine gesetzliche Formulierung vorgesehen.

Bei der Beschreibung der Aufgaben wird unterschieden zwischen der eigenverantwortlichen/selbständigen und der mitwirkenden Aufgabendurchführung sowie der interprofessionellen Zusammenarbeit. Das Attribut „selbstständig“ wird dabei neu eingeführt. Damit soll auch das hochschulische Niveau der Ausbildung für die berufliche Praxis reflektiert werden.

Die Frage, ob es mit Blick auf die künftige Gesetzgebungsarbeit günstiger sei, in einem Gesamtpapier ein gemeinsames therapeutisches Qualifikationsziel für die therapeutischen Berufe zu formulieren oder jeweils spezifische Papiere für die einzelnen Berufe, dies bei inhaltlicher Übereinstimmung mit dem Gesamtpapier, stellt sich vor allem dann, wenn der Gesetzgeber plant, für die Therapieberufe der Modellvorhaben eine zusammenfassende Heilberufsgesetzgebung zu schaffen. Diese Frage ist auch insofern relevant, als bei den Pflegeberufen bereits ein Gesetz für zwei Berufe, die Gesundheits- und Krankenpflege und die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, existiert, und ein weiteres Gesetz für die Altenpflege. Für die Pflege wird aktuell diskutiert, eine generalistische Ausbildung zu regeln. Eine gemeinsame therapeutische Ausbildung wird jedoch – soweit ersichtlich – im politischen Raum noch nicht diskutiert wird.

3.4 Festlegung der Ausbildungs-/Qualifikationsinhalte

3.4.1 Rahmenbedingungen

Für die künftige rechtliche Regulierung der Ausbildungsinhalte sind folgende Rahmenbedingungen zu berücksichtigen:

- Regelungsort soll wie bisher die Rechtsverordnung zum jeweiligen Heilberufsgesetz sein.
- Die Inhalte sind in Ansehung der Ausbildungsziele (Qualifikationsziele) zu formulieren.
- Sofern die Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) Ausbildungsinhalte vorgibt, sind diese zu beachten (Hebammen; allgemeine Krankenpflege).
- Für die hochschulische Ausbildung ist für die Festlegung der Ausbildungs-/Qualifikationsinhalte der Rahmen durch Verordnung vorzugeben; dabei ist für die Hochschulen entsprechender Spielraum für die erforderlichen Konkretisierungen und zusätzlich Raum für eigene inhaltliche Gestaltungen zu geben.

Die Entscheidung, ob für die hochschulische Ausbildung und für die schulische Ausbildung jeweils eigenständige Gesetze oder ein gemeinsames Gesetz auf der Grundlage gemeinsamer Ausbildungsziele zu schaffen ist,⁷³ ist für die folgenden Überlegungen nicht maßgeblich. Bei diesen Erwägungen geht es nur darum, die hochschulische Perspektive aufgrund der Erfahrungen in den Modellvorhaben einzubringen.

Für die Definition des Gestaltungsraumes, der den Hochschulen bei der Festlegung und Konkretisierung der Ausbildungsgegenstände gegeben werden muss, besteht ein rechtlicher Grundsatz, der sich wie folgt ableiten lässt:

⁷³ S. dazu unten Abschnitt 6.3.

Der Bundesgesetzgeber hat die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die Zulassung zu den Heilberufen (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG) aufgrund einer gefahrenabwehrenden Aufgabe, die im Patientenschutz und in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zu sehen ist. Dem Bund kommt bei der Einschätzung, wie diese gefahrenabwehrende und gesundheitsschützende Aufgabe wahrzunehmen ist, ein breiter gesetzgeberischen Einschätzungsspielraum zu. Dies gilt auch für die Einschätzung, ob und wie welche Gegenstände der Ausbildung den Hochschulen bei der Erstellung von entsprechenden Bachelor-Studiengängen zur Konkretisierung und weiteren Ausgestaltung überlassen werden können. Aus der Hochschulautonomie können auf dem Gebiet der Ausbildung der Heilberufe keine originären Gestaltungsrechte abgeleitet werden. Die Hochschulautonomie stellt insofern kein Gegenrecht im Verhältnis zum materiellen Gehalt der in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG verankerten Gesetzgebungsaufgabe dar.

Aufgrund dieser rechtlichen Situation sollen im Folgenden keine präzisen Hinweise für die Zuordnung der jeweiligen Zuständigkeiten für die Festlegung der Ausbildungsinhalte gegeben werden. Vielmehr geht es hauptsächlich darum, die Vorstellungen der Modellträger wiederzugeben und diese, soweit möglich, einer rechtlichen Würdigung zu unterwerfen.

Im Folgenden wird davon ausgegangen, dass die bisher übliche Aufteilung in theoretischen und praktischen Unterricht und in eine praktische Ausbildung grundsätzlich beibehalten wird. Dies schließt nicht aus, dass sich Verschränkungen zwischen diesen Ausbildungen gerade auch in Hinblick auf die Kompetenzvermittlung ergeben können.

3.4.2 Vorgaben gemäß der Richtlinie 2005/36/EG

Die Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung enthält für die Ausbildung der Hebammen und der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger Vorgaben. Diese Vorgaben sind unabhängig davon, ob die Ausbildung schulisch oder hochschulisch erfolgt.

3.4.2.1 Allgemeine Krankenpflege

3.4.2.1.1 Ausbildungsziele und Ausbildungsprogramm

Die Anforderungen nach der Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) sind bereits bei den Ausbildungszielen aufgeführt worden.⁷⁴

Das Ausbildungsprogramm in Anhang V Nr. 5.2.1 ist im Anhang aufgeführt.⁷⁵ Das in diesem Anhang aufgeführte Ausbildungsprogramm kann durch delegierte Rechtsakte der Kommission geändert werden, um es an den wissenschaftlichen und technischen Fortschritt anzupassen (Art. 31 Abs. 2 Unterabsatz 2 der Richtlinie 2005/36/EG in der geänderten Version).⁷⁶

⁷⁴ S. oben Abschnitt 3.3.1.4.1.1.

⁷⁵ S. unten Abschnitt 9.1.

⁷⁶ Wie Fn. 86. Dem Vernehmen nach ist das Ausbildungsprogramm in Überarbeitung und steht für 2015 zum Erlass an.

Zum Verständnis der Richtlinie und der nachfolgenden Auslegung der Richtlinie ist darauf hinzuweisen, dass die Richtlinie den deutschen Gesetzgeber zur Umsetzung verpflichtet.⁷⁷ Die nachfolgende Auslegung kann nicht so verstanden werden, dass sie die für die Ausbildung Verantwortlichen zu einem bestimmten Handeln ermächtigt oder berechtigt.

3.4.2.1.2 Begriff und Inhalt der praktischen Ausbildung

In der Richtlinie 2005/36/EG wird von theoretischem und praktischem Unterricht und von klinischer Ausbildung gesprochen. In der deutschen heilberufrechtlichen Terminologie der Ausbildungs- und Prüfungsordnungen wird von theoretischem und praktischem Unterricht und praktischer Ausbildung gesprochen. Zum Verständnis dieser Begrifflichkeiten ist jedoch klarzustellen, dass in der Richtlinie 2005/36/EG der im deutschen Recht verwendete Begriff des theoretischen und praktischen Unterrichts als theoretischer Unterricht und in Hinblick auf die praktische Ausbildung in dem Sinn verstanden wird, dass die klinisch-praktische Ausbildung oder Unterweisung als Unterricht in der realen Praxissituation verstanden wird.⁷⁸ Für die Ausbildung in der allgemeinen Krankenpflege wird im Anhang 5.2.1 zur Richtlinie folgendermaßen unterschieden: A. Theoretischer Unterricht; B. Klinisch-praktische Ausbildung.

In der Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung wird in Art. 31 Abs. 5 in drei Unterabsätzen von der klinisch-praktischen Unterweisung gesprochen.⁷⁹ Der erste Unterabsatz handelt von dem Lernziel „die erforderliche Krankenpflege zu planen, durchzuführen und zu bewerten.“ Der zweite Unterabsatz nennt die Orten, an denen die Unterweisung stattfindet und welche Personen für die Unterweisung heranzuziehen sind. Der dritte Absatz beschreibt die Art und Weise der Einbindung der Krankenpflegeschülerinnen und –schüler in den Lernprozess (Beteiligung am Arbeitsprozess der betreffenden Abteilungen) und gleichzeitig ein Lernziel (eigenverantwortliches Handeln im Zusammenhang mit der Krankenpflege).

Bei der Festlegung des Inhalts der praktischen Ausbildung sind ferner die in Art. 31 Abs. 6 der Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) aufgeführten Kenntnisse und Fähigkeiten heranzuziehen. Dort wird unter Buchst. c) die „angemessene klinische Erfahrung“ genannt, die „unter Aufsicht von qualifiziertem Krankenpflegepersonal an Orten erworben werden (muss), die aufgrund ihrer Ausstattung und wegen des in ausreichender Anzahl vorhandenen Personals für die Krankenpflege geeignet sind“. Unter Buchst. d) wird die „Erfahrung in der Zusammenarbeit mit anderen im Gesundheitswesen tätigen Berufsangehörigen“ aufgeführt.

⁷⁷ Art. 288 Abs. 3 Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) bestimmt:

„Die Richtlinie ist für jeden Mitgliedstaat, an den sie gerichtet wird, hinsichtlich des zu erreichenden Ziels verbindlich, überlässt jedoch den innerstaatlichen Stellen die Wahl der Form und der Mittel.“

⁷⁸ Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2004, S. 7.

⁷⁹ S. oben Abschnitt 3.3.1.4.1.1.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Diese mehrfachen Präzisierungen des Inhalts, der Orte, des Personals und der Ziele der klinisch-praktischen Ausbildung zeugen davon, dass diesem Ausbildungsteil für die Ausbildung in der allgemeinen Krankenpflege eine besondere Bedeutung zukommt. Mit Blick auf künftige rechtliche Gestaltungen der praktischen Ausbildung ergibt sich dabei die Frage, ob unter praktischer Ausbildung nur diejenige Ausbildung zu verstehen, bei der ein Patientenkontakt gegeben ist oder ob auch andere Ausbildungssituationen zur praktischen Ausbildung zählen. Dabei ist weiter zu unterscheiden, ob und in welchem Maße der direkte Patientenkontakt ersetzt werden kann durch Ausbildung in Skills Labs und anhand von Simulationspatienten, und ob auch die inhaltliche Vertiefung und Reflexion der praktischen Ausbildungsvorgänge zur praktischen Ausbildung zählt. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die Unterweisung in Skills Labs und anhand von Simulationspatienten eine pädagogische Methode darstellt, um Studieninhalte zu initiieren, zu festigen und zu vertiefen. Die Unterweisung in Skill Labs wird mittlerweile als weiterer Lernort neben Schule/Hochschule und Praxis angesehen.⁸⁰ Die Art und Weise der Ausbildung in Skill Labs zeigt, dass hier Theorie und Praxis verbunden werden.⁸¹ Damit befindet man sich aber eher im Bereich des theoretischen und praktischen Unterrichts als in der praktischen Ausbildung.

Zur Beantwortung dieser Fragen kann der Richtlinie Folgendes entnommen werden:

- *Unmittelbarer Patientenkontakt als Voraussetzung der praktischen Ausbildung:* Die Richtlinie spricht hier sehr klar vom unmittelbaren Kontakt mit Gesunden und Kranken (Art. 31 Abs. 5 Unterabs. 1 Satz 1). Die Schülerinnen und Schüler sollen Mitglied eines Pflegeteams sein, und auch lernen, dieses zu leiten. Vom Wortlaut der Vorschriften her betrachtet ist damit ein praktischer Unterricht in Skills Labs und mit Simulationspatienten nicht möglich. Allerdings lässt der Wortlaut der Vorschrift auch eine Interpretation zu, dass neben dieser Ausbildung mit unmittelbarem Patientenkontakt Ausbildungsteile möglich sind, die diese Ausbildung vorbereiten oder vertiefen. Das kann auch in Skills Labs und mit Simulationspatienten geschehen. Ein Ersatz der Ausbildung mit unmittelbarem Patientenkontakt ist jedoch nicht möglich.
- *Vorbereitung, inhaltliche Vertiefung und Reflexion als Teil der praktischen Ausbildung:* Diese Ausbildungsgegenstände können nicht losgelöst vom gesamten Unterricht (theoretischer und praktischer Unterricht, praktische Ausbildung) gesehen werden. Der Unterricht ist insofern auch nach der Richtlinie nicht als Unterricht in inhaltlich getrennten Einheiten, sondern als sich ergänzend zu verstehen.⁸² Die Notwendigkeit der Vorbereitung, der inhaltlichen Vertiefung und der Reflexion, auch der Selbstreflexion, ist somit eindeutig Bestandteil der Ausbildung.⁸³ Fraglich ist nur, ob dieser Bestandteil in Gänze der prak-

⁸⁰ Vosseler, 2015, S. 202 ff.

⁸¹ Vosseler, 2015, S. 205 f.

⁸² So für die Situation nach dem KrPflG und dem AltPflG Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2004, S. 7.

⁸³ Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2004, S. 8.

tischen Ausbildung und damit der in der Richtlinie geforderten Mindestzahl an praktischen Ausbildungsstunden(2.300 Stunden)⁸⁴ zuzurechnen ist. Eine Bezifferung der jeweiligen Anteile des direkten Patientenkontaktes und der diese Praxis vorbereitenden, vertiefenden und reflektierenden Teile ist der Richtlinie nicht zu entnehmen. Es können jedoch folgende Anhaltspunkte gegeben werden: Grundsätzlich steht die Vorbereitung, Vertiefung und Reflexion des Handelns am Patienten im Zusammenhang mit der praktischen Ausbildung und ist dieser zuzurechnen. Weiter muss die praktische Ausbildung insgesamt so angelegt sein, dass die in Art. 31 Abs. 7 der Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) aufgeführten Kompetenzen gesichert sind.

Mit dieser Auslegung der Richtlinie, mit der für die Gestaltung der praktischen Ausbildung nicht auf ein starres Schema der Verteilung zwischen Ausbildung mit direktem Patientenkontakt und Ausbildung zur Vorbereitung, Vertiefung und Reflexion praktischer Ausbildungsteile verwiesen wird, und mit der gleichzeitig die in der Richtlinie formulierten Kompetenzen erreicht werden, ist hinreichend Flexibilität für die Gestaltung der Ausbildungssituationen gegeben. Weiter können Ausbildungsteile in Skills Labs und mit Simulationspatienten stattfinden, wenn sie die praktische Ausbildung am Patienten unterstützen. Eine Ersetzung des Patientenkontaktes ist nicht möglich.

3.4.2.2 Hebammen

Für die Hebammen wird in Art. 40 Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) Folgendes bestimmt:

- (1) Die Ausbildung zur Hebamme muss mindestens eine der folgenden Ausbildungen umfassen:
- a) eine spezielle Ausbildung zur Hebamme auf Vollzeitbasis, die theoretischen und praktischen Unterricht von mindestens drei Jahren (Ausbildungsmöglichkeit-I) umfasst, der mindestens das in Anhang V Nummer 5.5.1 aufgeführte Ausbildungsprogramm beinhaltet; oder
 - b) eine spezielle Ausbildung zur Hebamme von mindestens 18·Monaten (Ausbildungsmöglichkeit-II) auf Vollzeitbasis, die mindestens das in Anhang V Nummer 5.5.1 aufgeführte Ausbildungsprogramm umfasst, das nicht Gegenstand eines gleichwertigen Unterrichts im Rahmen der Ausbildung zur Krankenschwester und zum Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, war.

Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass die mit der Ausbildung der Hebammen betrauten Einrichtungen die Verantwortung dafür übernehmen, dass Theorie und Praxis für das gesamte Ausbildungsprogramm koordiniert werden.

Das Ausbildungsprogramm in Anhang V Nr. 5.5.1 ist im Anhang aufgeführt.⁸⁵ Bei der Hebammenausbildung wird im Anhang 5.5.1 folgendermaßen unterschieden: A. Theoretischer und fachlicher Unterricht; B. Praktische und klinische Ausbildung.

⁸⁴ Art. 31 Abs. 3 der Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung.

⁸⁵ S. unten Abschnitt 9.1.

Das in diesem Anhang aufgeführte Ausbildungsprogramm kann durch delegierte Rechtsakte der Kommission geändert werden, um es an den wissenschaftlichen und technischen Fortschritt anzupassen (Art. 40 Abs. 1 Unterabsatz 2 der Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung).⁸⁶

3.4.3 Vorstellungen der Modellträger

Vorwegzuschicken ist, dass die folgenden Hinweise der Modellträger nur aufgenommen worden sind, soweit sie verallgemeinerbar sind. Hinweise auf konkrete Stundenzahlen sind nicht aufgeführt.

3.4.3.1 Zum theoretischen und praktischen Unterricht

Die Modellträger sehen die vorliegenden Ausbildungsordnungen insofern kritisch, als diese nicht an Kompetenzen orientiert seien.

3.4.3.2 Zur praktischen Ausbildung und zur Theorie-/Praxisvernetzung

Die praktische Ausbildung wird von den Modellträgern in Umfang und Inhalt kritisch beleuchtet. Generell wird angeregt, alternative Ausbildungsformen gesetzlich zu berücksichtigen. Hierzu gehören z.B. die Durchführung und Anerkennung der praktischen Ausbildung in einer hochschulinternen Lehr- und Forschungsambulanz.

Insgesamt wird für eine Reduktion der Stunden der praktischen Ausbildung mit dem Argument plädiert, dass für das Ergebnis der Kompetenzentwicklung letztlich die Qualität der Lernsituationen vor der Quantität stehe. Auch die Orte der praktischen Ausbildung müssten erweitert werden.

Zur inhaltlichen Ausgestaltung der praktischen Ausbildung und zur Auswahl der praktischen Ausbildungsorte wird seitens der *Logopäden* vorgebracht, dass für die praktische Ausbildung keine

⁸⁶ Die Vorschrift zu den delegierten Rechtsakten im Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) lautet (Art. 290 AEUV):

(1) In Gesetzgebungsakten kann der Kommission die Befugnis übertragen werden, Rechtsakte ohne Gesetzescharakter mit allgemeiner Geltung zur Ergänzung oder Änderung bestimmter nicht wesentlicher Vorschriften des betreffenden Gesetzgebungsaktes zu erlassen. In den betreffenden Gesetzgebungsakten werden Ziele, Inhalt, Geltungsbereich und Dauer der Befugnisübertragung ausdrücklich festgelegt. Die wesentlichen Aspekte eines Bereichs sind dem Gesetzgebungsakt vorbehalten und eine Befugnisübertragung ist für sie deshalb ausgeschlossen.

(2) Die Bedingungen, unter denen die Übertragung erfolgt, werden in Gesetzgebungsakten ausdrücklich festgelegt, wobei folgende Möglichkeiten bestehen:

- a) Das Europäische Parlament oder der Rat kann beschließen, die Übertragung zu widerrufen.
- b) Der delegierte Rechtsakt kann nur in Kraft treten, wenn das Europäische Parlament oder der Rat innerhalb der im Gesetzgebungsakt festgelegten Frist keine Einwände erhebt.

Für die Zwecke der Buchstaben a und b beschließt das Europäische Parlament mit der Mehrheit seiner Mitglieder und der Rat mit qualifizierter Mehrheit.

(3) In den Titel der delegierten Rechtsakte wird das Wort „delegiert“ eingefügt.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Gegenstände (z.B. Störungsbilder), sondern Lernaktivitäten (Hospitation, Übung, Therapie) festgelegt seien. Es wäre wünschenswert, inhaltliche Tätigkeitsfelder zu beschreiben (z.B. eine bestimmte Stundenzahl im Bereich Neurorehabilitation, Pädiatrie, etc.) und Spielraum darin zu lassen, was genau in dieser Zeit zu tun ist bzw. lediglich einen Mindestwert zu definieren (z.B. davon mindestens eine bestimmte Stundenzahl eigene Praxis). Weiter wird gefordert, die praktische Ausbildung an der Hochschule durch hochschulintegrierte oder eng angebundene Praxiseinrichtungen zu gewährleisten.

Die *Physiotherapeuten* wünschen neben einer Reduzierung der Stundenzahl für die praktische Ausbildung eine Erweiterung der Praxisorte über die medizinisch definierten Praxisorte hinaus. Die praktische Ausbildung müsse sowohl vom Einsatzort wie auch von den Fachgebieten her den tatsächlichen Berufsalltag widerspiegeln. Deshalb seien ambulante und stationäre Einrichtungen mit Patienten/Klienten mit Beeinträchtigungen mit einzubeziehen gemäß der Beschreibung in der Formulierung der Ausbildungsziele (gesamtes Versorgungsspektrum).

Auch für die *Ergotherapie* wird eine Reduktion der praktischen Ausbildungszeit als wünschenswert angesehen. Die praktische Ausbildung könne teilweise an der Ausbildungsstätte (Hochschulambulanz) und an Kooperationseinrichtungen durchgeführt werden.

Im Sinne einer Empfehlung für die künftige Gestaltung kann gesagt werden, dass die Vorstellungen der Modellträger in Richtung auf die *Erweiterung der Praxisorte* gut nachvollziehbar sind und aufgenommen werden sollten. Die *praktische Ausbildung in einer hochschulinternen Lehr- und Forschungsambulanz* ist unabhängig von Kostenerwägungen hingegen insofern problematisch, als in der praktischen Ausbildung Therapiekontakte notwendig ist. Ist ein solcher Patientenkontakt in einer hochschulinternen Lehr- und Forschungsambulanz nicht gewährleistet, kann er der Unterricht in einer Lehr- und Forschungsambulanz die praktische Ausbildung an Praxisorten mit Therapiekontakten nicht ersetzen. Denkbar ist jedoch eine Vorbereitung und Vertiefung der praktischen Ausbildung in solchen Settings.

Die Beantwortung der Frage der *Reduktion der Zeiten der praktischen Ausbildung zugunsten einer qualitativen Verdichtung* hängt zu sehr von den Einzelheiten der konkreten Ausgestaltung ab, als dass hier eine generelle Empfehlung ausgesprochen werden könnte. Es kann jedoch daran gedacht werden, mit einer Art Generalklausel eine solche Möglichkeit im Sinne einer Verbindung zwischen der Reduktion der praktischen Ausbildungszeiten und der qualitativen Verdichtung zu eröffnen. Dabei ist auf die Sicherung des Ausbildungsziels hinzuweisen.

3.4.4 Studierbarkeit – Stundenzahl – Workload

3.4.4.1 Allgemeines

Den Bachelor- und Masterstudiengängen liegt ein Zeit- und Arbeitsbelastungskonzept zugrunde, dass rechnerisch in den Leistungspunkten gemäß dem ECTS-System zum Ausdruck kommt.⁸⁷ Cre-

⁸⁷ S. zum Folgenden auch Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen. Katholische Stiftungsfachhochschule München, Februar 2013, S. 3 f.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

dit Points nach ECTS-Grundsätzen sind Leistungspunkte, mit denen der Arbeitsaufwand gemessen wird. Für ein erfolgreich absolviertes Modul vergibt die Hochschule Leistungspunkte (LP) bzw. Credit Points (CP), die der durchschnittlichen Arbeitslast des Studiums (workload) und der einzelnen Module Rechnung tragen sollen. Grundlage für die Vergabe von Credit Points nach ECTS-Standard (ECTS credits) ist die Annahme eines in Stunden gemessenen durchschnittlich zu leistenden Arbeitsaufwandes für das Studium. Die Annahme ist ein Aufwand von 1500 bis 1800 Stunden pro akademisches Jahr, der sich in 60 CP ausdrückt. Ein Leistungspunkt entspricht daher 25 bis 30 Arbeitsstunden, was von der Kultusministerkonferenz inzwischen auch für Deutschland übernommen wurde.⁸⁸

Dieses Zeit- und Arbeitsbelastungskonzept ist künftig auch Bachelorstudiengängen für die Heilberufe zugrunde zu legen.⁸⁹

Im Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse sind folgende Rahmenfestlegungen getroffen worden:⁹⁰

⁸⁸ Übernommen aus: http://de.wikipedia.org/wiki/European_Credit_Transfer_System#cite_note-2 (Zugriff am 10.03.2013).

⁸⁹ Eine Umrechnung der in der Pflege erforderlichen Ausbildungszeiten in credit points findet sich bei Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.), 2009, S. 25 ff.

⁹⁰ S. Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse (Im Zusammenwirken von Hochschulrektorenkonferenz, Kultusministerkonferenz und Bundesministerium für Bildung und Forschung erarbeitet und von der Kultusministerkonferenz am 21.04.2005 beschlossen), abzurufen unter: http://www.hrk.de/uploads/media/2005_Qualifikationsrahmen_HSAbschluesse.pdf (zuletzt aufgerufen: 26.03.2013).

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse

Vorbemerkung: Der vorliegende Entwurf beschränkt sich zunächst auf Hochschulabschlüsse. In nächsten Schritten sollte der gesamte Schulbereich sowie die Bereiche der beruflichen Bildung und des Lebenslangen Lernens mit einbezogen werden.

Studienstruktur im Europäischen Hochschulraum		
Qualifikationsstufen	Formale Aspekte	Abschlüsse des Hochschulstudiums Hochschulgrade und Staatsexamina ¹
1. Stufe: Bachelor-Ebene	Grade auf Bachelor-Ebene: 3, 3,5 oder 4 Jahre Vollzeitstudium bzw. 180, 210 oder 240 ECTS Punkte; alle Grade berechtigen zur Bewerbung für Masterprogramme	B. A.; B. Sc.; B. Eng.; B.F.A., B. Mus., LLB Diplom (FH), Staatsexamen
2. Stufe: Master-Ebene	Grade auf Master-Ebene: normalerweise 5 Jahre Vollzeitstudium bzw. 300 ECTS-Punkte; bei gestuften Studiengängen 1, 1,5 oder 2 Jahre bzw. 60, 90 oder 120 ECTS-Punkte auf Master – Ebene; Typen von Master-Abschlüssen: stärker anwendungsorientiert, stärker forschungsorientiert, künstlerisches Profil, Lehramtsprofil; alle Grade berechtigen zur Bewerbung für ein Promotionsvorhaben ²	M.A., M. Sc., M. Eng., M.F.A., M. Mus., LL.M., etc. Diplom (Univ.), Magister, Staatsexamen Nicht-konsekutive und weiterbildende Master ³
3. Stufe: Doktoratsebene	(Grade bauen in der Regel auf einem Abschluss auf Master-Ebene, also von 300 ECTS-Punkten oder mehr auf) ⁴	Dr., Ph.D.

¹ Auflistung siehe Anlage 1. Staatsprüfungen sind in der Regel der zweiten Studienstufe zugeordnet; allerdings bestehen folgende Sonderregelungen: Studiengänge mit Staatsprüfung haben eine Regelstudienzeit von 3 Jahren (Lehrämter der Grundschule bzw. Primarstufe und Sekundarstufe I mit möglicher Zuordnung zur 1. Studienstufe) bis 6,5 Jahren (Medizin); dies entspricht 180 - 390 ECTS-Punkten.

² Für künstlerische Studiengänge an Kunst- und Musikhochschulen gilt diese Berechtigung nur eingeschränkt.

³ Die Abschlussbezeichnungen für nichtkonsekutive und weiterbildende Master sind nicht vorgeschrieben und beschränken sich nicht auf die genannten Abschlussbezeichnungen, z.B. MBA.

⁴ Besonders qualifizierte Bachelor- und Diplom (FH)-Absolventen können auch direkt zur Promotion zugelassen werden.

Im Abschlussbericht der sozialwissenschaftlichen Evaluation sind für alle Modellstudiengänge Angaben zur Stundenzahl und ihrer Verteilung auf theoretischen und praktischen Unterricht und praktische Ausbildung geliefert worden.⁹¹ Gleiches gilt für das Verhältnis von Präsenz- und Selbstlernzeiten im gesamten Studium.⁹² Schließlich enthält der Abschlussbericht wichtige Hinweise zum jeweiligen Verständnis der Praxislernzeiten.⁹³

Für die zukünftige Gestaltung des Verhältnisses von Präsenz- zu Selbststudienzeiten bei der Bachelorausbildung von Heilberufen bedarf es einer gründlichen Analyse der Besonderheiten der jeweiligen Fächer bzw. Berufsfelder und ihrer Ausbildungsnotwendigkeiten. An dieser Stelle kann nur darauf verwiesen werden, dass den Besonderheiten jedes Berufes auch in einer Bachelorausbildung Rechnung zu tragen ist. An der Frage, in welchem Ausmaß Selbststudienzeiten in der Zeit- und Arbeitsbelastung der Studierenden heilberuflicher Bachelorstudiengänge aufscheinen, sollte die Organisation der Ausbildung von heilberuflichen Studiengängen nicht scheitern. Die Festlegung des Anteils der Selbststudienzeiten kann hochschulintern bzw. studien-gangsspezifisch geregelt werden.

⁹¹ Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen. Katholische Stiftungsfachhochschule München, 2014, S. 88 ff.

⁹² Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen. Katholische Stiftungsfachhochschule München, 2014, S. 77.

⁹³ Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen. Katholische Stiftungsfachhochschule München, 2014, S. 90.

Bei der Strukturierung des Workloads auf Bachelor-Ebene sollte der Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse künftig auch in Hinblick auf die Master-Ebene berücksichtigt werden. Je höher der Workload bzw. die Studienzeit auf der Bachelor-Ebene angesetzt wird, desto weniger bleibt an Workload für die Master-Ebene. Letztere wird bei einem Vollzeitstudium von fünf Jahren mit 300 ECTS angesetzt. Bei einem Workload von 210 ECTS auf Bachelor-Ebene verbleiben somit nur noch 90 ECTS für die Masterebene. Damit können aber Probleme bei den Anforderungen an die Wissenschaftlichkeit des Studiums entstehen. Anderes gilt, wenn die 300 ECTS nur als Untergrenze für die Zulassung zur Promotion verstanden werden.

Für künftige Festlegungen wird man neben den unionsrechtlichen Vorschriften insgesamt auf die Besonderheiten des jeweiligen Berufes abstellen müssen. Insbesondere wird man bei den Heilberufen die Tatsache mit einbeziehen müssen, dass ein erheblicher Ausbildungsanteil als praktische Ausbildung stattfindet. Um den Hochschulen entsprechende Gestaltungsräume zu geben, könnte auch daran gedacht werden, statt fester Stundenvorgaben Rahmenvorgaben oder Mindeststundenzahlen festzulegen.

3.4.4.2 Vorstellungen der Modellträger

Die Modellträger sprechen sich generell für eine Lockerung des Konzeptes quantitativer Stundenaufgaben aus und plädieren für mehr Flexibilität bei der Ausgestaltung. Sollten Stundenzahlen reduziert werden, müsse die inhaltliche Qualität der jeweiligen Stunden überprüft werden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird die Möglichkeit einer Festlegung auf eine bestimmte Größenordnung nicht gesehen.

3.5 Organisation und Ablauf der Ausbildung

3.5.1 Systementscheidung: Fächerorientiertes versus modularisiertes System

3.5.1.1 Fächerorientiertes System

In einem eher schulisch geprägten Modell ist die Ausbildung überwiegend so organisiert, dass der Lernende mehr oder weniger intensiv in das Ausbildungsprogramm dergestalt eingebunden ist, dass er einen vorgegebenen Weg eines Curriculums zu folgen, Anwesenheitspflichten nachzukommen und Erfolgskontrollen zu absolvieren hat. Die einzelnen Ausbildungseinheiten sind dann sehr stringent aufeinander bezogen. Eine Auswahlmöglichkeit für die Belegung bestimmter Fächer besteht allenfalls begrenzt. Schulisch geprägte Modelle weisen straff organisierte Abläufe auf, was eine zeitliche Regelung der Gesamtdauer wie der Dauer der einzelnen Kurse bedingt. Die Organisation der Ausbildung der Heilberufe unterliegt einem solchen straffen Schema. Ge-regelt sind die Gesamtausbildungsdauer, die Zahl, die Inhalte und die Dauer der einzelnen Kurse, die Anwesenheitspflichten und die Erfolgskontrollen und die Möglichkeiten der Anrechnung von Fehlzeiten.

Das Ausbildungssystem nach den Heilberufegesetzen ist dual organisiert, d.h. es folgt dem Muster eines traditionellen Schulsystems, in dem bestimmte Fächer in theoretischem und prakti-

schem Unterricht gelehrt werden; dazu verläuft parallel eine praktische Ausbildung. Die Fächerorientierung greift für alle Heilberufe, ausgenommen für die Ausbildung der Kranken- und Altenpfleger und der Notfallsanitäter. Abgeschlossen werden alle Ausbildungen durch eine staatliche Prüfung.

3.5.1.2 Modularisiertes System

Die Bachelor- und Masterstudiengänge müssen gemäß den ländergemeinsamen Strukturvorgaben für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen modularisiert sein. Modularisierung eines Studiums bedeutet, dass Studieninhalte und Veranstaltungen zu größeren, in sich abgeschlossenen und abprüfbareren inhaltlichen Einheiten zusammengefasst werden. Ein Modul kann aus mehreren Veranstaltungen unterschiedlichen Typs bestehen, deren Gemeinsamkeit darin liegt, dass sie gemeinsame Kompetenzen vermitteln. Ein Studium in einem modularisierten Aufbau besteht aus mehreren Modulen, von denen einige verpflichtend und andere Teil des Wahlbereiches sind.⁹⁴

Die ländergemeinsamen Strukturvorgaben beruhen auf einem Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 10.10.2003⁹⁵. Auf diese Strukturvorgaben wird in den Hochschulgesetzen der Länder Bezug genommen (für Nordrhein-Westfalen vgl. § 7 Abs. 1 Satz 1, § 72 Abs. 2 Satz 6 HG).

Die Bachelor-Ausbildung an Hochschulen folgt einem allgemeinen Regelwerk, das in den Rahmenvorgaben für die Einführung von Leistungspunktsystemen und die Modularisierung von Studiengängen⁹⁶ niedergelegt ist. Zur Modularisierung wird hier Folgendes gesagt:

„In Modulen werden thematisch und zeitlich abgerundete, in sich geschlossene und mit Leistungspunkten belegte Studieneinheiten zusammengefasst. Sie können sich aus verschiedenen Lehr- und Lernformen zusammensetzen (z. B. Vorlesungen, Übungen, Praktika, e-learning, Lehrforschung etc.). Ein Modul kann Inhalte eines einzelnen Semesters oder eines Studienjahres umfassen, sich aber auch über mehrere Semester erstrecken. Zur Reduzierung der Prüfungsbelastung werden Module in der Regel nur mit einer Prüfung abgeschlossen, deren Ergebnis in das Abschlusszeugnis eingeht. In besonders begründeten Fällen können auch mehrere Module mit einer Prüfung abgeschlossen werden. Die Prüfungsinhalte eines Moduls sollen sich an den für das Modul definierten Lernergebnissen orientieren. Der Prüfungsumfang ist dafür auf das notwendige Maß zu beschränken. Die Vergabe von Leistungspunkten setzt nicht zwingend eine Prüfung, sondern den erfolgreichen Abschluss des jeweiligen Moduls voraus. Die Voraussetzungen für die Vergabe von Leistungspunkten sind in den Studien- und Prüfungsordnungen und den Akkreditierungsunterlagen präzise und nachvollziehbar zu definieren. Um einer Kleinteiligkeit der Module, die ebenfalls zu einer hohen Prüfungsbelastung führt, entgegen zu wirken, sollen Module mindestens einen Umfang von fünf ECTS aufweisen. Module sind einschließlich des Arbeitsaufwands

⁹⁴ Wörtlich zitiert von http://www.hrk-bologna.de/bologna/de/home/1923_2115.php (Zugriff am: 09.03.2013).

⁹⁵ Ländergemeinsame Strukturvorgaben für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 10.10.2003 i.d.F. vom 04.02.2010), zitiert nach http://www.hrk-bologna.de/bologna/de/download/dateien/2003_10_10-Laendergemeinsame-Strukturvorgaben.pdf (Zugriff am 09.03.2013).

⁹⁶ Abgedruckt im Anhang zu den Ländergemeinsamen Strukturvorgaben (wie Fn. 95).

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

und der zu vergebenden Leistungspunkte zu beschreiben (zu Inhalt und Umfang wird auf die Erläuterungen verwiesen). Die Beschreibung eines Moduls soll mindestens enthalten:

- a) Inhalte und Qualifikationsziele des Moduls
- b) Lehrformen
- c) Voraussetzungen für die Teilnahme
- d) Verwendbarkeit des Moduls
- e) Voraussetzungen für die Vergabe von Leistungspunkten
- f) Leistungspunkte und Noten
- g) Häufigkeit des Angebots von Modulen
- h) Arbeitsaufwand
- i) Dauer der Module.“

3.5.1.3 Zu den Voraussetzungen und Wirkungen einer Entscheidung für ein Ausbildungssystem

Für die künftige Gestaltung des Ausbildungssystems der in den Modellvorhaben erfassten Heilberufe ist bei Schaffung der Möglichkeit auch einer hochschulischen Ausbildung von folgenden Voraussetzungen auszugehen:

- Die Schaffung der Möglichkeit einer hochschulischen Ausbildung ist nur sinnvoll, wenn die Ausbildung an der Hochschule von den Charakteristika dieser Ausbildung geprägt ist. Das setzt voraus, dass die Inhalte/Gegenstände der Ausbildung einer hochschulischen Ausbildung zugänglich sein müssen. Die Durchführung der Modellvorhaben hat dies grundsätzlich unter Beweis gestellt.
- Die Annahme, dass die schulische Ausbildung Charakteristika einer hochschulischen Ausbildung vollständig übernehmen kann, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht realistisch. Allenfalls könnte an eine teilweise Übernahme von Merkmalen einer hochschulischen Ausbildung nach dem Bologna-Modell gedacht werden, was vor allem für die Kompetenzorientierung der Ausbildung gilt. Dies ist aber nicht Gegenstand der Modellvorhaben.

Daraus folgt, dass für die Hochschulen ein an den hochschulischen Charakteristika orientiertes Ausbildungssystem zu schaffen ist. Für die Schulen kann das bisherige Ausbildungssystem aufrechterhalten bleiben, sollte jedoch ebenfalls an den modernen Bildungsanforderungen orientiert und entsprechend angepasst werden. Dies ist z.B. zuletzt mit der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Notfallsanitäter (NotSan-APrV) geschehen.

Die Wirkungen einer solchen Entscheidung sind:

- Da beide Ausbildungen zur Erlaubnis der Führung einer Berufsbezeichnung führen sollen, ist insofern die Gleichwertigkeit der Ausbildungen zu postulieren.
- Da die jeweiligen Ausbildungssysteme unterschiedliche Prüfungssysteme aufweisen, ist darauf zu achten, dass die Gleichbehandlung der Prüflinge in Hinblick auf die Gestaltung des Prüfungssystems gewährleistet ist.

Zu überlegen ist, ob und inwieweit eine Durchlässigkeit zwischen schulischer und hochschulischer Ausbildung gegeben sein soll. Für eine Durchlässigkeit sprechen auch berufsfreiheitsrechtliche Aspekte im Sinne der Freiheit der Wahl der Ausbildungsstätte (Art. 12 Abs. 1 GG). Die Durchlässigkeit könnte etwa durch Übergangsmöglichkeiten von der schulischen zur hochschulischen Ausbildung geschaffen werden.

3.5.1.4 Konsequenzen der Gestaltung der Ausbildung im hochschulischen System

3.5.1.4.1 Gestaltungsanforderungen und -möglichkeiten bei einer hochschulischen Ausbildung von Heilberufen

Es gibt keine verfassungsrechtliche Notwendigkeit und kein heilberuferechtliches Erfordernis, die Ausbildung von anderen als ärztlichen Heilberufen nur im Konzept einer schulischen Ausbildung zu verwirklichen. Entscheidet man sich für eine hochschulische Ausbildung, kann das Konzept der schulischen Ausbildung nicht auf die hochschulische Ausbildung übertragen werden. Umgekehrt muss sich die hochschulische Ausbildung an die Erfordernisse einer heilberuflichen Ausbildung anpassen. Soweit für die Heilberufe unionsrechtliche Vorgaben einzuhalten sind,⁹⁷ gelten diese unabhängig vom Ort der Ausbildung.

Soll die hochschulische Ausbildung ebenso wie die schulische Ausbildung zur Erlaubnis der Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung führen, müssen unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung der Absolvierenden die prüfungsrelevanten Ausbildungsinhalte die gleichen sein oder sie müssen zumindest vergleichbar sein. Unter heilberuferechtlichen Gesichtspunkten muss weiter sichergestellt sein, dass die Absolvierenden der hochschulischen Ausbildung gemäß den jeweiligen Ausbildungszielen in gleicher Weise wie die Absolvierenden der schulischen Ausbildung heilberuflich eingesetzt werden können. Die zusätzliche Qualifikationsstufe, die Absolventen einer hochschulischen Ausbildung erreichen, darf nicht dazu führen, dass sie nur auf einer – höheren – Qualifikationsstufe tätig werden können.⁹⁸

Ein Beispiel für die mögliche Gestaltung der Ausbildungsinhalte für die schulische wie für die hochschulische Ausbildung kann in der KrPflAPrV gesehen werden. Diese Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist kompetenzorientiert. So wird dort⁹⁹ von der *Befähigung* der Lernenden in bestimmten Themenbereichen gesprochen. In der Altenpflegeausbildung wird hingegen nicht

⁹⁷ Hebammen und Krankenschwestern und Krankenpfleger für allgemeine Pflege gemäß der geänderten Richtlinie 2005/36/EG; bisher auch die anderen Heilberufe mit besonders strukturierten Ausbildungsgängen nach Anhang II der Richtlinie, s. oben Abschnitt 3.3.1.4.2.

⁹⁸ Gegenwärtig kann nicht beurteilt werden, wie sich eine entsprechende Zuordnung im Deutschen Qualifikationsrahmen auswirkt.

⁹⁹ Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 KrPflAPrV, A Theoretischer und praktischer Unterricht.

auf die Befähigung verweisen.¹⁰⁰ Ein weiteres Beispiel für einen kompetenzorientierten Unterricht liefert die Ausbildung der Notfallsanitäter.¹⁰¹ Auch hier geht es beim theoretischen und praktischen Unterricht um Befähigungen.¹⁰²

Während die genannten Ausbildungsordnungen mit dem dort verfolgten kompetenzorientierten Ansatz grundsätzlich für eine schulische wie für eine hochschulische Qualifikation herangezogen werden können, gilt dies für die Ausbildungsordnungen der anderen Berufe im Modellvorhaben nicht. Dort sind Ausbildungsordnungen in der Regel fächerbezogen. Nur bei den Hebammen und Entbindungshelfern könnten bei einigen Elementen des theoretischen und praktischen Unterrichts kompetenzorientierte Ansätze gesehen werden, so z.B. im ersten Jahr der Ausbildung beim Unterricht in den Grundlagen der Hebammentätigkeiten.¹⁰³ Ähnliches gilt für die Ausbildung der Ergotherapeuten und Ergotherapeuten bei den ergotherapeutischen Verfahren.¹⁰⁴ Bei den dort aufgeführten Behandlungsverfahren wäre eine Umstellung auf einen kompetenzorientierten Unterricht denkbar. Ausgesprochen fächerorientiert ist hingegen der theoretische und praktische Unterricht in der Physiotherapie.¹⁰⁵ Rudimentäre Ansätze eines kompetenzorientierten Unterrichts lassen sich in der Logopädie allenfalls beim Unterricht in der Logopädie¹⁰⁶ finden.

Für die vorstehend aufgeführten Ausbildungs- und Prüfungsordnungen ist also ein erheblicher Bedarf an einer Umstellung auf kompetenzorientierten Unterricht gegeben, um vergleichbare Ausbildungen für den schulischen wie den hochschulischen Bereich zu schaffen. Die Regelungsmuster liegen mit den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für die Krankenpflege und für die Notfallsanitäter vor.

3.5.1.4.2 Selbststeuerung des Lernprozesses - Wahlmöglichkeiten

Es ist zu unterscheiden zwischen dem theoretischen und praktischen Unterricht und der praktischen Ausbildung.

Was den theoretischen und praktischen Unterricht angeht, so kann die Selbststeuerung des Lernprozesses die Gestaltung des Ablaufs und die Gegenstände/Inhalte betreffen. Bei der Gestaltung des Ablaufs, z.B. in der Frage, wann welches Fachgebiet studiert wird, sind Flexibilitäten eher möglich als bei den Gegenständen/Inhalten. Auch im Rahmen einer hochschulischen Ausbildung muss sichergestellt sein, dass alle festgelegten Fachgebiete auch studiert werden. Eine individuelle Schwerpunktsetzung erscheint hier nicht als angebracht. Der individuellen Schwerpunktsetzung kann nur dort Raum verschafft werden, wo die Hochschulen über den festgelegten

¹⁰⁰ Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 AltPflAPrV, A. Theoretischer und praktischer Unterricht in der Altenpflege.

¹⁰¹ Der Beruf der Notfallsanitäter ist vom Modellvorhaben nicht erfasst. Das NotSanG enthält jedoch in § 7 NotSanG ebenfalls eine Modellvorhabensklausel.

¹⁰² Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 Nr. 1 NotSan-APrV, Theoretischer und praktischer Unterricht.

¹⁰³ Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 HebAPrV, Theoretischer und praktischer Unterricht, Nr. 4.

¹⁰⁴ Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 ErgThAPrV, A Theoretischer und praktischer Unterricht, Nr. 15 bis 21.

¹⁰⁵ Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 PhysTh-APrV, A Theoretischer und praktischer Unterricht für Physiotherapeuten.

¹⁰⁶ Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 LogAprO,, Theoretischer und praktischer Unterricht, Nr. 13. Logopädie.

heilberuflichen Stoff hinaus besondere Angebote im Rahmen von Wahlmöglichkeiten etc. machen. Diese Frage ist auch berufsspezifisch zu behandeln. So wird z.B. bei der Logopädie mit ihrem breiten Fächerspektrum anders vorzugehen sein als bei der Hebammenkunde. Festzuhalten ist, dass eine individuelle Schwerpunktsetzung nicht zu einer reduzierten Berücksichtigung der anderen Fachgebiete führen darf.

Die Ermöglichung von Flexibilität bei der Selbststeuerung des Lernprozesses beim theoretischen und praktischen Unterricht muss in der jeweiligen staatlichen Ausbildungsordnung als Rahmen oder im Einzelnen festgelegt sein. Die Hochschulen können nur im Rahmen dieser Vorgaben Selbststeuerung ermöglichen. Im Grunde geht es hier um die Eröffnung von Wahlmöglichkeiten in Hinblick auf bestimmte Fächer/Gegenstände etc.

Die Eröffnung solcher Wahlmöglichkeiten ist auch bei stark regulierten Ausbildungen möglich. So enthält die ÄApprO die Pflicht, ein Wahlfach abzuleisten.¹⁰⁷ In der Juristenausbildung nach dem Deutschen Richtergesetz (DRiG) ist ebenfalls die Möglichkeit für die Universitäten eröffnet worden, Schwerpunktbereiche mit Wahlmöglichkeiten einzurichten.¹⁰⁸

¹⁰⁷ § 2 Abs. 8 ÄApprO:

(8) Bis zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung und bis zum Beginn des Praktischen Jahres ist jeweils ein Wahlfach abzuleisten. Für den Ersten Abschnitt kann aus den hierfür angebotenen Wahlfächern der Universität frei gewählt, für den Zweiten Abschnitt können ein in der Anlage 3 zu dieser Verordnung genanntes Stoffgebiet oder Teile davon gewählt werden, soweit sie von der Universität angeboten werden. Die Leistungen im Wahlfach werden benotet. Die Note wird für das erste Wahlfach in das Zeugnis nach dem Muster der Anlagen 11 und 12 zu dieser Verordnung, für das zweite Wahlfach nach dem Muster der Anlage 12 zu dieser Verordnung aufgenommen, ohne bei der Gesamtnotenbildung berücksichtigt zu werden.

¹⁰⁸ S. § 5a (DRiG) für die Schwerpunktbereiche (kursiver Text):

§ 5a Studium

- (1) Die Studienzeit beträgt vier Jahre; diese Zeit kann unterschritten werden, sofern die jeweils für die Zulassung zur *universitären Schwerpunktbereichsprüfung* und zur staatlichen Pflichtfachprüfung erforderlichen Leistungen nachgewiesen sind. Mindestens zwei Jahre müssen auf ein Studium an einer Universität im Geltungsbereich dieses Gesetzes entfallen.
- (2) Gegenstand des Studiums sind Pflichtfächer und *Schwerpunktbereiche mit Wahlmöglichkeiten*. Außerdem ist der erfolgreiche Besuch einer fremdsprachigen rechtswissenschaftlichen Veranstaltung oder eines rechtswissenschaftlich ausgerichteten Sprachkurses nachzuweisen; das Landesrecht kann bestimmen, dass die Fremdsprachenkompetenz auch anderweitig nachgewiesen werden kann. Pflichtfächer sind die Kernbereiche des Bürgerlichen Rechts, des Strafrechts, des Öffentlichen Rechts und des Verfahrensrechts einschließlich der europarechtlichen Bezüge, der rechtswissenschaftlichen Methoden und der philosophischen, geschichtlichen und gesellschaftlichen Grundlagen. *Die Schwerpunktbereiche dienen der Ergänzung des Studiums, der Vertiefung der mit ihnen zusammenhängenden Pflichtfächer sowie der Vermittlung interdisziplinärer und internationaler Bezüge des Rechts.*
- (3) Die Inhalte des Studiums berücksichtigen die rechtsprechende, verwaltende und rechtsberatende Praxis einschließlich der hierfür erforderlichen Schlüsselqualifikationen wie Verhandlungsmanagement, Gesprächsführung, Rhetorik, Streitschlichtung, Mediation, Vernehmungslehre und Kommunikationsfähigkeit. Während der vorlesungsfreien Zeit finden praktische Studienzeiten von insgesamt mindestens drei Monaten Dauer statt. Das Landesrecht kann bestimmen, daß die praktische Studienzeit bei einer Stelle und zusammenhängend stattfindet.
- (4) Das Nähere regelt das Landesrecht.

Beim praktischen Unterricht wird die Ermöglichung von Flexibilität bei der Selbststeuerung zurückhaltender behandelt werden müssen. In kleinem Rahmen sind z.B. bei der Physiotherapeutenausbildung¹⁰⁹ solche Gestaltungsmöglichkeiten schon eröffnet. Auch könnte die Erweiterung des Spektrums der Praxiseinrichtungen z.B. über die medizinischen Einrichtungen hinaus – wie von den Modellträgern vorgeschlagen – zur Flexibilität beitragen.

3.5.1.4.3 Auslandssemester – Auslandseinsätze bei praktischer Ausbildung

Die Möglichkeit des Studiums im Ausland sollte eröffnet werden. Fraglich ist aber, ob und wie solche Auslandssemester angerechnet werden können. Die Vergleichbarkeit des unterrichteten Stoffes ist hier Grundvoraussetzung. Zum Studium im Ausland und zur Anerkennung liegen bisher keine Erfahrungen vor.

Bei der praktischen Ausbildung sind Auslandseinsätze gut vorstellbar. Die Voraussetzungen und die Anerkennungsmöglichkeiten müssen heilberuferechtlich geregelt werden.

3.5.1.4.4 Urlaubssemester

Die Einräumung von Urlaubssemestern ist hochschulüblich. Sollte dies auch für die heilberufliche Ausbildung möglich werden, ist sicherzustellen, dass die Dauer der Inanspruchnahme von Urlaubssemestern nicht zu Einbußen bei der Ausbildung führt. In der Praxis wird sich aber die Gewährung von Urlaubssemestern wegen der Koordinierung des theoretischen und praktischen Unterrichts und der praktischen Ausbildung kaum realisieren lassen.

3.5.2 Verhältnis von theoretischem und praktischem Unterricht

Für die Ausbildung der Hebammen und der Krankenschwestern und Krankenpfleger für allgemeine Pflege existieren unionsrechtliche Vorgaben in der Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung).¹¹⁰ Solche Vorgaben existieren für die anderen im Modellvorhaben erfassten Heilberufe nicht.¹¹¹

3.5.2.1 Pflege

Für die Ausbildung zur Krankenschwester und zum Krankenpfleger für allgemeine Pflege enthält Art. 31 Abs. 3 der Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) folgende zeitliche Mindestanforderungen, die auch die Verteilung zwischen theoretischer und klinisch-praktischer Ausbildung betreffen:

Die Ausbildung zur Krankenschwester und zum Krankenpfleger für allgemeine Pflege umfasst insgesamt mindestens drei Jahre (kann zusätzlich in der entsprechenden Anzahl von ECTS-Punkten ausgedrückt werden) und besteht aus mindestens 4 600 Stunden theoretischer und klinisch-praktischer Ausbildung; die Dauer der theoretischen Ausbildung muss mindestens ein Drittel und die

¹⁰⁹ Vgl. Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 MPhG der PhysTh-AprV (unter B 2.).

¹¹⁰ S. dazu auch oben Abschnitt 3.4.2.

¹¹¹ S. jedoch die bisherigen Ausbildungsvorschriften im Anhang II zur Richtlinie 2005/36/EG, hierzu oben Abschnitt 3.3.1.4.2.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

der klinisch-praktischen Ausbildung mindestens die Hälfte der Mindestausbildungsdauer betragen. Ist ein Teil der Ausbildung im Rahmen anderer Ausbildungsgänge von mindestens gleichwertigem Niveau erworben worden, so können die Mitgliedstaaten den betreffenden Berufsangehörigen für Teilbereiche Befreiungen gewähren.

Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass die mit der Ausbildung der Krankenschwestern und Krankenpfleger betrauten Einrichtungen die Verantwortung dafür übernehmen, dass Theorie und Praxis für das gesamte Ausbildungsprogramm koordiniert werden.

Die Mindestvorgaben der Richtlinie werden in Deutschland durch § 1 Abs. 1 KrPflAPrV geregelt (theoretischer und praktischer Unterricht 2 100 Stunden, praktische Ausbildung 2 500 Stunden). Diese Mindestanforderungen, wie sie hier zum Ausdruck kommen, sind auch für die hochschulische Ausbildung einzuhalten. Die Hochschulen haben darüber hinaus gehend die Möglichkeit, zusätzliche Stunden anzusetzen. Damit hätten sie auch die Möglichkeit, hochschulspezifische Schwerpunkte/Wahlbereiche zu bilden. Für diese hochschulischen Schwerpunkte/Wahlbereiche könnten im Heilberufegesetz Zeiträume geschaffen werden, die von den einzelnen Hochschulen dann entsprechend ausgefüllt werden. Klarzustellen ist dabei, dass solche Schwerpunkte/Wahlbereiche nicht ersetzend für Bereiche des Pflichtkataloges wirken können.

3.5.2.2 Hebammen

Für die Ausbildung der Hebammen ist das Verhältnis von theoretischem und praktischem Unterricht und praktischer Ausbildung ebenfalls durch die Richtlinie 2005/36/EG (in der geänderten Version) vorgegeben (Art. 41 Abs. 1 Buchst. a):

(1) Die in Anhang·V Nummer·5.5.2 aufgeführten Ausbildungsnachweise der Hebamme werden nur dann nach Artikel·21 automatisch anerkannt, wenn sie eine der folgenden Ausbildungen abschließen:

a) eine mindestens dreijährige Hebammenausbildung auf Vollzeitbasis (kann zusätzlich in der entsprechenden Anzahl von ECTS-Punkten ausgedrückt werden), die aus mindestens 4 600·Stunden theoretischer und praktischer Ausbildung besteht, mit mindestens einem Drittel der Mindestausbildungsdauer in Form klinisch-praktischer Ausbildung;

(...).

3.5.2.3 Andere Berufe

Für die anderen im Modellvorhaben erfassten Berufe existieren für die Zahl der Ausbildungsstunden und für das Verhältnis des theoretischen und praktischen Unterrichts keine unionsrechtlichen Vorgaben.

3.5.3 Praktische Ausbildung

3.5.3.1 Pflege

3.5.3.1.1 Rechtsgrundlagen

Vorwegzuschicken ist, dass die Richtlinie 2005/36/EG sich nur auf die Ausbildung für Krankenschwestern und Krankenpfleger für die allgemeine Pflege bezieht, nicht auf die Altenpflege und auf die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

Die Gestaltung der praktischen Ausbildung für Krankenschwestern und Krankenpfleger für die allgemeine Pflege ist unionsrechtlich durch die Richtlinie 2005/36/EG in Art. 31 Abs. 5 (in der Fassung der Änderung durch die Richtlinie 2013/55/EU) und durch den Anhang 5.2.1 vorgegeben. Auch wenn die Richtlinie erst der Umsetzung bedarf, empfiehlt es sich, sie schon jetzt in Hinblick auf die künftige Gesetzgebung zur Kenntnis zu nehmen. Art. 31 Abs. 5 Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) lautet:

(5) Die klinisch-praktische Unterweisung ist der Teil der Krankenpflegeausbildung, in dem die Krankenpflegeschülerinnen und -schüler als Mitglied eines Pflgeteams und in unmittelbarem Kontakt mit Gesunden und Kranken und/oder im Gemeinwesen lernen, anhand ihrer erworbenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen die erforderliche umfassende Krankenpflege zu planen, durchzuführen und zu bewerten. Die Krankenpflegeschülerinnen und -schüler lernen nicht nur, als Mitglieder eines Pflgeteams tätig zu sein, sondern auch, ein Pflgeteam zu leiten und die umfassende Krankenpflege einschließlich der Gesundheitserziehung für Einzelpersonen und kleine Gruppen im Rahmen von Gesundheitseinrichtungen oder im Gemeinwesen zu organisieren.

Diese Unterweisung wird in Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen sowie im Gemeinwesen unter der Verantwortung des Krankenpflegelehrpersonals und in Zusammenarbeit mit anderen fachkundigen Krankenpflegern bzw. mit deren Unterstützung durchgeführt. Auch anderes fachkundiges Personal kann in diesen Unterricht mit einbezogen werden.

Die Krankenpflegeschülerinnen und Krankenpflegeschüler beteiligen sich an dem Arbeitsprozess der betreffenden Abteilungen, soweit diese Tätigkeiten zu ihrer Ausbildung beitragen und es ihnen ermöglichen, verantwortliches Handeln im Zusammenhang mit der Krankenpflege zu erlernen.

Zum Kompetenzerwerb im Rahmen der klinisch-praktischen Ausbildung wird in Art. 31 Abs. 6 Buchst. c) der Richtlinie 2005/36/EG Folgendes gesagt:

c) eine angemessene klinische Erfahrung; diese muss der Ausbildung dienen und unter der Aufsicht von qualifiziertem Krankenpflegepersonal an Orten erworben werden, die aufgrund ihrer Ausstattung und wegen des in ausreichender Anzahl vorhandenen Personals für die Krankenpflege geeignet sind;

Im Anhang V Nummer 5.2.1 der Richtlinie werden die Fachgebiete der praktischen Ausbildung wie folgt festgelegt:

B. Klinisch-praktische Ausbildung
– Krankenpflege auf folgenden Gebieten:

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- allgemeine Medizin und medizinische Fachgebiete
- allgemeine Chirurgie und chirurgische Fachgebiete
- Kinderpflege und Kinderheilkunde
- Wochen- und Säuglingspflege
- Geisteskrankenpflege und Psychiatrie
- Altenpflege und Alterskrankheiten
- Hauskrankenpflege.

Die Vorschriften der Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) zum Inhalt, Ort und der Art und Weise der praktischen Ausbildung sind eindeutig gefasst. Dies geht schon aus der Bezeichnung als „klinisch-praktische“ Ausbildung bzw. Unterweisung hervor.

Für Deutschland finden sich die entsprechenden Regelungen für die Orte der Ausbildung in § 4 Abs. 2 KrPflG, für die Gesamtverantwortung für die Organisation und Koordination des theoretischen und praktischen Unterrichts und der praktischen Ausbildung, die Praxisbegleitung und die Praxisanleitung in § 4 Abs. 5 KrPflG.

3.5.3.1.2 Praktische Ausbildung in hochschulischen Settings

Die Frage, welche Voraussetzungen ein hochschulisches Setting erfüllen muss, um diese Kriterien oder einige dieser Kriterien zu erfüllen, ist unter dem Blickwinkel der Ziele zu sehen, die mit der klinisch-praktischen Ausbildung¹¹² verfolgt werden. Diese Ziele kann man so verstehen, dass auf jeden Fall der direkte Patientenkontakt, die Zusammenarbeit im Team, die Ausübung von Leitungsfunktionen und die Organisation des Pflegeprozesses vor Ort gewährleistet sein sollen. In Art. 31 Abs. 5 Unterabs. 2 der Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) sind die Ausbildungsorte klar definiert: Krankenhäuser, andere Gesundheitseinrichtungen sowie im Gemeinwesen. Mit diesen Orten sind außerhochschulische Orte für die klinisch-praktische Ausbildung gemeint. Es ist jedoch vorstellbar, dass diejenigen Teile einer praktischen Ausbildung, die an den außerhochschulischen Orten stattfinden sollen, die aber nicht wesentlicher Bestandteil der außerhochschulischen Ausbildung sind, auch in hochschulischen Settings unterrichtet werden können. Entscheidend ist jedoch, dass eine vollständige Ersetzung der in Art. 31 Abs. 5 Unterabs. 2 der Richtlinie 2005/36/EG genannten Orte durch hochschulische Settings nicht möglich ist. Vielmehr wird die praktische Ausbildung im hochschulischen Setting eher die Ausnahme darstellen müssen.¹¹³ Eine solche Ausbildung muss immer praxisnah sein. Die Vorschrift zum Kompetenzerwerb im Rahmen der klinisch-praktischen Ausbil-

¹¹² Zum Begriff der praktischen Ausbildung in der Richtlinie 2005/36/EG s. oben Abschnitt 3.4.2.1.2.

¹¹³ Ein Verweis auf die praktische Ausbildung bei Ärzten, die überwiegend im hochschulischen Setting stattfindet, verhilft hier nicht. Art. 24 Abs. 2 der Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) besagt hierzu Folgendes:

(2) Die ärztliche Grundausbildung umfasst mindestens fünf Jahre (kann zusätzlich in der entsprechenden Anzahl von ECTS-Punkten ausgedrückt werden) und besteht aus mindestens 5 500 Stunden theoretischer und praktischer Ausbildung an einer Universität oder unter Aufsicht einer Universität.

derung verstärkt dies noch einmal in Hinblick auf die Personen, die für die Ausbildung verantwortlich sind. Die angemessene klinische Erfahrung muss unter der Aufsicht von qualifiziertem Krankenpflegepersonal an Orten erworben werden, die aufgrund ihrer Ausstattung und wegen des in ausreichender Anzahl vorhandenen Personals für die Krankenpflege geeignet sind (Art. 31 Abs. 6 Buchst. c) der Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung).

Damit ist unionsrechtlich auch die Frage geklärt, ob die praktische Ausbildung in einem hochschulischen Setting auch in Skills Labs stattfinden kann. Unionsrechtlich ist das nur denkbar zur Vorbereitung auf die praktische Ausbildung. Die praktische Ausbildung selbst kann nicht in Skills Labs stattfinden.

3.5.3.1.3 Praktische Ausbildung im Rahmen ambulanter Praxiseinsätze

Eine weitere Frage ist, ob die Voraussetzungen der praktischen Ausbildung auch durch ambulante Praxiseinsätze erfüllt werden können. Hierfür enthält die Richtlinie mit dem Verweis auf andere Gesundheitseinrichtungen als Krankenhäuser und auf das Gemeinwesen durchaus Öffnungsmöglichkeiten. Der Begriff der Gesundheitseinrichtungen ist in der Vorschrift über die Begriffsbestimmungen nicht definiert (vgl. Art. 3 Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung). Er ist weit zu verstehen. Eine praktische Unterweisung im Rahmen eines ambulanten Pflegedienstes ist demnach möglich. Dafür spricht auch, dass in Anhang V Nummer 5.2.1 die Altenpflege und die Hauskrankenpflege als Fachgebiete aufgeführt sind. Die klinisch-praktische Ausbildung muss sich demnach auch auf diese Gebiete erstrecken. Ob hierfür auch auf das Gemeinwesen als Ausbildungsort zurückgegriffen werden muss, kann deshalb dahingestellt bleiben. Hierunter wird vor allem die Tätigkeit in präventiven Settings und die gesundheitspolizeiliche Tätigkeit zu verstehen sein.

3.5.3.1.4 Verantwortlichkeit für die Auswahl der Praxisorte

Art. 31 Abs. 3 Unterabs. 2 der Richtlinie 2005/36/EG (in der geänderten Fassung) äußert sich nicht speziell zur Verantwortlichkeit der Auswahl für die Praxisorte, gibt jedoch einen Hinweis auf die Verantwortlichkeit der Koordinierung von Theorie und Praxis durch die ausbildende Einrichtung:

Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass die mit der Ausbildung der Krankenschwestern und Krankenpfleger betrauten Einrichtungen die Verantwortung dafür übernehmen, dass Theorie und Praxis für das gesamte Ausbildungsprogramm koordiniert werden.

Aus dieser Vorschrift kann entnommen werden, dass die Verantwortlichkeit für die Koordinierung von theoretischer und praktischer Ausbildung auch voraussetzt, dass die Praxisorte mit Blick auf diese Verantwortlichkeit ausgewählt werden. Im deutschen (Bundes-)Recht ist für die Krankenpflege die Verantwortlichkeit so geregelt, dass die Schulen, in Modellvorhaben die Hochschulen, die Gesamtverantwortlichkeit für die Organisation und Koordination des theoretischen und praktischen Unterrichts und der praktischen Ausbildung haben (§ 4 Abs. 5 KrPflG). Für die Altenpflege gilt grundsätzlich das Gleiche. Allerdings kann das Landesrecht davon abweichen (§ 4 Abs. 4 AltPflG).

Wie schon für die Modellvorhaben vorgesehen sollte auch künftig bei einer hochschulischen Ausbildung die Verantwortlichkeit für die Auswahl der Praxisorte bei den Hochschulen liegen.

3.5.3.1.5 Qualifikation der an der praktischen Ausbildung Beteiligten (Praxisanleiter und Praxisbegleiter)

Die Qualifikation der *Praxisanleiter* in der Alten- und in der Krankenpflege sieht eine berufspädagogische Zusatzqualifikation vor, bei der Altenpflege zu leisten als Fort- oder Weiterbildung (§ 2 Abs. 2 Satz AltPflAPrV), bei der Krankenpflege als 200-stündige Zusatzqualifikation (§ 2 Abs. 2 Satz 4 KrPflAPrV). Generell besteht im Rahmen einer hochschulischen Ausbildung ein Interesse daran, dass die Praxisanleitung qualifiziert stattfindet.¹¹⁴ Eine hochschulische Qualifikation sollte hierfür aber nicht gefordert werden.¹¹⁵ Die jetzige Situation bringt eine große Verantwortung für die Hochschulen mit sich, die Praxisanleitungen zu qualifizieren, damit die Qualität des Studiums gewährleistet werden kann.¹¹⁶ Aus diesem Grunde sollte eine gesetzliche Regelung in Betracht gezogen werden, wonach die Hochschulen in Kooperation mit den Praxiseinrichtungen eingehen sollen, um gemeinsam mit den Praxiseinrichtungen für eine entsprechende Qualifikation der praxisanleitenden Personen Sorge tragen zu können.

In der Frage der *Praxisbegleitung* stellt sich die Frage der Qualifikation der entsprechenden Personen anders. Hier sind die Hochschulen direkt für die Qualifikation verantwortlich. Abgesehen von möglichen Übergangsregelungen sollte hier als Grundsatz die hochschulische Qualifikation und die Absolvierung der entsprechenden staatlichen Heilberufsprüfung gelten.

3.5.3.1.6 Sicherung der Kapazität an praktischen Ausbildungsplätzen

Die Sicherung der Kapazität an praktischen Ausbildungsplätzen ist keine Angelegenheit des Beruferechts. Eine solche Sicherstellung hat stattzufinden im Regelungszusammenhang der praktischen (Krankenpflege-)Ausbildungseinrichtungen, d.h. im Rahmen der Krankenhausfinanzierung und der Krankenhausplanung. In Nordrhein-Westfalen spiegelt sich diese Kapazitätssicherung im „Planungsgrundsatz Ausbildungskapazitäten“ des Krankenhausplanes NRW 2015.¹¹⁷

Für die Zukunft empfiehlt es sich, die für die schulische und hochschulische Ausbildung zur Verfügung stehende Zahl der Ausbildungsplätze im Krankenhausplan getrennt auszuweisen.

3.5.3.2 Hebammen/Entbindungspfleger

3.5.3.2.1 Rechtsgrundlagen

Die Gestaltung der praktischen Ausbildung für Hebammen ist unionsrechtlich durch die Richtlinie 2005/36/EG in Art. 31 Abs. 3 Buchstabe d) (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten

¹¹⁴ So für die Krankenpflege Stöcker, 2014.

¹¹⁵ Zur gegenwärtigen Praxis bei den Modellvorhaben s. Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen. Katholische Stiftungsfachhochschule München, Dezember 2013 S. 72 ff.)

¹¹⁶ Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen. Katholische Stiftungsfachhochschule München, Dezember 2013 S. 30.

¹¹⁷ Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, 2013, S. 115.

Fassung) und durch den Anhang 5.5.1 vorgegeben. Auch wenn die Richtlinie wie bei der allgemeinen Krankenpflege erst der Umsetzung bedarf, empfiehlt es sich, sie schon jetzt in Hinblick auf die künftige Gesetzgebung zur Kenntnis zu nehmen.

Die Regelungstechnik für die Festlegung der Ausbildungsinhalte gestaltet sich anders als bei der allgemeinen Krankenpflege. So wird in der Richtlinie nicht direkt auf die klinisch-praktische Ausbildung Bezug genommen. Dies geschieht erst in dem Anhang 5.5.1 zur Richtlinie. Zur klinisch-praktischen Ausbildung wird im Richtlinien-text nur Folgendes gesagt (Art. 40 Abs. 3 Buchst d)):

(3) Die Ausbildung der Hebamme muss sicherstellen, dass der betreffende Berufsangehörige folgende Kenntnisse und Fähigkeiten erwirbt:

(...)

d) angemessene, in anerkannten Einrichtungen erworbene klinische Erfahrung, durch die die Hebamme in der Lage ist, unabhängig und in eigener Verantwortung in dem nötigen Umfang und mit Ausnahme von pathologischen Situationen vorgeburtliche Gesundheitsfürsorge zu leisten, die Entbindung und die Folgemaßnahmen in anerkannten Einrichtungen durchzuführen sowie die Wehen und die Geburt, die nachgeburtliche Gesundheitsfürsorge und die Wiederbelebung von Neugeborenen bis zum Eintreffen eines Arztes zu überwachen;

(...).

In Anhang 5.5.1 zur Richtlinie 2005/36/EG werden dann unter B. die entsprechenden Hinweise zur praktischen und klinischen Ausbildung gegeben.¹¹⁸

In Deutschland finden Unterricht und praktische Ausbildung in staatlich anerkannten Hebammenschulen an Krankenhäusern statt (§ 6 Abs. 1 Satz 3 HebG). Teile der praktischen Ausbildung sollen auch außerklinisch stattfinden (§ 6 Abs. 2 Satz 2 HebG).

3.5.3.2.2 Praktische Ausbildung in hochschulischen Settings

Die in Anhang 5.5.1 zur Richtlinie 2005/36/EG aufgestellten Anforderungen an die praktische und klinische Ausbildung sind einzuhalten. Es ist nicht ersichtlich, dass hiervon speziell für die hochschulische Ausbildung abgewichen werden kann.

Für die Modellvorhaben hochschulischer Ausbildung ist von den Hochschulen zu gewährleisten, dass die praktische Ausbildung im Rahmen von Kooperationsverträgen mit Krankenhäusern sichergestellt wird (§ 6 Abs. 3 Satz 4 HebG). Das gilt gemäß § 6 Abs. 2 Satz 2 HebG auch in Richtung auf außerklinische Einrichtungen und freiberuflich tätige Hebammen. Eine solche Sicherstellungspflicht wird auch in Zukunft bei hochschulischer Ausbildung normiert werden müssen.

3.5.3.2.3 Verantwortlichkeit für die Auswahl der Praxisorte

Die Verantwortlichkeit für die Auswahl der Praxisorte ist in Art. 40 Abs. 1 Unterabs. 2 der Richtlinie 2005/36/EG den Ausbildungseinrichtungen zugewiesen:

¹¹⁸ Text des Anhangs s. unten Abschnitt 9.1.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass die mit der Ausbildung der Hebammen betrauten Einrichtungen die Verantwortung dafür übernehmen, dass Theorie und Praxis für das gesamte Ausbildungsprogramm koordiniert werden.

Zur Koordinierung zwischen theoretischem und fachlichem Unterricht sagt Anhang 5.5.1 Folgendes:

Der theoretische und fachliche Unterricht (Teil A des Ausbildungsprogramms) und der praktische Unterricht (Teil B des Programms) müssen so ausgewogen und koordiniert sein, dass die betreffende Person die Möglichkeit hat, die in diesem Anhang genannten Kenntnisse und Fähigkeiten in angemessener Weise zu erwerben.

Speziell zur praktischen Ausbildung der Hebammen wird dort weiter gefordert:

Die praktische Ausbildung der Hebamme (Teil B des Ausbildungsprogramms) erfolgt unter der Kontrolle der zuständigen Behörde oder Einrichtung in den entsprechenden Abteilungen der Krankenhäuser oder in anderen zugelassenen Gesundheitseinrichtungen. Im Laufe ihrer Ausbildung nehmen die Hebammenschülerinnen insoweit an diesen Tätigkeiten teil, als diese zu ihrer Ausbildung beitragen, und werden in die Verantwortung, die die Tätigkeit der Hebamme mit sich bringt, eingeführt.

3.5.3.2.4 Qualifikation der an der praktischen Ausbildung Beteiligten (Praxisanleiter und Lehrende)

Die Anforderungen an die Qualifikation der an der praktischen Ausbildung Beteiligten sind in § 6 Abs. 2 HebG festgelegt.

3.5.3.3 Andere Berufe

Für die anderen Heilberufe im Modellvorhaben existieren keine unionsrechtlichen Vorschriften zur praktischen Ausbildung.

Zu den Vorstellungen der Modellträger s. oben Abschnitt 3.4.3.2.

3.5.4 Dauer der Ausbildung

3.5.4.1 Allgemeines

Bei der Dauer der Ausbildung sind folgende Fragen von Bedeutung:

- der äußere zeitliche Rahmen für die Dauer der Ausbildung und die Gesamtdauer der Ausbildung;
- die Anrechnung von Fehlzeiten;
- die Zahl der Unterrichtsstunden insgesamt und für bestimmte Ausbildungsteile.

Im Folgenden wird nur auf den äußeren zeitlichen Rahmen für die Dauer der Ausbildung und die Anrechnung von Fehlzeiten eingegangen. Die Zahl der Unterrichtsstunden und die Verteilung der

Unterrichtsstunden auf bestimmte Ausbildungsteile ist bereits im Zusammenhang mit der Festlegung der Ausbildungsgegenstände behandelt worden.¹¹⁹

Festzuhalten ist, dass die Frage der Ausbildungsdauer abgesehen von den unionsrechtlichen Vorgaben für die Ausbildung von Hebammen und in der allgemeinen Krankenpflege rechtlich nur insofern von Interesse ist, dass auf der einen Seite hochschulische Maßgaben im Zusammenhang mit den Bachelor-Studiengängen und im Zusammenhang mit der Vergabe von Credit Points nach ECTS zu berücksichtigen sind, und auf der anderen Seite die Fehlzeitenanrechnung mit Blick auf die Berufsausbildungsfreiheit zu gestalten ist.

Von besonderem rechtlichem Interesse ist hingegen die Frage, inwieweit sich eine unterschiedliche Gestaltung von Ausbildungsdauer und Anrechnung von Fehlzeiten im Verhältnis zu einer weiterhin bestehenden schulischen Ausbildung darstellt, die ebenfalls einer bestimmte Heilberufsbezeichnungserlaubnis zu führen. Hier ist insbesondere die Dimension der Gleichbehandlung von Lernenden in unterschiedlichen Ausbildungssettings angesprochen. Als Grundsatz kann hier festgehalten werden, dass für eine mögliche Ungleichbehandlung eine sachliche Rechtfertigung gegeben sein muss. Eine solche sachliche Rechtfertigung kann zwar in den grundsätzlich unterschiedlichen Gegebenheiten der verschiedenen Ausbildungsorte gefunden werden. Trotzdem enthebt dies nicht einer sorgfältigen, anhand des Gleichbehandlungsgrundsatzes (Art. 3 Abs. 1 GG) zu unternehmenden rechtlichen Prüfung, ob der andere Ausbildungsort von Hause aus eine Ungleichbehandlung zwischen schulischer und hochschulischer bedingt oder bedingen muss. Bei der Einschätzung, ob dies so ist, hat der Gesetzgeber einen gewissen Spielraum.

3.5.4.2 Äußerer zeitlicher Rahmen und Gesamtdauer der Ausbildung

Die Frage, für welche Studiendauer ein Studiengang regelhaft angelegt ist, ist zu unterscheiden von der Frage nach der zulässigen Gesamtdauer eines Studiums.

Es ist ein Merkmal hochschulischer Ausbildung, die Gesamtdauer der Ausbildung flexibel zu gestalten. Anders als bei einer schulischen Ausbildung, bei der die Ausbildungsziele innerhalb eines vorgegebenen Zeitraums zu erreichen sind und dies mit einer abschließenden Prüfung zu belegen ist, kommt es bei einer hochschulischen Ausbildung grundsätzlich nur auf das Ergebnis und nicht auf den Zeitraum an, innerhalb dessen das Ergebnis erreicht worden ist.

Nach der gegenwärtigen hochschulischen Praxis muss grundsätzlich eine bestimmte Anzahl an Credit Points (CP) erzielt werden, um die Bachelorabschlussarbeit anmelden zu können. Diese Credit Points müssen nicht in einer bestimmten Zeit erzielt werden. Allerdings wird den Studierenden eine für jedes Semester das Erreichen einer bestimmten CP-Anzahl geraten, um das Studium in der üblichen Semesteranzahl zu absolvieren zu können.

Zugrunde gelegt wird dabei die Annahme, dass pro Semester 30 CP im Rahmen des ECTS zu erwerben sind, und dass 210 CP für den Abschluss der Studiengänge erforderlich sind. Dies führt zu einer Studiendauer von sieben Semestern.

¹¹⁹ S. oben Abschnitt 3.4.

Die Modellträger sprechen sich überwiegend für eine Verlängerung der Ausbildungsdauer aus. Die Gründe hierfür liegen vor allem im Einbezug der praktischen Ausbildung. In der Pflege und Hebammenkunde führt der hohe Praxisanteil zu acht Semestern, der aber dennoch mit nur 210 ECTS versehen ist. Aber auch im theoretischen Unterricht sind andere Inhalte zu vermitteln, weil das wissenschaftliche Denken zu einer Erweiterung der Inhalte führt. Für die Logopädie wird vorgebracht, dass ein Studium von acht Semestern wünschenswert wäre.

Aus Gründen der Gleichbehandlung von schulischer und hochschulischer Ausbildung spricht nichts gegen eine Verlängerung des regelhaften Studienzeitraumes und der Flexibilisierung der Gesamtdauer eines Hochschulstudiums. Die Besonderheiten des hochschulischen Studiums reichen hier als Rechtfertigung für eine anders gestaltete Regelung hin.

3.5.4.3 Fehlzeiten – Unterbrechung der Ausbildung

Die Heilberufesetze enthalten Vorschriften zum Umgang mit Fehlzeiten und ihrer Anrechnung auf Ausbildungszeiten.¹²⁰ Die Anrechnung von Fehlzeiten und ihre Anrechnung auf die Ausbildungsdauer sollte aus Gleichbehandlungsgründen für die hochschulische und schulische Ausbildung dann in den Heilberufesetzen geregelt werden, wenn die Dauer des hochschulischen Studiums ähnlich wie die der schulischen Ausbildung begrenzt ist. Sollten sich hochschulische Besonderheiten ergeben, können entsprechende Öffnungsklauseln für hochschulische Regelungen vorgesehen werden.

Im Vergleich zur ärztlichen Ausbildung ist festzustellen, dass dort keine heilberufsrechtlichen Vorgaben für die Anrechnung von Fehlzeiten zu finden sind. Das bedeutet, dass diese Regelung den Hochschulen überlassen ist. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass bei der ärztlichen Ausbildung keine Parallelität von schulischer und hochschulischer Ausbildung gegeben ist. Aus diesem Grund kann eine Gleichbehandlungsproblematik nur im Verhältnis zu den jeweiligen hochschulischen Ausbildungen, nicht aber im Verhältnis zu einer schulischen Ausbildung gegeben sein.

Seitens der Modellträger wird insgesamt für eine Flexibilisierung der Studiendauer mit Unterbrechungsmöglichkeiten plädiert. Allerdings wird auch auf die Problematik der Unterbrechungen im Verhältnis zur praktischen Ausbildung hingewiesen.

3.5.5 Anwesenheits-/Teilnahmepflichten

Anwesenheits- und Teilnahmepflichten sind in der hochschulischen Ausbildung die Ausnahme. Bei der Ausbildung von Heilberufen kann sich dies jedoch anders darstellen. Dabei ist zu differenzieren: Die Teilnahme an der praktischen Ausbildung ist grundsätzlich nur durch Präsenz möglich. Der Nachweis der Teilnahme ist dann unabdingbar. Anderes kann gelten für die Teilnahme am theoretischen und praktischen Unterricht. Im Folgenden soll es nur um die Teilnahme am theoretischen und praktischen Unterricht gehen.

¹²⁰ § 7 KrPflG; § 8 AltPflG; § 4 Abs. 3 ErgThG; § 6 Abs. 1 MPhG; § 9 HebG; § 4 Abs. 3 LogopG.

3.5.5.1 Heilberuferecht

Die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen der Heilberufe im Modellvorhaben erheben die „regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme an Ausbildungsveranstaltungen“ zur Voraussetzung für die Zulassung zur Prüfung.¹²¹ Obwohl es sich hier um eine prüfungsrechtliche Voraussetzung handelt, wirkt diese Voraussetzung auch in die Organisation der Lehre an den Hochschulen insofern hinein, als damit Kontrollen der Teilnahme und des Teilnahmeerfolges zu organisieren sind.

Die Zulassungsvoraussetzung der regelmäßigen und erfolgreichen Teilnahme an Ausbildungsveranstaltungen ist bisher nur sehr vereinzelt Gegenstand der Rechtsprechung gewesen, soweit man dies nach der veröffentlichten Rechtsprechung beurteilen kann.¹²² In der Kommentarliteratur¹²³ wird auf dieses Erfordernis jedoch inhaltlich und rechtlich eingegangen.

3.5.5.2 Hochschulrecht

Die Teilnahme an Ausbildungsveranstaltungen der Hochschulen ist grundsätzlich freiwillig. Zwar ist dies – soweit ersichtlich – nirgendwo als Rechtsgrundsatz oder als Vorschrift festgelegt. Aber die Freiwilligkeit der Teilnahme am Unterricht ist Ausdruck für das Verständnis eines Bildungsabschnittes, der auf die selbstbestimmte Organisation der Teilnehmenden setzt, vor allem auch unter dem Aspekt, dass es um das Erreichen eines berufsqualifizierenden Abschlusses geht.

3.5.5.3 Unionsrecht

Angaben für die Zahl der Ausbildungsstunden und ihre Verteilung auf den theoretischen und praktischen Unterricht liegen in der Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) nur für die schulische wie die hochschulische Ausbildung der Krankenschwestern und Krankenpfleger der allgemeinen Pflege (Art. 31 Abs. 3) und der Hebammen (Art. 41 Abs. 1) vor. Für die anderen Heilberufe existieren solche Angaben nicht. In der Richtlinie sind keine Hinweise dafür gegeben, dass die Teilnahme am Unterricht freiwillig ist. Es handelt sich damit um Pflichtstunden, die auch belegt sein müssen. In den Heilberufegesetzen

¹²¹ Altenpflege: Jahreszeugnisse und Teilnahmebescheinigungen (§ 3 AltPflAPrV), Zulassungsvoraussetzung (§ 8 Abs. 2 Nr. 2 AltPflAPrV); Krankenpflege: Teilnahmebescheinigung (§ 1 Abs. 4 KrPflAPrV), Zulassungsvoraussetzung (§ 5 Abs. 2 Nr. 2 KrPflAPrV); Ergotherapeuten: Teilnahmebescheinigung (§ 1 Abs. 3 ErgThAPrV), Zulassungsvoraussetzung (§ 4 Abs. 2 Nr. 2 ErgThAPrV); Physiotherapeuten: Teilnahmebescheinigung (§ 1 Abs. 4 PhysTh-APrV), Zulassungsvoraussetzung (§ 4 Abs. 2 Nr. 2 PhysTh-APrV); Logopäden: Teilnahmebescheinigung (§ 1 Abs. 2 LogAPrO), Zulassungsvoraussetzung (§ 4 Abs. 2 Nr. 2 LogAPrO); Hebammen: Teilnahmebescheinigung (§ 1 Abs. 4 HebAPrV), Zulassungsvoraussetzung (§ 4 Abs. 2 Nr. 2 HebAPrV).

¹²² Beschluss des VGH Baden-Württemberg vom 8.7.1996, Az. 9 S. 1849/96, PflegeR 1998, 238.

¹²³ Igl, 2011 ff., unter 80.2. MTA-APrV, § 1, Rn. 7, zur rechtlichen Gestaltungsfreiheit der Ausbildungsträger; ebenso Dielmann, 2013, S. 188 f. Bei Storsberg, et al., 2006, S. 130, heißt es zum Begriff „regelmäßig“: „Dabei ist die Voraussetzung der Regelmäßigkeit im Allgemeinen erfüllt, wenn normale Fehlzeiten nicht oder nur unwesentlich überschritten sind und eine Kontinuität bei der Teilnahme an den Ausbildungsveranstaltungen erkennbar ist“. Zum Begriff „erfolgreich“ heißt es: „Erfolgreich ist die Teilnahme, wenn die zu beobachtenden Leistungen der Schülerin oder des Schülers ihre oder seine grundsätzliche Eignung für den angestrebten Beruf erkennen und das Bestehen der Prüfung erwarten lassen.“

werden diese Vorgaben in der Prüfungszulassungsvoraussetzung der „regelmäßigen und erfolgreichen Teilnahme“ umgesetzt, wobei diese Anforderung für alle Heilberufe im Modellvorhaben gilt.

Damit ist unionsrechtlich für die Krankenschwestern und Krankenpfleger der allgemeinen Pflege und die Hebammen eindeutig, dass die angegebenen Ausbildungsstunden (4 600) Pflichtstunden sind. Die Richtlinie 2005/36/EG enthält auch in ihrer durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung keinen Hinweis, ob für diese Stunden Anwesenheits-/Teilnahmepflicht besteht. Für die bisherige Situation der heilberuflichen Ausbildung hat nicht in Frage gestanden, dass damit Präsenzzeiten gemeint sind. Dies ist auch in den Heilberufegesetzen entsprechend umgesetzt worden.

Ein Vergleich mit der an Universitäten stattfindenden ärztlichen Ausbildung zeigt, dass die Stundenvorgaben der Richtlinie 2005/36/EG für Ärzte nicht so verstanden werden, dass für alle Unterrichtseinheiten Präsenz vorgeschrieben ist. Nur bei bestimmten Ausbildungseinheiten, so vor allem bei den praktischen Übungen, ist Präsenz vorgesehen (vgl. § 2 Abs. 7 ÄApprO).

Der Bundesgesetzgeber kann demnach unter Beachtung des Unionsrechts für bestimmte Ausbildungseinheiten Präsenz fordern, was insbesondere für die praktische Ausbildung gilt. Für den theoretischen und praktischen Unterricht wird die erfolgreiche Teilnahme durch das Ablegen der Modulprüfungen belegt.

3.5.5.4 Gründe für Anwesenheits-/Teilnahmepflichten

Der hochschulrechtliche Grundsatz der Freiwilligkeit der Teilnahme an Ausbildungsveranstaltungen wird dann indirekt eingeschränkt, wenn die Teilnahme und/oder der Erfolg der Teilnahme an Veranstaltungen als Voraussetzung für die Absolvierung weiterer Studienabschnitte oder als Voraussetzung für die Zulassung zu Prüfungen erhoben werden. Damit erhebt sich die Frage, welche Funktion eine solche Voraussetzung hat.

Man könnte durchaus den Standpunkt vertreten, dass die Qualifikation eines Studierenden nur an den jeweiligen Abschlussleistungen gemessen werden soll und dass es damit auf die Teilnahme nicht ankommt. Dabei können diese Abschlussleistungen jeweils bestimmte Studienabschnitte beenden, oder sie können (auch zusätzlich) am Ende des Studiums stehen. In den modularisierten Bachelor-Studiengängen finden sich beide Arten von abschließenden Leistungen, so der Erwerb von Leistungspunkten beim Abschluss bestimmter Module und die Anfertigung einer Abschlussarbeit. Auch bei Staatsprüfungen ist eine solche Vorgehensweise möglich, wie die ÄApprO zeigt.

Damit kann gesagt werden, dass der Erfolg einer Teilnahme durch Absolvierung einer Prüfung nicht nur am Ende des Studiums, sondern auch interkurrierend durch eine Prüfung nach bestimmten Studienabschnitten gemessen werden kann.

Die weitere Frage ist, wie es sich hochschul- und heilberuferechtlich bei der Frage des Nachweises einer Teilnahme bzw. einer regelmäßigen Teilnahme verhält. Der reine Teilnahmenachweis kann verschiedene Funktionen haben. Geht es nur um die Teilnahme als solche, kann dies ein

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

zusätzliches qualifikationsförderndes Moment im Sinne einer Sicherung des Ausbildungsziels sein.

Die Erhebung einer regelmäßigen Teilnahme zur Zulassungsvoraussetzung für eine Prüfung mag darüber hinaus auch einem Effizienzkriterium folgen, denn die Organisation und Durchführung von Prüfungen ist zeit-, organisations-, kosten- und personalaufwändig. Deshalb sollen an Prüfungen nur solche Kandidaten teilnehmen, bei denen man aufgrund der regelmäßigen Teilnahme am Unterricht davon ausgehen kann, dass sie den Prüfungsanforderungen gewachsen sind. Dieses Argument zieht aber dann nicht mehr, wenn diese Kandidaten gehalten sind, den Erfolg ihrer Teilnahme durch einen Erfolgsnachweis zu belegen. Dann verbliebe nur noch das Argument, dass die regelmäßige Teilnahme ein zusätzliches qualifikationsförderndes Element in der Ausbildung darstellt.

Unabhängig davon kann festgehalten werden, dass das Erfordernis eines Teilnahmenachweises selbst in den Bachelor-Studiengängen nicht unüblich ist. In den Rahmenvorgaben für die Einführung von Leistungspunktsystemen und die Modularisierung von Studiengängen¹²⁴ wird unter 2. e) auf die Möglichkeit von Teilnahmenachweisen Bezug genommen:

„e) Voraussetzungen für die Vergabe von Leistungspunkten

Die Voraussetzungen für die Vergabe von Leistungspunkten (insbesondere: Prüfungen, Teilnahmenachweise ...) sollen beschrieben sein. Insbesondere sind Prüfungsart (z. B. mündliche oder schriftliche Prüfung, Vortrag, Hausarbeit ...) sowie Umfang und Dauer der Prüfung festzulegen. Möglichkeiten der Kompensation sind in der Prüfungsordnung zu regeln.“

Zusammenfassend kann zum Erfordernis der regelmäßigen und erfolgreichen Teilnahme als Voraussetzung für die Zulassung zur Prüfung in Hinblick auf das Kriterium der Regelmäßigkeit der Teilnahme gesagt werden, dass „regelmäßig“ nicht „ausnahmslos“ oder „durchgehend“ bedeutet. Die Hochschulen haben, wie schon die Schulen nach den heilberuferechlichen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen, die Zuständigkeit für die Bestimmung dieses Begriffes. Dies gilt auch für die Erfolgskontrolle, die in den Hochschulen durch Leistungskontrollen vorgenommen wird.

Im Leitfaden des MGEPA zur Durchführung der staatlichen Prüfungen im Rahmen der Umsetzung von Modellvorhaben wird der Hinweis gegeben, dass die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme von den Modellträgern, auch bei Beteiligung von Fachschulen an der Ausbildung, nachzuweisen ist und dass der Nachweis darüber als schriftliche Versicherung der Hochschulen von den Prüfungsbehörden akzeptiert wird.¹²⁵ Mit dieser Verwaltungspraxis wird den Anliegen des staatlichen Prüfungsrechts ebenso Rechnung getragen wie der Gestaltung der hochschulischen Organisation der Ausbildung. In den Modellvorhaben hat das Erfordernis der regelmäßigen und erfolgreichen Teilnahme keine rechtlichen Konfliktlagen im Verhältnis zwischen Heilberuferecht und Hochschulausbildungsrecht ergeben.

¹²⁴ Anlage zu den Ländergemeinsamen Strukturvorgaben für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen (wie Fn. 95).

¹²⁵ MGEPA, Leitfaden zur Durchführung der staatlichen Prüfungen im Rahmen der Umsetzung der Modellvorhaben, Februar 2010.

3.5.5.5 Künftige Gestaltung von Anwesenheits-/Teilnahmepflichten

Für die künftige Gestaltung der Voraussetzung einer regelmäßigen und erfolgreichen Teilnahme an den entsprechenden Ausbildungsveranstaltungen könnte – abgesehen von der praktischen Ausbildung – ein Verzicht auf das Kriterium der regelmäßigen Teilnahme erwogen werden, wenn unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung im Sinne der Erfolgskontrolle der Nachweis einer erfolgreichen Teilnahme ausreicht. Dies gilt aber nur für einen modularisierten Unterricht mit Modulprüfungen als Leistungskontrollen.

Da der Nachweis der regelmäßigen und erfolgreichen Teilnahme ebenso wie die Anrechnung von Fehlzeiten für die Prüfungszulassung relevant wird, ist hier auf Gleichbehandlung der Prüflinge der hochschulischen und der schulischen Ausbildung zu achten. Diese Gleichbehandlung kann sich gesetzgeberisch folgendermaßen gestalten:

- Im Recht der Heilberufe wird auf den Nachweis der *regelmäßigen* Teilnahme als Prüfungszulassungsvoraussetzung verzichtet.
- Heilberuferechtlich wie hochschulrechtlich soll der Nachweis der *erfolgreichen* Teilnahme an der Ausbildung bzw. an bestimmten Ausbildungsabschnitten im Sinne einer Prüfungszulassungsvoraussetzung an das Absolvieren bestimmter Erfolgskontrollen geknüpft sein. Die Möglichkeit der Einrichtung solcher Erfolgskontrollen ist für Schulen wie für Hochschulen zu geben. Für die Hochschulen entspricht dies dem Konzept der modularen Ausbildung in den Bachelorstudiengängen. Ob und inwieweit ein Interesse der Schulen besteht, die Ausbildung in Rahmen modularer Konzepte zu gestalten, kann von hier aus nicht beurteilt werden. Dabei ist zu bedenken, dass im KrPflG und im NotSanG durch die Vorgabe von Themenbereichen eine modulare Organisation der Ausbildung gefördert wird.

Eine andere Situation ist für die Berufe gegeben, deren Stundenvorgaben für die Ausbildung unionsrechtlich vorgegeben sind (Krankenpflege; Hebammen). In der Richtlinie 2005/36/EG wird auch für den theoretischen Teil beim Ausbildungsprogramm von Unterricht¹²⁶ gesprochen.¹²⁷ Diese Wortwahl deutet darauf hin, dass Selbstlernzeiten nicht als Unterricht verstanden werden können. Damit ergibt sich ein Widerspruch zur Anlage eines Bachelorstudiums, in dem auch Selbstlernzeiten als Studienzeiten gelten, für die Credit Points vergeben werden. Aus diesem Grund kann einem Gesetzgeber, der auch Selbstlernzeiten als Ausbildungszeiten gestaltet wissen will, nur eine gewisse Zurückhaltung bei einer solchen Anerkennung angeraten werden.

¹²⁶ In der englischsprachigen Version der Richtlinie wird von "instruction" gesprochen.

¹²⁷ Richtlinie 2005/36/EG, Anhang V Nummer 5.2.1 und 5.5.1.

3.6 Studierendenstatus ./ Ausbildungsverhältnis

3.6.1 Notwendigkeit einer grundsätzlichen Entscheidung?

Die Entscheidung in der Frage, ob in einer hochschulischen Ausbildung den Studierenden neben ihrem Studierendenstatus auch ein Ausbildungsstatus, ggf. beschränkt auf die Zeiten der praktischen Ausbildung, zukommen soll, erhebt sich vor allem aus zwei Gründen: Der Zahlung einer Ausbildungsvergütung bei einigen Heilberufen, und der Leistung einer wirtschaftlich verwertbaren Tätigkeit in einer Einrichtung während der praktischen Ausbildung. Weiter sind haftungsrechtliche und sozialversicherungsrechtliche Fragen damit verbunden.

Eine weitere Frage ist, ob die Ausbildung Hochschulrechtlich im Sinne der Einrichtung dualer Studiengänge geregelt werden soll.¹²⁸ In Nordrhein-Westfalen haben duale Studiengänge (Verbundstudium) vor allem im technischen Bereich Tradition.¹²⁹ Die Einrichtung eines solchen Verbundstudiums für die Heilberufe im Modellvorhaben ist jedoch nicht geplant.

Neben diesen eher hochschul-, ausbildungs- und berufspolitisch geprägten Vorstellungen ist unter rechtlichen Aspekten danach zu fragen, ob sich aus unions- oder verfassungsrechtlichen Gründen eine zwingende Entscheidung für die eine oder andere Lösung ergibt oder ob entsprechende Grundsätze existieren, die für die Entscheidungsbildung herangezogen werden können.

Das Unionsrecht (Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) gibt keine Hinweise für den Status der Lernenden (Studierende, Schüler, Auszubildende). Der Begriff des Auszubildenden wird in der Richtlinie nur an einer Stelle im Zusammenhang mit der Ausbildung in der Allgemeinmedizin verwendet (Art. 28 Abs. 1 Richtlinie 2005/36/EG). Statusrechtliche Konsequenzen sind damit aber nicht verbunden.

Unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten gibt es kein Verbot, Studierende auch für das Studium oder Teile des Studiums als Auszubildende im Rahmen eines Ausbildungsverhältnisses zu beschäftigen. Es gibt auch kein aus dem Gleichbehandlungsgrundsatz (Gleichheit vor dem Gesetz, Art. 3 Abs. 1 GG) herzuleitendes Gebot im Verhältnis zu Lernenden in schulischer heilberuflicher Ausbildung im Rahmen eines Ausbildungsverhältnisses. Der sachliche Rechtfertigungsgrund für eine Ungleichbehandlung liegt gerade im Studierendenstatus an einer Hochschule begründet.

Auch das Arbeitsrecht enthält keinen Grundsatz, dass Studierende, auch in praktischen Ausbildungsverhältnissen, in einem Ausbildungsverhältnis tätig wären und ihnen deshalb Ausbildungsvergütung zu zahlen wäre. Dies schließt nicht aus, dass je nach konkreter Fallgestaltung ein Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis vorliegen kann.¹³⁰

Für die Teile der praktischen Ausbildung, insbesondere wenn es sich um eine Ausbildung bei Kooperationspartnern handelt, wird es sich als notwendig oder zumindest sinnvoll erweisen,

¹²⁸ S. zur Begrifflichkeit und insgesamt Wissenschaftsrat, 2013.

¹²⁹ S. hierzu <http://www.verbundstudium.de>.

¹³⁰ S. dazu Landesarbeitsgericht Hamm, Urt. vom 29.11.2012, Az.: 11 Sa 74/12 (zitiert nach juris.de).

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

dass hierfür eine vertragliche Regelung gefunden wird. Dies muss aber keine Regelung in Analogie zu einem Ausbildungsverhältnis sein.¹³¹

Der Möglichkeit, in einem Bundesland hochschulrechtlich die Möglichkeit der Entscheidung für ein reines Studierendenmodell oder für ein mit einem Ausbildungsverhältnis kombiniertes Modell für die jeweiligen Hochschulen offen zu halten mit der Konsequenz, dass die Hochschulen hier eine Art Wahlrecht zwischen den beiden Modellen haben, sich aber für das eine oder andere Modell entscheiden müssen, stehen keine rechtlichen Gründe entgegen. Wie sich die Einräumung einer solchen Möglichkeit in der Ordnung der jeweiligen Hochschule abbilden muss, kann hier nicht thematisiert werden.

Die Modellträger bevorzugen den Studierendenstatus. Lediglich für die Pflegeausbildung wird dafür plädiert, beide Möglichkeiten offen zu halten.

Im Sinne einer Empfehlung kann hierzu gesagt werden, dass bei einer hochschulischen Qualifikation der Studierendenstatus dominierend im Vordergrund steht. Dies spricht gegen die Etablierung eines Auszubildendenstatus bei hochschulischer Qualifikation.

Die Eröffnung einer Wahlmöglichkeit für die Hochschulen, auch ein Ausbildungsverhältnis gestalten zu können, ist vor allem mit der Frage verknüpft, ob eine Ausbildungsvergütung entrichtet werden soll. Deshalb ist diese Frage in diesem Zusammenhang zu klären.¹³²

Eine vertragliche Gestaltung im Rahmen der praktischen Ausbildung, die nicht als Ausbildungsverhältnis ausgebracht wird, ist hingegen sinnvoll, weil hier die entsprechenden Rechte und Pflichten der Beteiligten festgelegt werden können (z.B. beim Datenschutz).

3.6.2 Ausbildungsvergütung (BMG-RL II. 2.4)

Nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichtes kommen der Ausbildungsvergütung drei Funktionen zu: Sie soll zum einen dem Auszubildenden bzw. seinen Eltern zur Durchführung der Berufsausbildung eine finanzielle Hilfe sein, zum anderen die Heranbildung eines ausreichenden Nachwuchses an qualifizierten Fachkräften gewährleisten und schließlich eine Entlohnung darstellen.¹³³

Die Frage nach der Zahlung einer Ausbildungsvergütung hängt primär davon ab, welchen Status die Studierenden auf dem Gebiet der Heilberufe an Hochschulen haben sollen: nur Studierende oder auch Auszubildende.

¹³¹ S. dazu Arbeitsgericht Hamburg, Urt. vom 16.10.2012, Az.: 21 Ca 43/12, Rn. 39 (zitiert nach juris.de).

¹³² S. dazu unten Abschnitt 3.6.2.

¹³³ Bundesarbeitsgericht (BAG), Urt. vom 25.07.2002, Az.: 6 AZR 311/00, Rn. 15 (zitiert nach juris.de); zur Ausbildungsvergütung bei Krankenpflegern BAG, Urt. vom 19.02.2008, Az.: 9 AZR 1091/06, Rn. 18 (zitiert nach juris.de).

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Die Entscheidung für oder gegen die Zahlung einer Ausbildungsvergütung ist unabhängig von Refinanzierungsmöglichkeiten¹³⁴ nicht Ausgangspunkt der allgemeinen Entscheidung für die Gestaltungswahl des Studienganges, sondern mögliche Konsequenz. Je nachdem wie stark der Lernort Praxis in die gesamte Ausbildung eingebunden wird und welche Rolle ihm zukommt,¹³⁵ wird man entsprechend die Überlegungen zur Zahlung einer Ausbildungsvergütung anstellen. Bei einer ausbildungsintegrierenden Anlage des Studiums wird die Zahlung einer Ausbildungsvergütung eher unüblich sein, während bei einer praxisintegrierenden Ausbildung dies üblicher erscheint.¹³⁶

Ausbildungsvergütungen bei Hochschulausbildungen sind bisher in Deutschland unüblich. Nur im Rahmen bestimmter dualer Studiengänge werden Ausbildungsvergütungen gezahlt.¹³⁷ Für die Hebammenausbildung sind die Regelungen über die Zahlung einer Ausbildungsvergütung im Modellvorhaben aufgehoben worden (§ 20a HebG). Bei den Pflegeberufen wird in den Modellvorhaben eine Ausbildungsvergütung gezahlt.¹³⁸

Soweit ersichtlich gibt es für Studierende anderer Ausbildungsgänge keine Diskussion darüber, ob Ausbildungsvergütung gezahlt werden soll. Es spricht daher viel dafür, im Rahmen der hochschulischen Ausbildung von Heilberufen keine Ausbildungsvergütung zu zahlen. Damit werden die Studierenden in der Gesamtheit der Studierenden gleich behandelt. Eine mögliche Ungleichbehandlung ergibt sich im Verhältnis zu den Lernenden in der entsprechenden schulischen Ausbildung (Altenpflege, Krankenpflege, Hebammen). Eine – anders geartete – Ungleichbehandlung besteht aber bereits im Verhältnis zwischen den anderen als ärztlichen Heilberufen, da hier nicht bei allen Ausbildungen Ausbildungsvergütung gezahlt wird.

3.6.3 Vertragsgestaltungen bei der praktischen Ausbildung

Für die Krankenpflege, die Altenpflege und für die Hebammen besteht die gesetzliche Verpflichtung, einen Ausbildungsvertrag zu schließen. Bei der Altenpflege ist der Vertrag mit dem Träger der praktischen Ausbildung zu schließen, bei der Krankenpflege und bei den Hebammen mit dem Träger der Ausbildung. Diese Verpflichtung findet sich in den jeweiligen Abschnitten über das Ausbildungsverhältnis (§§ 13 – 23 KrPflG; §§ 11 – 21 AltPflG; §§ 9 – 18a HebG). Der Ausbildungsvertrag gilt nicht nur für die praktische Ausbildung, sondern für alle Ausbildungsteile.

Während für die hochschulische Ausbildung im theoretischen und praktischen Unterricht ein Ausbildungsvertrag nicht notwendig, aber als möglich erscheint, ist für den Teil der praktischen Ausbildung unabhängig vom Ort der praktischen Ausbildung in Ansehung des jeweiligen Strukturmodells eine vertragliche Gestaltung der Rechtsbeziehung zwischen der Hochschule, dem

¹³⁴ S. dazu unten Abschnitt 3.7.5.

¹³⁵ S. dazu Wissenschaftsrat, 2013, S. 32, 34 ff.

¹³⁶ Zur Typologie der Studiengänge s. Wissenschaftsrat, 2013, S. 22.

¹³⁷ Wissenschaftsrat, 2013, S. 19, 34.

¹³⁸ Bei den hier nicht relevanten Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V wird nur bei der Altenpflege, nicht aber bei der Krankenpflege eine Ausbildungsvergütung bezahlt (§ 18a KrPflG).

Träger der praktischen Ausbildung und dem Lernenden erforderlich, um die gegenseitigen Rechte und Pflichten festzulegen. Wenn der Ausbildungsvertrag nur mit dem Träger der praktischen Ausbildung und nicht mit der Hochschule zustande kommen soll, ist zumindest eine Zustimmung der Hochschule vergleichbar der Regelung in § 13 Abs. 6 AltPflG erforderlich.

Die Vorgaben für die Gestaltung der Ausbildungsverträge können grundsätzlich den bisherigen Regelungen in den Heilberufegesetzen entnommen werden. Im Ausbildungsvertrag sollen darüber hinaus auch die datenschutzrechtlichen Pflichten aufgenommen werden.

3.7 Finanzierung der Ausbildung (BMG-RL I. 1.4)

Die künftige Gestaltung der Ausbildungsfinanzierung ist nicht Gegenstand der juristischen Begleitforschung. Im Folgenden sollen zum Verständnis dieser Problematik allgemein und ohne Bezug zu den Modellvorhaben die Perspektiven der Anbieter von Ausbildungseinrichtungen und der Lernenden sowie der rechtliche Rahmen der Ausbildungsfinanzierung und die Refinanzierungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.

3.7.1 Überblick

Zum Verständnis der verschiedenen Finanzierungsmöglichkeiten der Berufsausbildung¹³⁹ sind zunächst zwei Perspektiven zu klären, um die Aufwendungen für die Ausbildungsfinanzierung auszumachen und die Kostentragung hierfür zu klären:

- Aus Sicht der Anbieter von Ausbildungseinrichtungen:
 - Das Angebot an Ausbildungseinrichtungen kann von öffentlicher oder von privater Seite vorgehalten werden.
 - Die Aufwendungen für Ausbildungseinrichtungen bestehen grundsätzlich in den Kosten für die Investition (bauliche Maßnahmen und Ausstattung) und in den Betriebskosten (Personalkosten, Lehr- und Lernmaterialien, Bewirtschaftungskosten).
 - Bei öffentlicher wie bei privater Vorhaltung eines Angebots an Ausbildungseinrichtungen stellt sich die Frage, ob für die Inanspruchnahme der Leistungen der Ausbildungseinrichtungen Entgelte (Studiengebühren, Schulgeld) erhoben werden oder erhoben werden dürfen.
- Aus Sicht der Lernenden (Schüler/Auszubildende/Studierende):
 - Je nachdem, ob die Angebote an Ausbildungseinrichtungen dem Lernenden kostenfrei oder kostenpflichtig, etwa durch Erhebung von Schulgeld oder Studiengebühren, zur Verfügung gestellt werden, haben Lernende einen Refinanzierungsbedarf, wenn die Kosten nicht aus eigener Tasche bestritten werden können.

¹³⁹ Die Ausführungen zur Finanzierung der Ausbildung sind entnommen aus Igl, 2013, S. 317 ff.; sie sind in einigen Passagen an die Problematik der Modellvorhaben angepasst worden.

- Während der Ausbildung muss der Lebensunterhalt gesichert sein, da Lernende während der Ausbildung grundsätzlich nicht anderweitig erwerbstätig sein können.

Bei einer *dualen Ausbildung* ist ein weiterer Aspekt hervorzuheben. Während die theoretische Ausbildung an schulischen Einrichtungen (Berufsfachschulen, Hochschulen) stattfindet, wird die praktische Ausbildung bei Gesundheitsdienstleistern (vor allem in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen) durchgeführt. Im Rahmen dieser Ausbildung können Auszubildende so eingesetzt werden, dass sie eine werthaltige Dienstleistung für den Arbeitgeber der betrieblichen Ausbildungsstätte erbringen. Im Berufsbildungsgesetz und für einzelne Heilberufe wird dieser Situation dadurch Rechnung getragen, dass Auszubildenden eine *Ausbildungsvergütung* zu zahlen ist. Darüber hinaus stellt sich aber die arbeitsrechtliche Frage, ob Auszubildende auch dann einen Anspruch auf Vergütung hat, wenn solche gesetzlichen Regelungen nicht existieren. Hierzu liegen Judikate aus jüngerer Zeit vor, deren Aussagen auch für eine künftige Regelung in Betracht zu ziehen sind.¹⁴⁰ Im Kern geht es um die Frage, ob die Ausbildung oder eine Arbeit für den Arbeitgeber im Vordergrund steht. Dabei steht die Einzelfallbetrachtung im Vordergrund.

3.7.2 Aus Sicht der Anbieter von Ausbildungseinrichtungen

Grundsätzlich können Ausbildungseinrichtungen öffentlich oder privat vorgehalten werden. Bei öffentlicher wie bei privater Vorhaltung von Ausbildungseinrichtungen hat der jeweilige Träger die Investitions- und Betriebskosten zu tragen. Der Träger der Ausbildungseinrichtung kann ein Interesse an Refinanzierung haben, indem er Entgelte für die Ausbildungsleistungen erhebt. Grundsätzlich können diese Entgelte, soweit gesetzlich nichts anderes vorgesehen ist, zur Refinanzierung der Investitions- wie der Betriebskosten dienen. So werden private Träger von Ausbildungseinrichtungen ein Interesse daran haben, ihre Investitions- wie ihre Betriebskosten voll refinanziert zu bekommen. Öffentliche, insbesondere staatliche Ausbildungseinrichtungen werden, soweit dies rechtlich möglich ist, in der Regel nur eine teilweise Refinanzierung anstreben. Eine volle Refinanzierung staatlich vorgehaltener und betriebener Ausbildungseinrichtungen durch Erhebung vollkostendeckender Gebühren ist unüblich.

Der Staat kann Verantwortung für die Berufsausbildung durch direkte Vorhaltung von Ausbildungseinrichtungen (Berufsfachschulen, Hochschulen) übernehmen. Andere Formen der Übernahme von staatlicher Verantwortung sind in der finanziellen Förderung von privaten wie auch öffentlichen Ausbildungseinrichtungen zu sehen. Diese Förderung kann gesetzlich festgeschrieben sein, wie es bei der Investitionsförderung von Ausbildungseinrichtungen im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes der Fall ist. Eine Förderung kann aber auch in anderen Bereichen als bei Krankenhäusern und deren Ausbildungseinrichtungen aufgrund landesrechtlicher Maßgaben stattfinden.

¹⁴⁰ S. dazu oben Abschnitt 3.6.1.

Bei den Ausbildungseinrichtungen besteht ein Interesse an Refinanzierung der Investitions- und Betriebskosten, wobei zu den Betriebskosten nicht nur die Ausbildungskosten, sondern ggf. auch die Kosten für die Ausbildungsvergütung zählen.

Bei Krankenhäusern wie bei Pflegeeinrichtungen besteht neben der Förderung der Investitionskosten die Möglichkeit, im Rahmen der Refinanzierung der Betriebskosten über die Vergütungen (Fallpauschalen/Pflegesätze) auch die Kosten der Ausbildung oder Teile dieser Kosten (Ausbildungsvergütung) zu refinanzieren.

3.7.3 Aus Sicht der Lernenden

Aus Sicht der Lernenden (Schüler/Auszubildende/Studierende) ist bei der Finanzierung der Berufsausbildung zu unterscheiden zwischen den Aufwendungen, die für die Ausbildung selbst entstehen (Ausbildungskosten im engeren Sinn) und den Aufwendungen, die Lernende für den Lebensunterhalt benötigen, weil sie während der Ausbildung keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgehen sollen.

Es versteht sich von selbst, dass die Finanzierung einer Ausbildung seitens der Lernenden maßgeblich davon abhängt, ob staatliche Schulen und Hochschulen ohne Erhebung von Studiengebühren für die Ausbildung bereitgestellt werden, oder ob private Träger Ausbildung in ihren Schulen und Hochschulen anbieten und dafür Entgelte (Schulgeld, Studiengebühren) verlangen. Im letzteren Fall kann eine staatliche Förderung der Ausbildungseinrichtung zu einer Reduzierung der Entgelte beitragen oder zu ihrem Wegfall führen.

Der Zugang zur Ausbildung wird tendenziell erschwert, wenn Entgelte für die Ausbildung erhoben werden, da sich neben der Frage nach der Finanzierung des Lebensunterhaltes während der Ausbildungszeit auch noch die Frage nach der Finanzierung der Ausbildung selbst stellt.¹⁴¹

Für die Lernenden stellt sich hinsichtlich seiner Ausbildungskosten und der Bestreitung des Lebensunterhaltes während einer Ausbildung die Frage der Refinanzierung. Hier sind die üblichen Förderungsmöglichkeiten gegeben. So werden Personen bei der Finanzierung ihrer Ausbildungskosten und ihres Lebensunterhaltes unterstützt.¹⁴² Arten der Förderung sind Zuschüsse oder Ausbildungsdarlehen (§ 17 BAföG). Auch die Übernahme von Sozialversicherungsbeiträgen gehört hierzu (§ 13a BAföG).

Wird im Rahmen einer praktischen Ausbildung eine Ausbildungsvergütung entrichtet, so stellt sich die Frage nach der Refinanzierung des Lebensunterhaltes nur noch dann, wenn die Höhe der Vergütungen nicht zur Deckung des Lebensunterhaltes ausreicht. Die Zahlung einer Ausbildungsvergütung stellt aber keine Finanzierung der Ausbildung durch die Ausbildungseinrichtung dar.

¹⁴¹ Vgl. zu den Auswirkungen von Studiengebühren Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.), 2010. Zur Motivationswirkung Hochschule für Gesundheit Bochum, 2013 S. 27.

¹⁴² Die Ausbildungsförderung nach dem Bundesgesetz über individuelle Förderung der Ausbildung (Bundesausbildungsförderungsgesetz - BAföG) unterscheidet zwischen den Mitteln für den Lebensunterhalt und den für die Ausbildung erforderlichen Mitteln (§§ 1, 11 Abs. 1 BAföG).

3.7.4 Rechtlicher Rahmen der Finanzierung der Berufsausbildung von Gesundheitsberufen

3.7.4.1 Berufe ohne spezielle Ausbildungsfinanzierung

Gesundheitsberufe genießen bundesrechtlich bis auf die speziellen Ausbildungsförderungsmaßnahmen für die Altenpflege nach dem SGB III¹⁴³ und die Berufe mit Ausbildungsvergütungen keine besondere Unterstützung der Ausbildung, die über die allgemeinen Förderungen nach dem BAföG, dem AFBG¹⁴⁴ und dem SGB III hinausgehen.

Bei den Ausbildungsförderungsmaßnahmen für die anderen als ärztlichen Heilberufe - außer jetzt für die Altenpflege – besteht das Problem in der speziellen Ausgestaltung einer dreijährigen Berufsausbildung, die nicht zu verkürzen ist, während die Dauer einer Vollzeitmaßnahme der beruflichen Weiterbildung um mindestens ein Drittel zu verkürzen ist (§ 180 Abs. 4 Satz 2 SGB III).

3.7.4.2 Berufe mit spezieller Ausbildungsförderung

Für die Altenpflege sind im SGB III spezielle Ausbildungsförderungsmaßnahmen vorgesehen, so bei der Einstiegsqualifizierung (§ 54a Abs. 2 Nr. 2 SGB III) und der beruflichen Weiterbildung (§ 131b iVm § 180 Abs. 4 SGB III). Berufsausbildungsbeihilfe kann bei betrieblicher Durchführung der Ausbildung bezogen werden (§§ 56 Abs. 1 Nr. 1, 57 Abs. 1 SGB III).¹⁴⁵

3.7.4.3 Berufe mit Ausbildungsvergütung

Für die Ausbildung in den Berufen der Altenpflege, Krankenpflege, Hebammen und Notfallsanitäter sind Ausbildungsverträge zu schließen, die auch Regelungen über die Vergütung enthalten müssen (§§ 13, 17 AltPflG; §§ 11, 15 HebG; §§ 9, 12 KrPflG, §§ 12, 15 NotSanG). Die Anwendung des BBiG ist für diese Ausbildungen ausgeschlossen (§ 18 AltPflG; § 26 HebG; § 22 KrPflG; § 21 NotSanG).¹⁴⁶ Bei Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 KrPflG und § 4 Abs. 7 AltPflG (Modellvorhaben im Sinne von § 63 Abs. 3c SGB V) finden die Regelungen über das Ausbildungsverhältnis keine Anwendung (§ 4 Abs. 7 Satz 7 AltPflG; § 18a KrPflG). Für Modellvorhaben nach § 4 Abs. 6 KrPflG und § 4 Abs. 6 AltPflG gilt dies hingegen nicht.

¹⁴³ Sozialgesetzbuch (SGB) Drittes Buch (III) – Arbeitsförderung.

¹⁴⁴ Gesetz zur Förderung der beruflichen Aufstiegsfortbildung (Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz - AFBG).

¹⁴⁵ Diese Regelungen wurden mit dem Gesetz zur Stärkung der beruflichen Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege (vom 13. März 2013, BGBl. I S. 446) eingeführt. Die Bundesregierung hat unter Federführung des BMFSFJ und unter Beteiligung des BMAS, BMG und BMBF im Frühjahr 2011 eine Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege mit dem Ziel gestartet, die Kräfte aller Verantwortlichen im Bereich der Altenpflege in einer gemeinsamen Initiative zu bündeln und konkrete Maßnahmen zur Stärkung der beruflichen Aus- und Weiterbildung und zur Erhöhung der Attraktivität des Berufs- und Beschäftigungsfeldes Altenpflege zu vereinbaren, s. dazu Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2013, S. 83 f. Einzelheiten und Vereinbarungstext unter www.altenpflegeausbildung.net/ausbildungsoffensive.html (Zugriff am 20.05.2013).

¹⁴⁶ Die entsprechenden Regelungen in den Heilberufegesetzen zum Ausbildungsverhältnis und zur Ausbildungsvergütung sind den Regelungen des BBiG nachgebildet.

3.7.4.4 Vergütung im Rahmen des praktischen Teils einer Ausbildung

Besondere Fragen wirft die Vergütung im Rahmen des praktischen Teils einer Ausbildung auf, wenn dies nicht ausdrücklich gesetzlich geregelt und der Rückgriff auf die Entgeltvorschriften des BBiG gesetzlich ausgeschlossen ist. Es handelt sich hier um eine arbeitsrechtliche Frage bei der Abgrenzung eines Arbeitsverhältnisses von einem Praktikantenverhältnis. Dabei kommt es wesentlich darauf an, ob beim praktischen Teil einer Ausbildung der Ausbildungszweck im Vordergrund steht. Ein Arbeitsverhältnis ist zu verneinen, wenn bei einer Gegenüberstellung der Anteile „Ausbildungszweck“ und „für den Betrieb erbrachte Leistungen und Arbeitsergebnisse“ das Erlernen praktischer Kenntnisse und Erfahrungen deutlich überwiegt.¹⁴⁷ Aus jüngerer Zeit ist hier Rechtsprechung zur praktischen Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten zu verzeichnen. Hier findet ein Teil der praktischen Tätigkeit an einer psychiatrischen klinischen Einrichtung statt (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 PsychTh-APrV).¹⁴⁸ Die Rechtsprechung hat in zwei Fällen anhand der konkreten Umstände ein Arbeitsverhältnis angenommen und einen Entgeltanspruch bejaht.¹⁴⁹

In den Fällen der praktischen Ausbildung, bei denen ein Entgelt für die praktische Tätigkeit gesetzlich nicht geregelt und für die die Anwendung des BBiG ausgeschlossen ist, muss daher gemäß den Umständen des Einzelfalles entschieden werden, ob der Ausbildungszweck oder arbeitsvertragliche Elemente überwiegen.

Hier ist auch darauf hinzuweisen, dass Ärzten, die ein Praktisches Jahr absolvieren, Geld- und Sachleistungen gewährt werden können. Diese dürfen aber bestimmte BAföG-Sätze nicht übersteigen.¹⁵⁰

3.7.5 Refinanzierungsmöglichkeiten über Leistungsentgelte der Gesundheitseinrichtungen

Die Kosten für die *Ausbildungsvergütung* in der Altenpflege und Altenpflegehilfe werden zum Teil landesrechtlich über eine Umlage finanziert.¹⁵¹ Sie werden in der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen nach SGB XI berücksichtigt (§ 82a SGB XI; § 24 AltPflG).

¹⁴⁷ So Arbeitsgericht Hamburg, Urt. vom 16.10.2012, Az.: 21 Ca 43/12, Rn. 39 (zitiert nach juris.de).

¹⁴⁸ Das Klinikjahr für Ärzte (praktisches Studienjahr) ist Teil des Studiums. Das Bundesarbeitsgericht hat die Klage eines Studenten der Medizin auf eine angemessene Vergütung für die Dauer des praktischen Studienjahres deshalb abgewiesen, BAG, Urt. vom 25.03.1981, Az.: 5 AZR 353/79.

¹⁴⁹ Arbeitsgericht Hamburg (wie Fn. 147); Landesarbeitsgericht Hamm, Urt. vom 29.11.2012, Az.: 11 Sa 74/12 (zitiert nach juris.de). S. auch Bundesarbeitsgericht (BAG), Urt. vom 25.07.2002, Az.: 6 AZR 311/00, Rn. 15 (zitiert nach juris.de); zur Ausbildungsvergütung bei Krankenpflegern BAG, Urt. vom 19.02.2008, Az.: 9 AZR 1091/06, Rn. 18 (zitiert nach juris.de).

¹⁵⁰ § 3 Abs. 4 Satz 7 ÄApprO: „Die Gewährung von Geld- oder Sachleistungen, die den Bedarf für Auszubildende nach § 13 Absatz 1 Nummer 2 und Absatz 2 Nummer 2 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes übersteigen, ist nicht zulässig.“

¹⁵¹ S. für Nordrhein-Westfalen die Verordnung über die Erhebung von Ausgleichsbeträgen zur Finanzierung der Ausbildungsvergütungen in der Altenpflege (Altenpflegeausgleichsverordnung – AltPflAusgIVO) vom 10.01.2012, GV. NRW. S. 10.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Ausbildungskosten, die in den mit Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten entstehen, werden durch Ausbildungszuschläge je voll- und teilstationärem Fall finanziert (§§ 17a, 17b Abs. 1 Satz 3 KHG). Dies gilt für die Ausbildung in den folgenden Berufen (§ 2 Nr. 1a KHG): Ergotherapeut, Diätassistent, Hebamme/Entbindungspfleger, Krankengymnast, Physiotherapeut, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelfer, medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent, medizinisch-technischer Radiologieassistent, Logopäde, Orthoptist, medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik. Auch bei der Investitionsförderung durch die Länder sind Ausbildungskosten der Krankenhäuser zu berücksichtigen (§ 11 KHG).

Bei ausbildenden Krankenhäuser wird ein Ausbildungsbudget vereinbart, mit dem die Ausbildungskosten finanziert werden (§ 17a Abs. 3 KHG).

Mit einem Ausgleichsfonds, in den alle Krankenhäuser einzahlen, soll eine Benachteiligung ausbildender Krankenhäuser vermieden werden (§ 17a Abs. 5 Satz 1 KHG). Die ausbildenden Krankenhäuser erhalten aus dem Ausbildungsfonds den ausbildungskostenbedingten Ausgleich (§ 17a Abs. 5 Satz 5 KHG). Aus dem Ausbildungsfonds werden sämtliche Ausbildungskosten – außer Investitionskosten – bestritten.

Nehmen Krankenhäuser nicht an der Ausbildung teil, müssen sie einen Ausbildungszuschlag erheben, der den Patienten oder deren Sozialleistungsträger in Rechnung zu stellen ist (§ 17a Abs. 6 Satz 1 KHG). Ausbildende Krankenhäuser erheben ebenfalls den Ausbildungszuschlag (§ 17a Abs. 6 Satz 2 KHG). Damit ist gewährleistet, dass ausbildende Krankenhäuser im Wettbewerb nicht benachteiligt werden. Bisher sind noch nicht in allen Bundesländern Ausbildungsfonds eingerichtet.

4 Prüfung (BMG-RL I. 1.3)

4.1 Auswirkungen einer hochschulischen Ausbildung auf die Gestaltung der Prüfung

Nach gegenwärtigem Recht der Heilberufe liegen das Aufstellen der Prüfungsordnungen und die Durchführung der Prüfungen in staatlicher Verantwortung. Die Prüfungsordnungen ergehen auf der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage im jeweiligen Heilberufsgesetz als Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates. Die Prüfungen sind staatliche Prüfungen. Über den Abschluss der Prüfungen wird ein von einer staatlichen Behörde ausgestelltes Zeugnis erteilt. Die staatliche Behörde stellt auch die Erlaubnisurkunde für die Führung der Berufsbezeichnung aus, wobei das Bestehen der staatlichen Prüfung eine der Voraussetzungen für die Erteilung der Erlaubnis ist.

Bei den Bachelor-Studiengängen besteht grundsätzlich eine hochschulische Verantwortung für die Prüfung. So werden die Gegenstände der Ausbildung grundsätzlich von den Hochschulen festgelegt.¹⁵² Die Studiengänge unterliegen der Akkreditierung. Die Bachelorprüfung besteht neben der Bachelorarbeit und ggf. einem Kolloquium aus den studienbegleitenden Prüfungen und Testaten¹⁵³. Die Ausgestaltung des Prüfungsverfahrens ist den Hochschulen überlassen. Damit unterscheiden sich die Prüfungen in Bachelor-Studiengängen wesentlich von den staatlichen Prüfungen.

Bei einer hochschulischen Ausbildung von Heilberufen sollen die rechtlichen Wirkungen einer erfolgreichen Prüfung die gleichen sein wie bei einer Prüfung im schulischen System, d.h. sie führen zur Erlaubnis der Führung einer Heilberufsbezeichnung. Deshalb muss bei der Gestaltung der Prüfungen aus Gleichbehandlungsgründen darauf geachtet werden, dass die Prüfungsanforderungen vergleichbar sind. Das bedeutet nicht, dass es sich um die gleichen Prüfungsanforderungen handeln muss. Auch können sich die Prüfungsabläufe unterscheiden.

Im Folgenden werden anhand der Punkte

- staatliche oder hochschulische Prüfung
- Aufstellen der Prüfungsordnung
- Gegenstände/Inhalte der Prüfung
- Zulassung zur Prüfung

¹⁵² Die in Art. 5 Abs. 3 Satz 1 GG gewährleistete Lehrfreiheit der Hochschullehrer spielt hier keine maßgebliche Rolle, vgl. BVerwG, Beschluss vom 22. August 2005 – 6 BN 1/05 –, (zitiert nach juris.de): „Studien- und Prüfungsordnungen der Hochschule sind vorrangig an dem Grundrecht der Studenten auf Berufsfreiheit (Art 12 Abs 1 GG) zu messen. Eine Kollision mit dem Grundrecht der Hochschullehrer auf Lehrfreiheit (Art 5 Abs 3 Satz 1 GG) ist nur denkbar, soweit von den gestellten Leistungsanforderungen Rückwirkungen auf die inhaltliche und methodische Gestaltung der Lehrveranstaltungen ausgehen.“

¹⁵³ Vgl. § 11 Rahmenprüfungsordnung Hochschule Bochum. Hier wird das Beispiel der Bachelor-Rahmenprüfungsordnung (BRPO) für die Bachelorstudiengänge der Hochschule Bochum vom 30.06.2010 in der Fassung der Dritten Änderungsordnung vom 12. November 2012 zugrunde gelegt:

http://www.hochschule-bochum.de/fileadmin/media/studienangebot/ordnungen/allgemein/BA-RahmenpruefO_BO.pdf (Zugriff am 10.03.2013).

- Prüfungsverantwortlichkeiten
- Ablauf der Prüfung
- Wirkungen von Prüfung und Abschluss

die möglichen Verantwortlichkeiten des Staates (als Ordnungsgeber und als zuständige Behörde für Prüfungen) und der Hochschulen mit Blick auf die jeweiligen rechtlichen Voraussetzungen erörtert.

4.2 Staatliche oder hochschulische Prüfung

Die grundlegende Weichenstellung für die Gestaltung der Prüfungsgegenstände und der Prüfungen wird mit der Entscheidung vorgenommen, ob die Prüfung – hier verstanden im weiten Sinn, nicht nur als Prüfungsvorgang – in staatlicher oder in hochschulischer Verantwortung liegen soll.¹⁵⁴

Die verfassungsrechtlichen Voraussetzungen für diese Entscheidung werden allgemein von der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) und dem Gleichbehandlungsgrundsatz im Sinne der Gewährleistung von Chancengleichheit (Art. 3 Abs. 1 GG) geprägt. Speziell bei Heilberufen ist die objektive Schutzpflicht für die Gesundheit der Bevölkerung (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip, Art. 20 Abs. 1 GG) sowie die Gleichbehandlung im Verhältnis zu den Heilberufen zu beachten, die schulisch ausgebildet werden.

Dabei ist bei den Heilberufen grundsätzlich davon auszugehen, dass insgesamt eine staatliche Verantwortung für die Prüfung gegeben ist. Eine Verlagerung der *Gesamtverantwortung* auf die Hochschulen bei anderen als ärztlichen Heilberufen erscheint aufgrund der gegenwärtigen verfassungsrechtlichen Gestaltung des Heilberufesystems als nicht opportun.

Eine Grundsatzentscheidung für den Beibehalt der staatlichen Verantwortung für die Prüfung auch bei hochschulischer Ausbildung von Heilberufen bedeutet nicht, dass charakteristische Elemente hochschulischer Prüfungen nicht in die Prüfung einbezogen werden könnten. Dies ist auch bei der ärztlichen Ausbildung gemäß der ÄApprO der Fall.¹⁵⁵

Gegen eine Verlagerung der *Gesamtverantwortung* für die Prüfung auf die Hochschulen spricht auch ein Beispiel aus einem anderen staatlich regulierten Berufsbereich, der Juristenausbildung. Hier werden im Rahmen der ersten Prüfung, die an das Hochschulstudium anschließt, eine universitäre Schwerpunktsbereichsprüfung und eine staatliche Pflichtfachprüfung abgelegt. Die Schwerpunktbereiche dienen der Ergänzung des Studiums, der Vertiefung der mit ihnen zusammenhängenden Pflichtfächer sowie der Vermittlung interdisziplinärer und internationaler Bezüge des Rechts (§ 5a Abs. 2 Satz 4 DRiG). Für den Erwerb der Befähigung zum Richteramt ist

¹⁵⁴ Seitens der Hochschule für Gesundheit (Bochum) wurde ein ausführliches Konzeptpapier zu den staatlichen Prüfungen in den Gesundheitsfachberufen vorgelegt, auf das hier teilweise Bezug genommen wird, s. Walkenhorst, et al., 2013.

¹⁵⁵ S. hierzu Niehues, et al., 2014, S. 44 ff., Rn. 103 ff.

weiter ein Vorbereitungsdienst und die zweite Staatsprüfung erforderlich (§ 5 Abs. 1 Deutsches Richtergesetz – DRiG).

Die erste Prüfung bei Juristen hat also einen staatlichen und einen hochschulischen Teil. Die Teile stehen in Verantwortung je des Staates und der Hochschule. Eine Anerkennung des hochschulischen Teils der Prüfung durch staatliche Prüfungsbehörden ist nicht vorgesehen. Die Schwerpunktbereichsprüfung bezieht sich aber nicht auf die Pflichtfächer selbst. Damit ist eine Trennung zwischen Pflichtfächern – Prüfung nur in staatlicher Verantwortung – und Schwerpunktbereichen mit Wahlmöglichkeiten – Prüfung nur in hochschulischer Verantwortung – gegeben.

Die erste Prüfung bei Juristen kann für die hochschulische Ausbildung von anderen als ärztlichen Heilberufen nicht als Regelungsvorbild dienen, weil sie keinen Berufszugang eröffnet. Der Berufszugang wird erst mit der zweiten Staatsprüfung im Sinne des Erwebs der Befähigung zum Richteramt verschafft. Die Verleihung des akademischen Grades „Diplom-Jurist“, wie sie von vielen Universitäten nach Abschluss der ersten Prüfung praktiziert wird, eröffnet keinen speziellen Berufszugang.

4.3 Aufstellen der Prüfungsordnung (Regulierungsverantwortlichkeit)

Wenn, wie bisher, die Prüfungsordnung *in staatlicher Verantwortlichkeit* als Rechtsverordnung des Bundes auch für die hochschulische Ausbildung aufgestellt wird, ist eine Voraussetzung für die Vergleichbarkeit von staatlicher und hochschulischer Prüfung gegeben. Im Rahmen einer solchen staatlichen Prüfungsordnung müsste aber bestimmten hochschulischen Anliegen, wie z.B. die Absolvierung von Leistungspunkten (Credit Points) oder die Beteiligung von hochschulischen Lehrpersonen¹⁵⁶, Rechnung getragen werden. Einzelheiten der hochschulischen Spezifika könnten in einer insoweit ergänzenden hochschulischen Prüfungsordnung geregelt werden. In der staatlichen Prüfungsordnung müssten die Gegenstände aufgeführt sein, für die die Hochschulen eigene Regelungen oder Ergänzungen vornehmen können.

Würde man statt *der staatlichen Verantwortlichkeit* für die Prüfungsordnung eine *hochschulischer Verantwortlichkeit* hierfür schaffen, würde das eine grundlegende Verantwortungsverschiebung bedeuten. Unabhängig von der Frage, ob dies aus verfassungsrechtlichen Gründen (staatliche Verantwortung für die Ausbildung der Heilberufe) auf Probleme stoßen würde, wären ein Auseinanderklaffen der Abschlüsse der Hochschule und der Schulen und damit ein Gleichbehandlungsproblem zu befürchten. Aus diesem Grund wird im Folgenden die Variante der hochschulischen Gesamtverantwortlichkeit für die Aufstellung einer Prüfungsordnung nicht weiter verfolgt. Es soll deshalb bei der grundsätzlichen staatlichen Verantwortlichkeit, d.h. hier des Bundesgesetzgebers und des Bundesverordnunggebers, für das Aufstellen der Prüfungsordnung bleiben. Damit wird nicht ausgeschlossen, dass der Bund den Hochschulen in einem vorgegebenen Rahmen eigene Gestaltungsräume lässt. Die Hochschulautonomie kann dann in diesem Rahmen zur Geltung kommen.

¹⁵⁶ Zur Qualifikation der Prüfenden s. unten Abschnitt 4.6.3.3.

4.4 Gegenstände/Inhalte der Prüfung

4.4.1 Allgemeine Gegenstände/Inhalte der Prüfung bei staatlicher wie bei hochschulischer Prüfung

Unabhängig von der Regulierungsverantwortlichkeit ist es bei den Heilberufen unabdingbar, eine Prüfung für den theoretischen und praktischen Unterrichtsteil sowie eine praktische Prüfung durchzuführen.

Die Gegenstände/Inhalte der Prüfung sind staatlich vorzugeben.

Die Frage, ob bei Prüfungen der Faktor Kompetenzorientierung eine Rolle spielen kann oder soll, ist unabhängig davon zu beantworten, ob eine hochschulische oder eine schulische Prüfung stattfindet. So spielen bei der Prüfung von Notfallsanitätern, deren Ausbildung eine schulische Ausbildung ist, Elemente der Kompetenzorientierung eine wesentliche Rolle (vgl. §§ 15-17 NotSan-APrV). Kompetenz wird als berufliche Handlungskompetenz in den Dimensionen Fach-, Sozial- und Selbstkompetenz sogar direkt angeführt (§ 16 Abs. 1 NotSan-APrV). Auch in der Krankenpflege wird bei der Prüfung auf Elemente der Kompetenz abgestellt (vgl. §§ 13-15 KrPflAPrV). Wörtlich wird Kompetenz in § 14 Abs. 1 Satz 2 und § 15 Abs. 1 Satz 4 KrPflAPrV erwähnt.

Bei Prüfungen sollte für alle Heilberufe der Faktor Kompetenzorientierung unabhängig davon einbezogen werden, ob es sich um eine schulische oder hochschulische Ausbildung handelt.

4.4.2 Anpassungen an hochschulische Prüfungsabläufe

Die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen unterscheiden zwischen einem schriftlichen und einem mündlichen Teil der Prüfung und einem praktischen Teil der Prüfung. Dabei ist eine weitgehende Entsprechung der Gegenstände/Inhalte zwischen dem theoretischen und praktischen Unterricht und der schriftlichen und mündlichen Prüfung einerseits und der praktischen Ausbildung und dem praktischen Teil der Prüfung andererseits gegeben. Nur bei der Altenpflege ist dies anders gestaltet (vgl. § 12 AltPflAPrV).

Wenn künftig bei einer hochschulischen Ausbildung die Prüfung der dem bisherigen theoretischen und praktischen Unterricht entsprechenden Gegenstände/Inhalte den Modulprüfungen vorbehalten sein soll, wird an der grundlegenden Struktur der Trennung zwischen theoretischer und praktischer Prüfung nichts geändert.

Die Gestaltung der praktischen Prüfung, die in der hochschulischen Ausbildung nach den bisher geäußerten Vorstellungen der Modellträger der Abschlussprüfung vorbehalten sein soll, hängt im Wesentlichen wie schon bisher von den Anforderungen des Berufes in der Praxis ab.

Zu einer hochschulischen Abschlussprüfung gehört auch eine schriftliche Arbeit.

4.4.3 Anpassung der Prüfungsinhalte an die beruflichen Anforderungen

Von den Modellträgern wird für die Hebammen dazu vorgebracht, dass sich die Prüfungsvorgaben mehr an den realen Berufoanforderungen orientieren sollten. Gegenwärtig sei eine Konzentration auf die klinische Berufsausübung unter Vernachlässigung der immer wichtiger werdenden

außerklinischen Berufsausübung festzustellen. Eine komplexe Prüfungssituation ohne Unterscheidung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sei denkbar.

Zu diesen sehr nachvollziehbaren Anliegen ist zu sagen, dass die Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) die Berücksichtigung der Öffnung in Richtung auf außerklinische Settings erlaubt.

Seitens der Logopäden wird vorgebracht, dass die Vorgaben hinsichtlich der inhaltlichen Anforderungen offener sein könnten. So könnte z.B. auch eine Diagnostik oder Beratung als Prüfungsgegenstand dienen, nicht nur eine Behandlung. Auch das Einreichen von Behandlungsvideos könnte möglich sein.

Diesen Anliegen einer Öffnung der Prüfungsgegenstände im Sinne der Abbildung der Praxisrelevanz sollte Rechnung getragen werden. Dieses Anliegen gilt im Übrigen unabhängig von einer Prüfung in der schulischen oder hochschulischen Ausbildung.

4.4.4 Gestaltung der theoretischen Prüfung (schriftliche und mündliche Prüfung)

Die theoretische Prüfung (schriftliche und mündliche Prüfung) ist bisher bei den anderen als ärztlichen Heilberufen sehr unterschiedlich gestaltet. Während bei einigen Berufen Fächer geprüft werden,¹⁵⁷ werden in der Kranken- und Altenpflege Themenbereiche bzw. Lernfelder geprüft.¹⁵⁸ Auch nach der jüngsten heilberuflichen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der Notfallsanitäter werden Themenbereiche geprüft.¹⁵⁹

Eine Fächerprüfung gilt allgemein als überholt. Hier sind bei den Therapieberufen die notwendigen Umorientierungen auf die Prüfung von Themenbereichen vorzunehmen. Dies gilt für Prüfungen bei schulischer wie bei hochschulischer Ausbildung. Dies wird auch von Seiten der Modellträger vorgebracht.

4.4.5 Gestaltung des praktischen Teils der Prüfung

4.4.5.1 Abbildung der Kompetenzorientierung in der Prüfung

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen fordern für den praktischen Teil der Prüfung neben der Durchführung von bestimmten Aufgaben und Behandlungen teilweise auch eine Reflexion über die Vorgehensweise. Dies gilt für die praktische Prüfung in der Krankenpflege (§§ 15, 18 KrPflAPrV) und in der Altenpflege (§ 12 AltPflAPrV). Methodisches Vorgehen ist Gegenstand der praktischen Prüfungen in der Ergotherapie (§ 7 Abs. 1 ErgThAPrV) und in der Physiotherapie (§ 14 Abs. 1 PhysTh-APrV). Behandlungs- und aufgabenorientiert und ohne Elemente der Reflexion über Handlungen und Aufgaben und des methodischen Vorgehens sind die praktischen Prüfungen bei Hebammen (§ 7 Abs. 1 HebAPrV) und Logopäden (§ 7 Abs. 1 LogAPrO).

¹⁵⁷ Logopäden: §§ 5, 6 LogAPrO; Physiotherapeuten: §§ 12, 13 PhysTh-APrV; Ergotherapeuten: §§ 5, 6 ErgThAPrV; Hebammen: §§ 5, 6 HebAPrV.

¹⁵⁸ §§ 13, 14, 16, 17 KrPflAPrV; §§ 10, 11 AltPflAPrV.

¹⁵⁹ §§ 15, 16, NotSan-APrV.

Im Sinne einer stärkeren Hinwendung zu kompetenzorientierter Ausbildung, die sich auch im praktischen Teil der Prüfung niederschlagen soll, ist eine Einführung entsprechender Elemente bei den Prüfungen der Hebammen und Logopäden zu empfehlen. Für die Hebammen gilt diese Empfehlung besonders mit Blick auf Art. 40 Abs. 3 Buchst. d) der Richtlinie 2005/36/EG (in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung).¹⁶⁰

4.4.5.2 Prinzip der Prüfung am Patienten

4.4.5.2.1 Allgemeine Fragestellungen

Die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen fordern für den praktischen Teil der Prüfung – allgemein gesprochen – eine Tätigkeit am Patienten. Hierzu wird von den Modellträgern die Frage gestellt, ob und inwieweit eine Ersetzung des Patienten durch einen Simulationspatienten oder durch eine Prüfung an einer Puppe im Skills Lab möglich ist. Diese Frage kann nur jeweils fachlich bzw. fachwissenschaftlich geklärt werden. Eine Besonderheit gilt für die Altenpflege: Hier ist – nur im Einzelfall - eine praktische Prüfung im Rahmen einer simulierten Pflegesituation möglich (§ 5 Abs. 5 AltPflAPrV).

Einer Ausdehnung der in der Altenpflege möglichen Simulationsprüfung auf die Prüfungen bei den anderen Berufen ist mit Zurückhaltung zu begegnen. Der praktische Teil einer Prüfung lebt von der Praxisnähe. Die simulierte Prüfung könnte deshalb allenfalls für einzelne Elemente, nicht für die ganze Prüfung stattfinden. Zu bedenken ist weiterhin, dass die Möglichkeit einer simulierten Prüfung schon jetzt einen Fremdkörper in der heilberuflichen Prüfung darstellt und nur ausnahmsweise stattfinden soll.¹⁶¹

Der allgemeine Rahmen für die Beantwortung dieser Frage kann wie folgt skizziert werden:

- Es ist ein ungeschriebenes allgemeines Prinzip der Ausbildung und Prüfung der Heilberufe, dass in der Ausbildung und in der Prüfung an Patienten gearbeitet wird. Dieses ungeschriebene allgemeine Prinzip schlägt sich in den Anforderungen an die Prüfungen bei den einzelnen Heilberufen fachspezifisch nieder.

¹⁶⁰ Die Vorschrift lautet:

„d) angemessene, in anerkannten Einrichtungen erworbene klinische Erfahrung, durch die die Hebamme in der Lage ist, unabhängig und in eigener Verantwortung in dem nötigen Umfang und mit Ausnahme von pathologischen Situationen vorgeburtliche Gesundheitsfürsorge zu leisten, die Entbindung und die Folgemaßnahmen in anerkannten Einrichtungen durchzuführen sowie die Wehen und die Geburt, die nachgeburtliche Gesundheitsfürsorge und die Wiederbelebung von Neugeborenen bis zum Eintreffen eines Arztes zu überwachen;“

¹⁶¹ S. die Hinweise für Simulationen in der praktischen Ausbildung der Hebammen in Anhang 5.5.1, Teil B., der Richtlinie 2005/36/EG:

- „– aktive Teilnahme an ein oder zwei Steißgeburten. Sollte dies aufgrund einer ungenügenden Zahl von Steißgeburten nicht möglich sein, sollte der Vorgang simuliert werden;
- Durchführung der Episiotomie und Einführung in die Vernähung der Wunde. Die Einführung in die Vernähung umfasst einen theoretischen Unterricht sowie praktische Übungen. Die Praxis der Vernähung umfasst die Vernähung der Episiotomien und kleiner Dammrisse und kann wenn nicht anders möglich auch simuliert werden;“

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- Eine Ersetzung von Patienten durch Simulationspatienten oder durch Puppen in Skills Labs kann regelhaft allenfalls für einzelne Teile stattfinden und nur dann, wenn die Prüfung der erforderlichen Kompetenzen gewährleistet ist. Zur Beurteilung dieser Frage ist auch auf den Sachverstand der jeweiligen Berufsgruppe bzw. ihrer Verbände zurückzugreifen.
- Im Einzelnen ist für die Beantwortung der Frage berufsfeldspezifisch und dort wieder spezifisch nach den einzelnen Aufgaben im praktischen Teil der Prüfung vorzugehen.

Im Folgenden sollen die aktuell rechtlich vorgeschriebenen spezifischen Prüfungsanforderungen hinsichtlich der praktischen Prüfung dargestellt und kommentiert werden.

4.4.5.2.2 Aktuelle Anforderungen an die praktische Prüfung

4.4.5.2.2.1 Altenpflege

AltPflAPrV:

§ 12 Praktischer Teil der Prüfung

(1) Der praktische Teil der Prüfung besteht aus einer Aufgabe zur umfassenden und geplanten Pflege einschließlich der Beratung, Betreuung und Begleitung eines alten Menschen. Er bezieht sich auf die Lernbereiche "Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege" und "Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung".

(2) Die Prüfungsaufgabe besteht aus der schriftlichen Ausarbeitung der Pflegeplanung, aus der Durchführung der Pflege einschließlich Beratung, Betreuung und Begleitung eines alten Menschen und aus einer abschließenden Reflexion. Die Aufgabe soll in einem Zeitraum von höchstens zwei Werktagen vorbereitet, durchgeführt und abgenommen werden. Der Prüfungsteil der Durchführung der Pflege soll die Dauer von 90 Minuten nicht überschreiten. Die Schülerinnen und Schüler werden einzeln geprüft.

Der Prüfungsteil, der sich direkt auf die Arbeit am Menschen bezieht, ist die Durchführung der Pflege eines alten Menschen. Die Durchführung der Pflege und schon die Pflegeplanung setzen eine Anamnese und die Diagnose der Pflegebedürftigkeit voraus.

Für die praktische Prüfung ist eine Ersetzungsmöglichkeit durch Simulationspatienten bereits vorgesehen (§ 5 Abs. 5 AltPflAPrV):

(5) Der praktische Teil der Prüfung kann mit Zustimmung der zuständigen Behörde an der Altenpflegeschule im Rahmen einer simulierten Pflegesituation durchgeführt werden, wenn seine ordnungsgemäße Durchführung gewährleistet ist.

Trotz dieser eingeräumten Simulationsmöglichkeit erscheint es eher schwer vorstellbar, wie die Beratung, Betreuung und Begleitung eines alten Menschen an einem Simulationspatienten vorgenommen werden kann.

4.4.5.2.2.2 Gesundheits- und Krankenpflege und Kinderkrankenpflege

KrPflAPrV:

§ 15 Praktischer Teil der Prüfung

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

(1) Der praktische Teil der Prüfung erstreckt sich auf die Pflege einer Patientengruppe von höchstens vier Patientinnen oder Patienten. Der Prüfling übernimmt in dem Fachgebiet seines Differenzierungsbereichs nach Anlage 1 Buchstabe B, in dem er zur Zeit der Prüfung an der praktischen Ausbildung teilnimmt, alle anfallenden Aufgaben einer prozessorientierten Pflege einschließlich der Dokumentation und Übergabe. In einem Prüfungsgespräch hat der Prüfling sein Pflegehandeln zu erläutern und zu begründen sowie die Prüfungssituation zu reflektieren. Dabei hat er nachzuweisen, dass er in der Lage ist, die während der Ausbildung erworbenen Kompetenzen in der beruflichen Praxis anzuwenden sowie befähigt ist, die Aufgaben in der Gesundheits- und Krankenpflege gemäß § 3 Abs. 1 des Krankenpflegegesetzes eigenverantwortlich auszuführen.

(...)

§ 18 Praktischer Teil der Prüfung

(1) Der praktische Teil der Prüfung erstreckt sich auf die Pflege bei einer Patientengruppe von höchstens vier Kindern oder Jugendlichen. Der Prüfling übernimmt in dem Fachgebiet seines Differenzierungsbereichs nach Anlage 1 Buchstabe B, in dem er zur Zeit der Prüfung an der praktischen Ausbildung teilnimmt, alle anfallenden Aufgaben einer prozessorientierten Pflege einschließlich der Dokumentation und Übergabe. In einem Prüfungsgespräch hat der Prüfling sein Pflegehandeln zu erläutern und zu begründen sowie die Prüfungssituation zu reflektieren. Dabei hat er nachzuweisen, dass er in der Lage ist, die während der Ausbildung erworbenen Kompetenzen in der beruflichen Praxis anzuwenden sowie befähigt ist, die Aufgaben in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gemäß § 3 Abs. 1 des Krankenpflegegesetzes eigenverantwortlich auszuführen.

(...)

In der Kommentarliteratur finden sich keine Äußerungen zu der Frage, ob in Prüfungen Simulationspatienten herangezogen werden können. Das deutet darauf hin, dass zumindest in der Kommentarliteratur solche Erwägungen nicht angestellt werden.¹⁶² Auch aus der pflegewissenschaftlichen Literatur sind keine Stimmen bekannt, die solches fordern würden.

4.4.5.2.2.3 Ergotherapie

ErgThAPrV:

§ 7 Praktischer Teil der Prüfung

(1) Im praktischen Teil der Prüfung hat der Prüfling

1. gemäß eines von ihm vorher zu erstellenden Arbeitsplanes unter Aufsicht ein Werkstück, eine Schiene, ein Hilfsmittel oder einen anderen therapeutischen Gegenstand anzufertigen und die therapeutische Einsatzmöglichkeit zu analysieren und zu begründen sowie
2. mit einem Patienten oder mit einer Patientengruppe eine ergotherapeutische Behandlung durchzuführen, die auf der Grundlage eines schriftlichen Prüfungsberichtes über die ergotherapeutische Befunderhebung, die Behandlungsplanung und deren Durchführung beruht.

(2) Die Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 soll an zwei Tagen durchgeführt werden und zwölf Stunden nicht überschreiten. Für die Prüfung nach Absatz 1 Nr. 2 sind dem Prüfling die Patienten spätestens vier Tage vor der Prüfung zuzuweisen. Die Auswahl der Patienten erfolgt durch einen Fachprüfer nach § 3 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 im Einvernehmen mit dem Patienten und dem für den Patienten verantwortlichen Fachpersonal. Nach der ergotherapeutischen Behandlung sollen in einem Prüfungsgespräch Fragen zum Ablauf der Behandlung sowie dem Prüfungsbericht gestellt werden.

¹⁶² Vgl. Dielmann, 2013, S. 216 ff.; Storsberg, et al., 2006, S. 149 ff.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Die Behandlung und das Gespräch sollen an einem Tag abgeschlossen sein und nicht länger als zwei Stunden dauern.

(...)

Eine direkte Arbeit am Patienten wird in § 7 Abs. 1 Nr. ErgThAPrV nicht erwähnt. Für den zweiten Teil der Prüfung gilt das zur Alten- und Krankenpflege Gesagte.

4.4.5.2.2.4 Hebammenkunde

HebAPrV:

§ 7 Praktischer Teil der Prüfung

(1) Der praktische Teil der Prüfung erstreckt sich auf die folgenden Aufgaben:

1. Aufnahme einer Schwangeren und Dokumentation der erhobenen Befunde mit Erstellung eines Behandlungsplanes,
2. Durchführung einer Entbindung mit Erstversorgung des Neugeborenen und Dokumentation im Einverständnis mit der Schwangeren,
3. eine praktische Pflegedemonstration an einem Säugling,
4. eine Fallbesprechung/Pflegedemonstration an einer Wöchnerin.

Im Einzelfall kann die Entbindung nach Nummer 2 auf Grund zwingender Umstände durch die Mitwirkung an einer operativen Entbindung ersetzt werden. Der praktische Teil der Prüfung soll für den Prüfling höchstens acht Stunden dauern; er kann auf zwei Tage verteilt werden.

(...)

Eine Ersetzung durch Simulationspatientinnen ist nicht möglich.

4.4.5.2.2.5 Logopädie

LogAPrO:

§ 7 Praktischer Teil der Prüfung

(1) Der praktische Teil der Prüfung erstreckt sich auf die angewandte Logopädie. Er umfaßt die folgenden Aufgaben:

1. Der Prüfling hat an einem Patienten oder einer Gruppe von solchen die Anamnese und den Befund zu erheben und einen Behandlungsplan mit den dazugehörigen Erörterungen und Begründungen unter Einbeziehung der sozialen, psychischen, beruflichen und familiären Situation aufzustellen. Der Patient oder eine Gruppe von solchen werden vom Prüfling bis zum praktischen Teil der Prüfung behandelt. Während des praktischen Teils der Prüfung hat der Prüfling eine Behandlung durchzuführen.
2. Der Prüfling hat einem ihm unbekanntem Patienten oder einer Gruppe von solchen eine Behandlung durchzuführen. Das phoniatriisch-logopädische Krankenblatt ist ihm zwei Stunden vor der Prüflingsbehandlung zur Kenntnis zu geben.

(...)

Der Einsatz von Simulationspatienten erscheint hier nicht möglich.

Die Modellträger bringen vor, dass sehr gute Erfahrungen mit geschulten Schauspielern als Simulationspatienten gemacht worden sind. Auf diese Weise könnten gezielt Leistungsvariablen in Prüfungen eingebaut werden, indem Schauspieler bestimmten Instruktionen folgen und z.B.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

ein therapeutisches Gespräch in verschiedener Weise erschweren und damit besondere Kompetenzen erkennbar werden. Diese Art der praktischen Prüfung habe sich bereits bewährt.

4.4.5.2.6 Physiotherapie

PhysTh-APrV:

§ 14 Praktischer Teil der Prüfung

(1) Der praktische Teil der Prüfung erstreckt sich auf folgende Fächergruppen:

1. a) Krankengymnastische Behandlungstechniken: der Prüfling hat mindestens drei spezifische krankengymnastische Behandlungstechniken am Probanden auszuführen und zu erklären;
- b) Bewegungserziehung: der Prüfling hat eine krankengymnastische Gruppenbehandlung mit mindestens sechs Teilnehmern diagnosebezogen anzuleiten;
2. a) Massagetherapie: der Prüfling hat aufgrund der Vorgaben des Fachprüfers mindestens eine Behandlungstechnik am Probanden auszuführen und zu erklären;
- b) Elektro-, Licht- und Strahlentherapie: der Prüfling hat aufgrund der Vorgaben des Fachprüfers mindestens eine Behandlungstechnik am Probanden auszuführen und zu erklären;
- c) Hydro-, Balneo-, Thermo- und Inhalationstherapie: der Prüfling hat aufgrund der Vorgaben des Fachprüfers mindestens eine Behandlungstechnik am Probanden auszuführen und zu erklären;
3. Methodische Anwendung der Physiotherapie in den medizinischen Fachgebieten: der Prüfling hat an einem Patienten aus den medizinischen Fachgebieten Chirurgie oder Orthopädie sowie an einem Patienten aus den medizinischen Fachgebieten Innere Medizin, Neurologie, Gynäkologie oder Pädiatrie je eine Befunderhebung durchzuführen, zu bewerten, zu dokumentieren und den Therapieplan mit Behandlungsziel und Behandlungsschwerpunkt zu erstellen sowie auf dieser Grundlage geeignete Behandlungstechniken durchzuführen.

(...)

Die unterschiedliche Wortwahl „Proband“ und „Patient“ deutet darauf hin, dass es sich beim Probanden nicht um eine kranke Person handeln muss, während beim Patienten die kranke Person gemeint ist. Der Einsatz von Simulationspatienten erscheint im Rahmen der Prüfung nach § 14 Abs. 1 Nr. 3 PhysTh-APrV nicht möglich zu sein.

4.4.5.2.3 Zusammenfassung und Empfehlungen zur Prüfung am Patienten

Die Prüfung an Simulationspatienten oder allgemeiner: in simulierten Praxissituationen ist rechtlich explizit und ausnahmsweise nur für die Altenpflege vorgesehen. In der Physiotherapie wird zwischen Probanden und Patienten unterschieden.

Für die künftige Gestaltung der praktischen Prüfung muss am Prinzip der regelhaften Prüfung am Patienten festgehalten werden. Ausnahmen können analog zu § 5 Abs. 5 AltPflAPrV vorgesehen werden. Auch ist daran zu denken, die Prüfung in simulierten Prüfungssituationen als Modellversuch zuzulassen. Dies gilt insbesondere für die Prüfung in der Logopädie. Der Prüfungsbehörde kann die Möglichkeit gegeben werden, bei entsprechender fachlicher Begründung zeitlich und thematisch begrenzt eine Prüfung an Simulationspatienten zuzulassen.

4.5 Zulassung zur Prüfung

Neben dem Nachweis der Identität ist Zulassungsvoraussetzung die Bescheinigung über die „regelmäßig und erfolgreiche Teilnahme an der Ausbildung“ (zu diesem Erfordernis s. oben Abschnitt 3.5.5).¹⁶³ Das bedeutet auch, dass die Ausbildung in Gänze absolviert sein muss.

Bei den Logopäden ist zusätzlich ein Nachweis einer Ausbildung in Erster Hilfe erforderlich (§ 4 Abs. 2 Nr. 4 LogAPrO). Bei den anderen Heilberufen ist die Erste Hilfe Bestandteil der Ausbildung.¹⁶⁴ Änderungsbedarf ist hier nicht ersichtlich. Von Modellträgern der Logopädie wird vorgebracht, dass der Erste-Hilfe-Nachweis auch als Auflage für die Erteilung der Berufsurkunde erhalten bleiben könne.

Die Zulassung zur Abschlussprüfung bei einer hochschulischen Ausbildung kann von Leistungsnachweisen abhängig gemacht werden. Solche hochschulische Leistungskontrollen als Zulassungsvoraussetzungen für die staatliche Prüfung finden sich schon in der ärztlichen Ausbildung (§ 27 Abs. 1 ÄApprO). Man könnte sich deshalb dieses Regelungsvorbildes für die Zulassung zu den Prüfungen bei anderen als ärztlichen Heilberufen bedienen.

4.6 Prüfungsverantwortlichkeiten

4.6.1 Staatliche Gesamtverantwortlichkeit und hochschulische Verantwortlichkeit

Es wird hier davon ausgegangen, dass die (Gesamt-)Verantwortlichkeit für die Durchführung der Prüfung bei staatlichen Behörden liegen muss. Diese staatliche (Gesamt-)Verantwortlichkeit kann sich aber im Verhältnis zu den Hochschulen unterschiedlich darstellen.

So ist es theoretisch denkbar, beim bisherigen Verfahren zu bleiben und wie bisher nur den staatlichen Prüfungsbehörden die Zuständigkeit für die Durchführung der Prüfung zuzuweisen. Dies würde bedeuten, dass die Studierenden die Prüfungen für einen Hochschulabschluss und die staatliche Prüfung durchlaufen müssen. Eine solche Lösung widerspricht nicht nur den Anliegen der Studierenden; sie wäre auch zeitlich und organisatorisch, wie die Modellvorhaben gezeigt haben, nur unter Schwierigkeiten durchzuführen und widerspricht insgesamt der Struktur des Studienganges.

Es kann aber auch eine Aufteilung der Verantwortlichkeiten bei der Durchführung der Prüfung dergestalt vorgenommen werden, dass bestimmte Prüfungsanteile, so des praktischen und theoretischen Unterrichts, in die heilberuferechtlich definierten Module eingehen und dort in der

¹⁶³ Altenpflege: § 8 Abs. 2 Nr. 2 iVm § 3 Abs. 2 Satz 1 AltPflAPrV; Krankenpflege: § 5 Abs. 2 Nr. 2 iVm § 1 Abs. 4 KrPflAPrV; Ergotherapie: § 4 Abs. 2 Nr. 2 iVm § 1 Abs. 3 ErgThAPrV; Physiotherapie: § 4 Abs. 2 iVm § 1 Abs. 4 PhysTh-APrV; Logopädie: § 4 Abs. 2 iVm § 1 Abs. 2 LogAPrO; Hebammen: § 4 Abs. 2 Nr. 2 iVm § 1 Abs. 4 HebAPrV.

¹⁶⁴ Altenpflege: Anlage zu § 1 Abs. 1 AltPflAPrV, Abschnitt A. Nr. 1.3; Krankenpflege: Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 KrPflAPrV, Abschnitt A. Nr. 9; Ergotherapie: Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 ErgThAPrV, Abschnitt A. Nr. 9; Physiotherapie: Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 PhysTh-APrV, Abschnitt A. Nr. 7; Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 HebAPrV, Abschnitt Erstes Jahr der Ausbildung, Nr. 7.

Verantwortlichkeit der Hochschule in den entsprechenden Prüfungen (Leistungsnachweisen) abgenommen werden. Am Schluss stehen dann eine staatliche Prüfung zum praktischen Teil der Ausbildung und eine Abschlussarbeit.¹⁶⁵ Damit die Prüfung insgesamt als staatliche Prüfung gelten kann, ist es erforderlich, dass entweder die hochschulischen Prüfungsverantwortlichen in eine staatliche Behörde einbezogen werden, z.B. als staatlich bestellte Prüfer in einer staatlich definierten Prüfungskommission, oder durch eine Beteiligung der staatlichen Prüfer an den hochschulischen Prüfungen.

Eine andere Form der Aufteilung der Verantwortlichkeiten zwischen staatlichen Prüfungsbehörden und Hochschule besteht darin, dass die Studierenden gemäß dem staatlichen festgelegten Ausbildungsprogramm von der Hochschule geprüft werden und dass die staatliche Prüfungsbehörde diese Prüfungsleistungen bestätigt.¹⁶⁶ Dieses Modell hätte zwar administrative Vorteile, würde aber der staatlichen Verantwortlichkeit nur noch einen eher formalen Charakter zuweisen.

4.6.2 Prüfungsbehörde

Die Prüfungsbehörde ist für die Prüfungsorganisation zuständig. Es handelt sich um Organe mit selbstständigen, nach außen gerichteten Wahrnehmungskompetenzen.¹⁶⁷

Die Frage, ob und in welcher Weise eine staatliche Verantwortlichkeit in Hinblick auf die Zulassung zu einer Prüfung und die Durchführung einer Prüfung gegeben ist, hängt nicht von der Art der Ausbildung (schulisch – hochschulisch) ab, sondern primär von der Verantwortlichkeit für die Prüfung selbst. Diese Verantwortlichkeit kann sich nach verfassungsrechtlichen Kriterien bestimmen. So wird bei der Berufszulassung zu den Heilberufen ein staatlicher Schutzauftrag im Rahmen des Gesundheitsschutzes wahrgenommen. Dies spricht für eine staatliche Verantwortlichkeit auch für die Prüfung bei Heilberufen. Eine vollständige Abgabe dieser staatlichen Verantwortlichkeit an die Hochschulen erscheint verfassungsrechtlich zumindest problematisch zu sein.

In Hinblick auf die Gestaltung und Durchführung der Prüfungen bei einer heilberuflichen Ausbildung an Hochschulen wird man daher von einer staatlichen Gewährleistungsverantwortung für das Prüfungswesen bei diesen Berufen ausgehen können. Die Wahrnehmung der Gewährleistungsverantwortung bedeutet dabei nicht immer eine direkte Implikation staatlicher Prüfungsbehörden in das Prüfungswesen. Die staatliche Gewährleistungsverantwortung schließt nicht aus, dass andere als staatliche Prüfungsbehörden, so auch Hochschulen, in das Prüfungswesen verantwortlich mit einbezogen werden. Dies kann auch im Rahmen von Prüfungskommissionen geschehen. Entscheidend ist, dass für die Prüfung letztlich eine staatliche Behörde (Prüfungsamt) verantwortlich ist. Beispiele hierfür liefern die Prüfungen bei anderen staatlich regulierten Berufsausbildungen, so bei den Juristen und bei den Ärzten.

¹⁶⁵ Dies entspricht dem Modell A im Konzeptpapier Walkenhorst, et al., 2013, S. 17.

¹⁶⁶ Dies entspricht dem Modell B im Konzeptpapier Walkenhorst, et al., 2013, S. 17.

¹⁶⁷ So Niehues, et al., 2014, S. 148, Rn. 358.

Unabhängig davon muss die Prüfungsbehörde die Möglichkeit des Einblickes in das Prüfungsgeschehen haben. Dies kann vor allem dadurch geschehen, dass die Prüfungsbehörde die Prüfungsprotokolle der praktischen Prüfung und der mündlichen Prüfung erhält. Weiter sind der Prüfungsbehörde die Zusammenfassungen und die Bewertungen der schriftlichen Abschlussarbeiten zur Kenntnis zu geben. Eine Vorabmitteilung der Themen für Abschlussarbeiten ist nicht erforderlich, da die Prüfungsbehörde keine vorgehenden Kontrollen vornehmen sollte.

Ein wesentliches Element für eine einheitliche Handhabung des Prüfungsgeschehens in einem Bundesland ist die Einrichtung eines Landesprüfungsamtes.¹⁶⁸ Solche Landesämter existieren z.B. für die Juristen und für die akademischen Heilberufe sowie für die Hebammen- und die Pflegeausbildung in einigen Bundesländern.

Im Sinne der Verständigung über gleich anzuwendende Prüfungsstandards wäre auch die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft der Prüfungsbehörden denkbar.

Von den Modellträgern wird hier zum Teil für eine Verlagerung der Prüfungsverantwortung an die Hochschulen plädiert. Zum Teil wird eine zentrale Prüfungsstelle angeregt, die im Sinne der Qualitätssicherung wünschenswert sei.

Am Rande ist zu erwähnen, dass für die in einigen Bundesländern in Entstehung begriffenen Pflegekammern für die Prüfung im Rahmen einer hochschulischen Ausbildung eine Prüfungsverantwortlichkeit nicht gefordert wird.¹⁶⁹ Zwar ist die Verantwortlichkeit von Kammern für die Prüfung im Berufsbildungswesen ein gängiges Modell (vgl. § 71 BBiG). Für die Berufsbildung der Fachangestellten im Bereich der Gesundheitsdienstberufe sind jeweils für ihren Bereich die Ärzte-, Zahnärzte-, Tierärzte- und Apothekerkammern für die Prüfung verantwortlich (§ 71 Abs. 6 BBiG). Dies gilt aber nicht für die hochschulische Ausbildung (vgl. § 8 ÄApprO). Die Ärztekammern sind nicht für die ärztliche Prüfung verantwortlich.

4.6.3 Prüfungsausschüsse/-kommissionen – Prüfungsmitglieder

4.6.3.1 Gegenwärtige Situation und rechtliche Anforderungen

Die Terminologie bezüglich der Gremien, die mit Prüfungen befasst sind, ist uneinheitlich. So werden als Prüfungskommissionen Gremien bezeichnet, in denen eine Mehrzahl von Prüfern die Leistungen des Prüflings ermitteln und bewerten. Prüfungsausschüsse sind hingegen Gremien, die an Verwaltungsentscheidungen der Prüfungsbehörden mitwirken oder diese laut Prüfungsordnung selbstständig zu treffen haben, etwa in der Frage, ob eine Täuschungshandlung vorliegt.¹⁷⁰

¹⁶⁸ S. den Vorschlag bei Walkenhorst, et al., 2013, S. 14.

¹⁶⁹ S. die Beschreibung der Aufgaben einer Pflegekammer unter <http://www.pflegekammer-rlp.de/argumente-fur-die-pflegekammer/> (Zugriff am 20.08.2014).

¹⁷⁰ So Niehues, et al., 2014, S. 147, Rn. 356.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Bei den hier zugrunde liegenden heilberuflichen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen wird durchgehend von Prüfungsausschüssen und Prüfungsmitgliedern gesprochen.¹⁷¹ Bei der Altenpflege ist auch die Bildung von Fachausschüssen möglich (§ 7 AltPflAPrV). Die Funktion dieser Prüfungsausschüsse liegt in der Durchführung der Prüfung selbst (Leistungsermittlung und Leistungsbewertung), wobei bei den Prüfungen nicht alle Mitglieder des Prüfungsausschusses, sondern der Vorsitzende und Fachprüfer an der Abnahme der Prüfungen beteiligt sind. Die Prüfungsausschüsse sind insofern nach der vorstehend geschilderten Terminologie eher als Prüfungskommissionen zu verstehen. Die Mitwirkung an Verwaltungsentscheidungen ist hingegen nur dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses übertragen, so etwa bei der Zulassung zur Prüfung oder bei Ordnungsverstößen oder Täuschungsversuchen.

Der Vorsitzende des Prüfungsausschusses ist ein Vertreter der zuständigen Prüfungsbehörde oder eine von dieser Behörde mit dieser Aufgabe betraute Person. Der Vorsitzende des Prüfungsausschusses muss fachlich geeignet sein.

Alle Prüfungsmitglieder müssen die allgemeine fachliche Qualifikation für die sachkundige Beurteilung von Leistungen in dem Bereich des Prüfungsgegenstandes haben.¹⁷² Dies wird in der Regel dadurch belegt, dass der Prüfer selbst die Prüfung abgelegt hat. Die allgemeine fachliche Qualifikation kann auch anderweitig „gleichwertig“ belegt werden. Hier sind strenge Anforderungen zu stellen. Findet eine heilberufliche Prüfung im Rahmen einer hochschulischen Ausbildung statt, die zu einem hochschulischen Abschluss (Bachelor) führt, müssen die Prüfungsmitglieder grundsätzlich die allgemeine fachliche Qualifikation für die von ihnen durchgeführten Prüfungen bzw. Teilprüfungen aufweisen.

Die Prüfungsausschüsse sind so zusammengesetzt, dass neben dem Vorsitzenden, der Vertreter der Prüfungsbehörde ist oder von ihr betraut ist, Mitglieder aus dem Bereich der Schulverwaltung (Therapieberufe, Hebammen) oder die Leiter der Schulen (so bei der Alten- und Krankenpflege, zusätzlich bei den Hebammen) sowie Fachprüfer von der zuständigen Behörde bestellt werden. Zu den Fachprüfern zählt bis auf den Prüfungsausschuss bei der Altenpflege immer ein Arzt.

Für eine künftige Regelung der Voraussetzungen für die Bestellung von Prüfern und Prüfungsmitgliedern und die Besetzung der Prüfungskommissionen sind vor allem die verfassungsrechtlichen Anforderungen entscheidend. Bundes- und landesrechtliche Vorschriften zu den Prüfungen müssen sich an den verfassungsrechtlichen Anforderungen der Berufsfreiheit und der Gleichbehandlung messen lassen.

Folgende Fragen sind in diesem Zusammenhang zu nennen:

- Wie ist das Zweiprüferprinzip bei Modulprüfungen zu gewährleisten?
- Welche Anforderungen sind an die Qualifikation der Prüfer zu stellen?

¹⁷¹ Altenpflege: § 6 AltPflAPrV; Krankenpflege: § 4 KrPflAPrV; Hebammen: § 3 HebAPrV; Logopädie: § 3 LogAPrO; Ergotherapie: § 3 ErgThAPrV; Physiotherapie: § 3 PhysTh-APrV.

¹⁷² Die folgende Darstellung beruht im Wesentlichen auf Niehues, et al., 2014, S. 124 ff., Rn. 304 ff.

- Wie setzen sich die Prüfungskommissionen zusammen und wer führt den Vorsitz?
- Wie werden die Mitglieder der Prüfungskommissionen bestellt?

4.6.3.2 Zweiprüferprinzip bei Modulprüfungen

Das Zweiprüferprinzip gilt als wesentlicher Bestandteil prüfungsrechtlicher Verfahrensordnungen insbesondere bei berufsqualifizierenden Abschlüssen.¹⁷³ Das OVG Münster¹⁷⁴ führt hierzu aus:

„Bei Prüfungsleistungen, die den Zugang zu einem Beruf eröffnen (bzw. im Nichtbestehensfall versperren), ergeben sich allerdings Anforderungen an das Prüfungsverfahren nicht nur aus Art. 3 Abs. 1 i.V.m. Art. 20 Abs. 1 GG, sondern auch aus Art. 12 Abs. 1 GG. Berufsbezogene Prüfungsverfahren müssen nach Art. 12 Abs. 1 GG so gestaltet sein, dass das Grundrecht der Berufsfreiheit effektiv geschützt wird. Für den Umfang und die Ausgestaltung des verfahrensbezogenen Grundrechtsschutzes sind zum einen Art und Intensität des Grundrechtseingriffs, zum anderen die Möglichkeit wirksamer nachträglicher, ggfs. auch gerichtlicher Kontrolle maßgeblich. Einerseits wird durch die Bewertung von Prüfungsleistungen, bei deren Nichtbestehen die betreffende Ausbildung beendet ist, intensiv in die Freiheit der Berufswahl eingegriffen, weil von ihrem Ergebnis abhängt, ob ein bestimmter Beruf überhaupt ergriffen und welche Tätigkeit gewählt werden kann. Auf der anderen Seite ist der Bewertungsvorgang von subjektiven Eindrücken des einzelnen Prüfers geprägt; dies führt dazu, dass die gemäß Art. 19 Abs. 4 GG gebotene gerichtliche Kontrolle von Prüfungsbewertungen - auch nach der geänderten, die Kontrolldichte verstärkenden Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts - nur eingeschränkt möglich ist. Zum Ausgleich des insoweit bestehenden Defizits sind möglichst wirksame Verfahrensgarantien unerlässlich.“

(...)

„Die Frage, ob ausgehend von diesen Überlegungen aus Verfassungsgründen das "Zwei-Prüfer-Prinzip" bei der Bewertung von Prüfungsleistungen jedenfalls in Fällen berufsrelevanter Prüfungen, bei denen das Nichtbestehen zur endgültigen Beendigung der Ausbildung führt und bei denen im konkreten Fall eine Bewertung als "nicht bestanden" in Rede steht, Geltung beansprucht, ist umstritten. Angesichts der Wirkung einer derartigen Prüfungsentscheidung als nicht überwindbare Berufszugangssperre und das im Hinblick auf prüfungsspezifische Wertungen bestehende Kontrolldefizit wird für die endgültige Nichtbestehensentscheidung in solchen Fällen eine erhöhte Richtigkeitsgewähr gefordert, die infolge der Subjektivität des von Unwägbarkeiten bestimmten Bewertungsvorgangs durch nur einen einzelnen Prüfer nicht im erforderlichem Maße erreicht werde.“

Unabhängig davon, ob das Zweiprüferprinzip verfassungsrechtliche Geltung hat oder nicht, besteht jedoch im Kern Einigkeit darüber, dass es sich um einen zentralen prüfungsrechtlichen Grundsatz handelt. Im Hochschulgesetz von Nordrhein-Westfalen wird dieser Grundsatz in § 65 Abs. 2 abgebildet:

(2) Prüfungsleistungen in schriftlichen oder mündlichen Prüfungen, mit denen ein Studiengang abgeschlossen wird, und in Wiederholungsprüfungen, bei deren endgültigem Nichtbestehen keine Ausgleichsmöglichkeit vorgesehen ist, sind von mindestens zwei Prüferinnen oder Prüfern im Sinne des Absatzes 1 zu bewerten. Darüber hinaus sind mündliche Prüfungen stets von mehreren Prüferinnen oder Prüfern oder von einer Prüferin oder einem Prüfer in Gegenwart einer

¹⁷³ Niehues, et al., 2014, S. 217 ff., Rn. 547 ff.

¹⁷⁴ OVG Münster, Beschluss vom 08.07.2010 – 6 B 743/10 – Rn. 17, 19 (Juris).

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

sachkundigen Beisitzerin oder eines sachkundigen Beisitzers abzunehmen, wenn die Nachvollziehbarkeit der mündlichen Prüfung nicht gesichert ist.

4.6.3.3 Anforderungen an die Qualifikation der Prüfer

Der Grundsatz, dass ein Prüfer die gleiche Qualifikation haben muss wie die durch die Prüfung zu erreichende Qualifikation, wird insofern modifiziert, als eine gleichwertige Qualifikation ausreicht. Dies ist auch in § 65 Abs. 1 HG NRW so festgelegt:

(1) Zur Abnahme von Hochschulprüfungen sind die an der Hochschule Lehrenden und in der beruflichen Praxis und Ausbildung erfahrene Personen, soweit dies zur Erreichung des Prüfungszweckes erforderlich oder sachgerecht ist, befugt. Prüfungsleistungen dürfen nur von Personen bewertet werden, die selbst mindestens die durch die Prüfung festzustellende oder eine gleichwertige Qualifikation besitzen. Die Prüferinnen und Prüfer sind in ihrer Prüfungstätigkeit unabhängig von Weisungen.

Da bisher hochschulische Ausbildungen für die berufsgesetzlich normierten anderen als ärztlichen Heilberufe nicht stattgefunden haben und deswegen Personen in der praktischen Ausbildung in der Regel nicht über hochschulische Qualifikationen verfügen oder solche Qualifikationen nur im Rahmen anderer hochschulischer Ausbildungen erworben haben, besteht unterschiedlich in den jeweiligen Heilberufen faktisch ein Mangel an hochschulisch qualifiziertem Personal für die Bereiche der Prüfung im praktischen Teil. Auf die Expertise des für die praktische Ausbildung verantwortlichen Personals kann jedoch nicht verzichtet werden. Aus diesem Grund wird man Lösungen wählen müssen, bei denen diese Personen dergestalt mit in die Prüfung einbezogen werden, dass in einem Kollegialprüfungsgremium neben den Mitgliedern ohne hochschulische Qualifikation auch Mitglieder mit hochschulischer Qualifikation eingebunden sind.

4.6.3.4 Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse/-kommissionen

Grundsätzlich soll die Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse/-kommissionen die Verantwortlichkeiten in der Ausbildung spiegeln. Das zeigt sich auch in der bisherigen Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse, bei denen auch die Leitung der Schulen und die ausbildenden Fachpersonen als Prüfer beteiligt sind.

Bei der bisherigen Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse wird zum Teil die Beteiligung von Ärzten kritisch gesehen. Die Beteiligung eines Arztes als Fachprüfer ist unter rechtlichen Gesichtspunkten unproblematisch. Der Arzt wird allgemein in der Heilkunde ausgebildet und übt diese aus (§ 2 Abs. 5 BÄO). Selbst wenn man der Ansicht ist, dass ein Arzt möglicherweise nicht die spezielle Fachlichkeit in dem jeweiligen anderen als ärztlichen Heilberuf hat und auch den formalen Abschluss hierfür nicht besitzt, so sprechen doch gute Gründe dafür, den Arzt an einem Prüfungsgremium zu beteiligen, in dem heilkundliche Bereiche geprüft werden. Zum einen kommt hier die Verantwortung des Arztes für die Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung zum Tragen (vgl. § 1 Abs. 1 BÄO). Zum anderen kann gerade der Arzt in einer Prüfung, die auf die Bewertung von Kompetenzen angelegt ist, mit seinem Überblick über die gesamte Heilkunde dafür Sorge tragen, dass die Anforderungen einer ganzheitlichen Versorgung entsprechend

wahrgenommen werden. Da in Zukunft die ärztlichen und anderen als ärztlichen Gesundheitsberufe verstärkt auf Kooperation angewiesen sein werden, spricht auch aus diesem Grund viel für eine Beteiligung eines Arztes an der Prüfung.

Die Modellträger sehen die Beteiligung eines Arztes aus den vorgenannten Gründen zum Teil kritisch. So wird darauf verwiesen, dass Ärzten im Medizinstudium keine Ausbildung in den Bereichen der Gesundheitsfachberufe vermittelt werde. Weiter wird betont, dass mittlerweile an den Hochschulen zunehmend Professorinnen und Professoren mit entsprechender gesundheitsfachlicher hochschulischer Qualifikation vorhanden seien. Angeregt wird auch, eine Kann-Beteiligungsmöglichkeit einzuführen.

4.6.3.5 Bestellung der Mitglieder des Prüfungsausschusses/der Prüfungskommissionen und des Vorsitzes

Bei hochschulischen Prüfungen sollen jedenfalls die hochschulischen Mitglieder des Prüfungsausschusses auf Vorschlag der Hochschule und im Benehmen mit der Hochschule von der staatlichen Prüfungsbehörde bestellt werden. Weitere Mitglieder des Prüfungsausschusses können ebenfalls auf diese Weise bestellt werden.

Unabhängig davon stellt sich die Frage des Vorsitzes in der Prüfungskommission unter dem Blickwinkel, ob der Vorsitz seitens einer Person der staatlichen Prüfungsbehörde oder seitens eines Hochschulmitglieds eingenommen wird. Auch hier kommt wieder wesentlich zum Tragen, dass die abschließende Prüfung als hochschulische Prüfung in staatlichem Rahmen zu verstehen ist. Entscheidend für die Bestellung des Vorsitzes sollte aber nicht die jeweilige Repräsentation der staatlichen Behörde oder der Hochschule sein, sondern die notwendige Fachlichkeit im Vorsitz. Bei Kollegialprüfungen ist es üblich, dass jedes Kommissionsmitglied bei der Bewertung über das gleiche Stimmengewicht verfügt, so dass sich daraus keine Präferenz für die eine oder andere Zuordnung des Vorsitzes ergibt.

Schon nach der bisherigen Rechtslage muss der Prüfungsvorsitz nicht bei einem Vertreter der Prüfungsbehörde liegen. Die zuständige Behörde kann auch eine fachlich geeignete Person mit der Wahrnehmung der Aufgabe als Vorsitzender betrauen.¹⁷⁵ Der Beauftragung eines entsprechend qualifizierten Mitglieds mit dem Vorsitz würde also bei einer Übernahme dieser Regelung nichts im Wege stehen.

Bei den Modellträgern besteht in der Frage des Vorsitzes weitgehend Einigkeit darüber, dass eine Hochschullehrerin oder ein Hochschullehrer den Vorsitz führen solle.

¹⁷⁵ § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, Abs. 3 Satz 1 KrPflAPrV; § 3 Abs. 1 Nr. 1 HebAPrV; § 3 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 ErgThAPrV; § 6 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 AltPflAPrV; § 3 Abs. 1 Nr. 1 PhysTh-APrV; § 3 Abs. 1 Nr. 1 LogAPrO.

4.7 Ablauf der Prüfungen (BMG-RL I.1.3)

Hinsichtlich der Modalitäten der Prüfung kann auf die Erfordernisse der hochschulischen Ausbildung eingegangen werden.¹⁷⁶ Dabei ist unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten darauf zu achten, dass sich die Gewichte der Prüfungsbelastung in der Summe wie in den einzelnen Prüfungsteilen im Verhältnis zwischen staatlicher und hochschulischer Prüfung nicht verschieben.

4.7.1 Prüfungszeitraum

Für die Gesamtdauer der Prüfung enthalten die Prüfungsordnungen keine Aussagen. Nur für die schriftlichen Prüfungen werden Tage festgelegt (zwei oder drei Tage),¹⁷⁷ wobei nur bei der Altenpflege aufgeführt wird, dass es sich um drei aufeinanderfolgende Tage handeln muss (§ 10 Abs. 2 Satz 2 AltPflAPrV).

Der Sinn solcher Vorgaben liegt darin, den persönlichen Belastungen bei Prüfungen Rechnung zu tragen. Gleichzeitig soll der Prüfungszeitraum überschaubar und damit planbar werden.

Die Frage, in welchem Zeitraum und in welchen Abständen Prüfungen zu absolvieren sind, ist hier nur unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung zwischen hochschulischer und schulischer Prüfung zu diskutieren. Wenn sich künftig die Prüfungsabläufe bei den hochschulischen und bei den schulischen Prüfungen unterscheiden, wird man zumindest dem Gesichtspunkt Rechnung tragen müssen, dass sich durch unterschiedliche zeitliche Ansätze keine Unterschiede ergeben, die nicht aus den jeweiligen Prüfungssituationen an der Hochschule und an den Schulen zu rechtfertigen sind.

Dem Anliegen von einigen Modellträgern, die zeitlichen Vorgaben etwas zu flexibilisieren, kann unter diesem Gesichtspunkt Rechnung getragen werden.

4.7.2 Verhältnis von Modulnoten und Abschlussnote

Wenn die Abschlussprüfung in staatlicher Verantwortlichkeit durchgeführt wird, ist die Bewertung der Prüfungsleistungen durch die staatlichen und/oder beauftragten Hochschullehrerinnen und –lehrer unproblematisch. Anders ist dies bei der Bewertung der Leistungskontrollen (Modulnoten), die alleine durch hochschulisches Prüfungspersonal vorgenommen wird. Wenn diese Modulnoten in die Gesamtnote des Abschlusszeugnisses eingehen sollen, ist für diesen Teil der Bewertung keine staatliche Prüfungsverantwortlichkeit mehr gegeben.¹⁷⁸

¹⁷⁶ Für die Modalitäten der Prüfung kann beispielshalber auf die Bachelor-Rahmenprüfungsordnung (BRPO) für die Bachelorstudiengänge der Hochschule Bochum vom 30.06.2010 verwiesen werden, Hochschule Bochum. Der Präsident., 2010.

¹⁷⁷ Zwei Tage: § 5 Abs. 1 Satz 4 LogAPrO; § 12 Abs. 1 Satz 2 PhysTh-APrV; § 5 Abs. 2 Satz 4 HebAPrV. Drei Tage: § 16 Abs. 1 Satz 4 KrPflAPrV; § 5 Abs. 1 Satz 4 ErgThAPrV; § 10 Abs. 2 Satz 2 AltPflAPrV (drei aufeinanderfolgende Tage).

¹⁷⁸ Für die besonderen prüfungsrechtlichen Anforderungen in Richtung auf die Prüfer bei den Modulnoten s. Niehues, et al., 2014, S. 50, Rn. 123; S. 220, Rn. 553.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Bei der ärztlichen Prüfung werden die Noten der im Laufe des Studiums zu absolvierenden Leistungsnachweise auf dem Zeugnis gesondert ausgewiesen (§ 27 Abs. 5 ÄApprO), gehen also nicht in die Gesamtnote ein.

In der bisherigen Ausbildung nach den Heilberufegesetzen werden im Zeugnis über die staatliche Prüfung die Noten für die schriftliche und mündliche Prüfung sowie für den praktischen Teil der Prüfung getrennt ausgewiesen. Dementsprechend könnten auch die Modulprüfungen im Abschlusszeugnis aufgeführt werden. Die Bachelor-Rahmenprüfungsordnung (BRPO) für die Bachelorstudiengänge der Hochschule Bochum¹⁷⁹ liefert eine entsprechende Vorlage hierfür (§ 23 BRPO).

Wenn jedoch die Modulnoten direkt in der Weise in die Abschlussnoten eingehen sollen, dass sie die Abschlussnote mit beeinflussen, besteht das oben artikuliert Problem der fehlenden staatlichen Prüfungsverantwortlichkeit. Diesem Problem könnte dadurch begegnet werden, dass die hochschulischen Prüfer von der staatlichen Prüfungsbehörde als Prüfer bestellt werden.

Im Ergebnis kann Folgendes gesagt werden: In der Gemengelage zwischen den auf der Hochschulautonomie gründenden hochschulischen Ausbildungsanliegen¹⁸⁰ und der gerade die Heilberufe betreffenden verfassungsrechtlich fixierten grundsätzlichen staatlichen Verantwortlichkeit wird den hochschulischen Anliegen in Richtung auf die Anerkennung der Leistungsnachweise zu den Modulen schon dann hinreichend Rechnung getragen, wenn diese Leistungsnachweise als Zulassungsvoraussetzung für die Abschlussprüfung gelten und wenn die Noten für diese Leistungsnachweise im Abschlusszeugnis getrennt aufgeführt werden, ohne in die Abschlussnote einzugehen. Sollen die Noten der Leistungskontrollen in die Abschlussnoten eingehen, müssen die Prüfer für diese Leistungskontrollen von der Prüfungsbehörde hierzu beauftragt werden.

4.7.3 Bewertungssystem / Notenskalen

4.7.3.1 Bewertungssystem (ECTS)

Für die Ausgestaltung des Bewertungssystems gemäß dem European Credit Transfer System (ECTS) kann auf die Ländergemeinsamen Strukturvorgaben für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen verwiesen werden.¹⁸¹

4.7.3.2 Notenskala

Es gibt in Deutschland für bestimmte Ausbildungen bundeseinheitliche Bewertungs- und Notensysteme.¹⁸² Eine solche bundeseinheitliche Notenordnung findet sich auch bei den Heilberufen, geregelt in den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen. Die Notenskala enthält sechs Noten von

¹⁷⁹ Hochschule Bochum. Der Präsident., 2010.

¹⁸⁰ S. dazu oben Fußnote 152.

¹⁸¹ Beschluss der Kultusministerkonferenz, 2003.

¹⁸² So etwa für die Juristenausbildung die Verordnung über eine Noten- und Punkteskala für die erste und zweite juristische Staatsprüfung vom 3.12.1981, BGBl. I S. 1243.

„sehr gut“ bis „ungenügend“.¹⁸³ Die Bestehensgrenze liegt dabei bei der Note Ausreichend, also bei der vierten Notenstufe.

Für die hier einschlägigen Heilberufe besteht folgende sechsstufige Notenskala:

- "sehr gut" (1), wenn die Leistung den Anforderungen in besonderem Maße entspricht,
- "gut" (2), wenn die Leistung den Anforderungen voll entspricht,
- "befriedigend" (3), wenn die Leistung im Allgemeinen den Anforderungen entspricht,
- "ausreichend" (4), wenn die Leistung zwar Mängel aufweist, aber im Ganzen den Anforderungen noch entspricht,
- "mangelhaft" (5), wenn die Leistung den Anforderungen nicht entspricht, jedoch erkennen lässt, dass die notwendigen Grundkenntnisse vorhanden sind und die Mängel in absehbarer Zeit behoben werden können,
- "ungenügend" (6), wenn die Leistung den Anforderungen nicht entspricht und selbst die Grundkenntnisse so lückenhaft sind, dass die Mängel in absehbarer Zeit nicht behoben werden können.

Die Grenze für das Bestehen der Prüfung liegt bei der Note Ausreichend.

Für die Benotung von Leistungen der Bachelor-Prüfungen an Hochschulen gilt das in Deutschland mittlerweile übliche fünfstufige Notensystem:¹⁸⁴

§ 9 Abs. 3 Rahmenprüfungsordnung Bochum:

Für die Bewertung der Prüfungsleistungen werden folgende Noten verwendet:

- 1 = sehr gut = eine hervorragende Leistung;
- 2 = gut = eine Leistung, die erheblich über den durchschnittlichen Anforderungen liegt;
- 3 = befriedigend = eine Leistung, die durchschnittlichen Anforderungen entspricht;
- 4 = ausreichend = eine Leistung, die trotz Mängeln noch den Anforderungen genügt;
- 5 = nicht ausreichend (nicht bestanden) = eine Leistung, die wegen erheblicher Mängel den Anforderungen nicht mehr genügt.

Zur weiteren Differenzierung der Bewertung können um 0,3 verminderte oder erhöhte Notenziffern verwendet werden; die Noten 0,7, 4,3, 4,7 und 5,3 sind ausgeschlossen.

Eine künftige Angleichung der Notenskalen im schulischen Ausbildungs- und Prüfungsbereich an das fünfstufige Notensystem ist unter rechtlichen Aspekten unproblematisch.

4.7.3.3 Lösung der Probleme bei der Anwendung unterschiedlicher Notenskalen auf dieselbe Prüfungsleistung

Sollte es nicht möglich sein, zu einem Stichtag für die Heilberufe in den Modellvorhaben ebenso wie für die entsprechenden Heilberufe in schulischer Ausbildung ein gemeinsames Notensystem zu schaffen, so ist Folgendes zu bedenken:

Die Bewertung einer Prüfungsleistung mit einer Note stellt den wichtigsten Ausweis für die Qualifikation der Leistung einer Person dar. Die Prüfungsnote wird in der Außenwirkung als bestimmter Wert wahrgenommen. Im gesellschaftlichen Verständnis hat sich dazu eine mehr oder weniger verfestigte Vorstellung herausgebildet. Die auf ein Abschlusszeugnis gestützten beruflichen

¹⁸³ Die Notenskala bei den Prüfungen der Ärzte unterscheidet nur fünf Noten, vgl. § 13 Abs. 2 ÄApprO.

¹⁸⁴ Hier wird das Beispiel der Bachelor-Rahmenprüfungsordnung (BRPO) für die Bachelorstudiengänge der Hochschule Bochum zugrunde gelegt Hochschule Bochum. Der Präsident., 2010.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Chancen stellen aber zusätzlich einen Relationswert im Verhältnis der Bewerber aus einem bestimmten Fach für eine bestimmte Tätigkeit dar. Bei Bewerbungen im öffentlichen Dienst erfahren Zeugnisnoten wegen des dort herrschenden Leistungsgrundsatzes noch eine zusätzliche besondere Bedeutung (vgl. Art. 33 Abs. 2 GG). Verfassungsrechtlich ist hier die Dimension der Gleichbehandlung angesprochen.

Werden für eine bestimmte Prüfungsleistung nach einer bestimmten Prüfungsordnung Noten vergeben, die gleichzeitig in einer anderen Prüfungsordnung gelten sollen, können vor allem Probleme auftreten, wenn unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe für die einzelnen Notenstufen bei gleicher Notenskala gegeben sind, oder wenn sich schon die Notenskalen unterscheiden. Weitere Probleme können sich bei der Festlegung von Rundungswerten ergeben.

Die Probleme der Anwendung unterschiedlicher Notenskalen lassen sich grundsätzlich auf zweierlei Weise bewältigen. Die eine Lösung besteht darin, dass für die Notenskalen Äquivalenzregelungen geschaffen werden. Dies ist immer dann erforderlich, wenn eine Gesamtnote aus Noten unterschiedlicher Notensysteme gebildet werden muss. Dabei kann die Note aus dem anderen Notensystem auch nachrichtlich mitgeteilt werden. Die andere Lösung besteht in der Doppelausweisung der Noten je nach dem einen oder anderen Notensystem im Zeugnis. Dies ist aber nur dann möglich, wenn eine Gesamtnote nicht gebildet werden muss.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Heilberufe		Rahmenordnung Hochschule Bochum	
Sehr gut – 1 -	wenn die Leistung den Anforderungen in besonderem Maße entspricht	Sehr gut – 1 -	eine hervorragende Leistung
Gut – 2 -	wenn die Leistung den Anforderungen voll entspricht	Gut – 2 -	eine Leistung, die erheblich über den durchschnittlichen Anforderungen liegt
Befriedigend – 3 -	wenn die Leistung im Allgemeinen den Anforderungen entspricht	Befriedigend – 3 -	eine Leistung, die durchschnittlichen Anforderungen entspricht
Ausreichend – 4 -	wenn die Leistung zwar Mängel aufweist, aber im Ganzen den Anforderungen noch entspricht	Ausreichend – 4 -	eine Leistung, die trotz Mängeln noch den Anforderungen genügt
Mangelhaft – 5 -	wenn die Leistung den Anforderungen nicht entspricht, jedoch erkennen lässt, dass die notwendigen Grundkenntnisse vorhanden sind und die Mängel in absehbarer Zeit behoben werden können	Nicht ausreichend (nicht bestanden) – 5 -	eine Leistung, die wegen erheblicher Mängel den Anforderungen nicht mehr genügt
Ungenügend – 6 -	eine Leistung, die wegen erheblicher Mängel den Anforderungen nicht mehr genügt		

Vergleicht man die Notenskalen und deren Bewertungshinterlegung der anderen als ärztlichen Heilberufe mit der Notenskala und deren Bewertungshinterlegung der Hochschule Bochum, so ergeben sich bei den ersten vier Noten keine deutlichen Unterschiede in der Bewertungshinterlegung. Erst ab der Note, die in beiden Notensystemen die Bestandensgrenze markiert (Ausreichend), wird unterschiedlich formuliert.

Für die ersten vier Notenstufen ergibt sich die Äquivalenz demnach schon durch das Notensystem. Für die nächsten Notenstufen ist eine Äquivalenz nur dergestalt herzustellen, dass im Zeugnis der staatlichen Prüfung die jeweilige Notenstufe (fünf oder sechs) ausgedrückt wird. Im Zeugnis der Bachelor-Prüfung kann entsprechend jeweils die Note der Notenstufe fünf vermerkt werden.

Werden Bachelorzeugnisse mit der Note fünf für die staatlichen Zeugnisse verwendet, müssen diese in Hinblick auf die staatliche Prüfung einen Hinweis enthalten, ob sie nach der der staatlichen Prüfung zugrunde liegenden Notenskala mit der Note fünf oder sechs zu bewerten sind. Diese Notwendigkeit ergibt sich, weil die Noten der Staatsprüfung ggf. zusammenzurechnen und das arithmetische Mittel zu bilden ist.¹⁸⁵

4.7.4 Wiederholungsmöglichkeiten

Die Einräumung der Möglichkeit einer einmaligen Wiederholung einer nicht bestandenen Prüfung ist verfassungsrechtlich erforderlich, damit das Grundrecht auf freie Berufswahl (Art. 12 Abs. 1 GG) nicht übermäßig eingeschränkt wird.¹⁸⁶ Eine zweimalige Wiederholungsmöglichkeit ist verfassungsrechtlich nicht geboten.

Nach den Heilberufsgesetzen kann jeder Prüfungsteil einmal wiederholt werden, wenn er mit der Note „mangelhaft“ oder „ungenügend“ bewertet worden ist. Nur bei den Logopäden ist eine zweimalige Wiederholung der Prüfung möglich (§ 10 Abs. 3 LogAPrO). Bei Bachelor-Prüfungen ist nach § 12 Abs. 9 Rahmenprüfungsordnung Hochschule Bochum¹⁸⁷ vorgesehen, dass eine Prüfung zweimal wiederholt werden kann. Eine mindestens als „ausreichend“ (4,0) bewertete Prüfungsleistung kann nicht wiederholt werden. Die Bachelorprüfung ist dann endgültig nicht bestanden, wenn eine Prüfung nach drei fehlgeschlagenen Versuchen endgültig nicht bestanden worden ist. Nach § 21 Abs. 6 kann eine mit „nicht ausreichend“ (5,0) bewertete Bachelorarbeit einmal wiederholt werden. Eine mit wenigstens „ausreichend“ (4,0) bewertete Bachelorarbeit kann nicht wiederholt werden.

Die weitergehende Regelung zur Prüfungswiederholung nach der Rahmenprüfungsordnung ist dann problematisch, wenn Bachelorprüfungen als Teil der Staatsprüfung gestaltet werden. Dann kann sich die Situation ergeben, dass Studierende, die im Rahmen des Bachelor-Studiums von

¹⁸⁵ Vgl. etwa § 10 Abs. 4 AltPflAPrV.

¹⁸⁶ So Niehues, et al., 2014, S. 305, Rn. 766. unter Berufung auf BVerfG, Beschl. vom 14.03.1989 – 1 BvR 1033/82 – = BVerfGE 80, 1.

¹⁸⁷ Hochschule Bochum. Der Präsident., 2010.

der zweimaligen Wiederholungsmöglichkeit Gebrauch gemacht haben, zwar einen entsprechenden Bachelorabschluss haben, nicht jedoch den staatlichen Abschluss. Dies ist aber hinnehmbar. Allerdings sind die Studierenden auf diese Diskrepanzen zwischen staatlichem und hochschulischem Prüfungsrecht hinzuweisen.

Das Wiederholen der Prüfung ist – außer in der Altenpflege (§ 15 AltPflAPrV) - zum Teil an bestimmte weitere Voraussetzungen geknüpft, z.B. die Teilnahme an einer weiteren Ausbildung.¹⁸⁸ Solche Voraussetzungen existieren für die Wiederholung einer Bachelor-Prüfung nicht.

Für die Beantwortung der Frage, ob eine Wiederholung der Prüfung bei der heilberuflichen Ausbildung zukünftig einmal oder zweimal möglich sein soll, sind gesundheitspolitische, fachliche und kapazitäre Gesichtspunkte ausschlaggebend. Kapazitäre Gesichtspunkte können insbesondere angeführt werden, wenn das Reservoir an Prüfern begrenzt ist. Unter gesundheitspolitischen und fachlichen Gesichtspunkten wäre das Argument zugkräftig, dass eine Notwendigkeit einer zweimaligen Wiederholung einer Prüfung negative Rückschlüsse auf die Leistungen/Kompetenzen eines Kandidaten erlaubt. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass für die ärztliche Ausbildung eine zweimalige Wiederholungsprüfung möglich ist (§ 20 ÄApprO).

Für die Zukunft empfiehlt sich eine Angleichung der Regelungen zur Wiederholung der Prüfung. Da eine zweimalige Wiederholungsmöglichkeit auch im Heilberuferecht nicht unüblich ist, kann erwogen werden, ob generell eine Erweiterung der Wiederholungsmöglichkeiten im Heilberuferecht vorgenommen werden soll.

4.7.5 Sonstige Prüfungsregelungen (Rücktritt, Versäumnis, Täuschung, Ordnungsverstoß)

Die Prüfungsvorschriften des Heilberuferechts wie des Hochschulrechts¹⁸⁹ enthalten mehr oder weniger detaillierte Vorschriften zum Rücktritt, zur Versäumnis, zur Täuschung und zu Ordnungsverstößen. Hier sind die entsprechenden Anpassungen vorzunehmen. Es spricht viel dafür, sich bei der hochschulischen Ausbildung an den entsprechenden hochschulischen Regelungen zu orientieren. Aus Gründen der Gleichbehandlung schulischer und hochschulischer Ausbildung müssen diese Vorschriften jedoch zumindest einen gemeinsamen bundesrechtlichen Rahmen haben.

4.8 Wirkungen von Prüfung und Abschluss

Heilberuferechtlich stellt die erfolgreiche Prüfung eine der Voraussetzungen für die Erteilung der Erlaubnis zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung dar. Weitere Voraussetzungen hierfür sind die gesundheitliche Eignung, die Zuverlässigkeit und entsprechende Sprachkenntnisse.¹⁹⁰ Die Erteilung der Erlaubnis vollzieht sich in Form eines Verwaltungsaktes. Auch wenn die Erlaubnis erteilt werden muss, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, besteht

¹⁸⁸ § 10 Abs. 4 LogAPrO; § 8 Abs. 4 KrPflAPrV; § 10 Abs. 3, 4 ErgThAPrV; § 7 Abs. 4 PhysTh-APrV; § 10 Abs. 3, 4 HebAPrV.

¹⁸⁹ Vgl. § 10 Rahmenprüfungsordnung der Hochschule Bochum, Hochschule Bochum. Der Präsident., 2010.

¹⁹⁰ S. jeweils § 2 Abs. 1 des AltPflG, ErgThG, HebG, LogopG, MPhG.

kein Automatismus zwischen dem erfolgreichen Abschluss der Prüfung und der Erlaubniserteilung.

Hochschulrechtlich stellt der erfolgreiche Abschluss eines Bachelorstudiengangs einen berufsqualifizierenden Abschluss dar. Eine Erlaubnis zum Führen einer bestimmten Berufsbezeichnung ist damit nicht verbunden. Der Bachelorabschluss impliziert nicht die Berechtigung zur Führung einer entsprechenden Berufsbezeichnung. Sie wird davon getrennt erteilt, weil sie an weitere Voraussetzungen geknüpft ist. Deshalb stellen die bestandene Bachelorprüfung und der entsprechende Bachelorabschluss nur eine der Voraussetzungen für die Erteilung der heilberuferechlichen Erlaubnis dar.¹⁹¹

4.9 Durchlässigkeit in Richtung auf weitere Ausbildungsmöglichkeiten

Nur am Rande angesprochen werden soll hier das Thema der Durchlässigkeit. Hierunter wird die Möglichkeit verstanden, nach Absolvieren einer Prüfung in einem Heilberuf die Voraussetzungen für eine Ausbildung mit hochschulischer Qualifikation zu erwerben. Ein solches Beispiel liefert in Baden-Württemberg die Verordnung des Sozialministeriums über den Erwerb der Fachhochschulreife an den staatlich anerkannten Schulen für die Gesundheitsfach- und Krankenpflegeberufe (GKBFHVO)¹⁹²:

§ 1 GKBFHVO:

Wer im Zusammenhang mit einer mindestens zweijährigen bundesgesetzlich geregelten Ausbildung in den Gesundheitsfach- und Krankenpflegeberufen (Anlage 1) an einer staatlich anerkannten Gesundheitsfachberufeschule oder einer Krankenpflegeschule die Fachhochschulreife erwerben will, muss einen Realschulabschluss oder einen dem Realschulabschluss gleichwertigen Bildungsstand nachweisen, am Zusatzunterricht in den Fächern des Wahlbereichs Deutsch, Englisch und Mathematik teilnehmen und im Zusammenhang mit der Abschlussprüfung des jeweiligen Ausbildungsganges eine Zusatzprüfung ablegen.

¹⁹¹ S. dazu ausführlicher unten Abschnitt 5.

¹⁹² Vom 17. Juni 2013, GBl. 2013, 214; abgedruckt bei Igl, 2011, Nr. 100.1.1.

5 Berufszulassung / Berufsbezeichnungen

Zu unterscheiden sind die Berufszulassung (Approbation), die Erlaubnis, eine Berufsbezeichnung zu führen, und die Erlaubnis, eine hochschulische Studienabschlussbezeichnung zu führen.

5.1 Berufszulassung

Die Berufsbezeichnungsführungserlaubnis für die anderen als ärztlichen Heilberufe stellt dem Wortlaut nach keine Berufszulassung wie die Approbation beim Arzt dar. In der Funktion entspricht sie jedoch einer Approbation für das jeweilige Fachgebiet.

Eine Berufszulassung zu einem Beruf bedeutet hingegen, dass nur ein bestimmter Beruf eine Berufsbezeichnung führen *und* auch eine bestimmte Tätigkeit ausüben darf. So ist Ausübung des ärztlichen Berufs die Ausübung der Heilkunde unter der Berufsbezeichnung „Arzt“ oder „Ärztin“ (§ 2 Abs. 5 BÄO). Die Berufsbezeichnung „Arzt“ oder „Ärztin“ darf nur führen, wer als Arzt approbiert oder nach § 2 Abs. 2, 3 oder 4 zur Ausübung des ärztlichen Berufs befugt ist (§ 2a BÄO).

5.2 Erlaubnis zur Führung einer Berufsbezeichnung

Die Erlaubnis zur Führung einer bestimmten Berufsbezeichnung kann es in zweierlei Form geben:

- Als ausschließliche Erlaubnis: Die Berufsbezeichnung dürfen *nur* Personen führen, die die Erlaubnis haben. Eine solche Regelung ist nur bei Bundesgesetzen möglich. Die Berufsgesetze der anderen als ärztlichen Heilberufe enthalten solche Erlaubnisse.
- Als nicht ausschließlich wirkende Erlaubnis: Die Berufsbezeichnung dürfen Personen führen, die die Erlaubnis haben. Eine solche nicht ausschließliche Regelung ist möglich bei Landesgesetzen, da auch andere Länder (oder der Bund) die Möglichkeit haben müssen, eine solche Erlaubnis zu erteilen. Beispiel hierfür ist etwa § 12 Weiterbildungsverordnung Arztassistenten Baden-Württemberg.¹⁹³

5.3 Zeugnis des erfolgreichen Abschlusses eines Studiums und Verleihung eines akademischen Grades

Bei den Bachelor- und Masterstudiengängen wird bei erfolgreichem Abschluss der Bachelorgrad bzw. Mastergrad verliehen (§ 19 Abs. 2 und 3 HRG).¹⁹⁴

¹⁹³ Verordnung des Sozialministeriums und des Wissenschaftsministeriums zur Erprobung einer Weiterbildung in den Berufen der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege zur Arztassistenten (Weiterbildungsverordnung Arztassistenten) vom 5. Juni 2013, GBl. 2013, 158.

§ 12 Abs. 1 der Verordnung lautet:

„Die Weiterbildung in Form des Studiums ist erfolgreich abgeschlossen, wenn alle Modulprüfungen und die Bachelorprüfung erfolgreich abgeschlossen wurden. Der erfolgreiche Abschluss berechtigt, die Weiterbildungsbezeichnung »staatlich anerkannte Arztassistentin (Physician Assistant)« oder »staatlich anerkannter Arztassistent (Physician Assistant)« zu führen.“

¹⁹⁴ § 19 Abs. 2 und 3 HRG lauten:

5.4 Zeugnis des erfolgreichen Abschlusses einer Ausbildung / eines Studiums

Solche Zeugnisse erteilen z.B. Berufsakademien. Die Erteilung des Zeugnisses kann mit der Verleihung eines Bachelorgrades verbunden werden. Dafür müssen jedoch gesetzlich die entsprechenden Vorkehrungen getroffen sein.

5.5 Verhältnis Berufsausbildung / Berufsausübung – Funktion einer Approbation

Im Gesundheitsberuferecht stellt sich ein besonderes Problem des Verhältnisses von Berufsausbildung zur Berufsausübung, dies vor allem aus zwei Gründen:

- Bestimmte Tätigkeiten auf dem Gebiet der Heilkunde sind tendenziell gefährlich (z.B. Körperverletzung durch den Arzt), so dass sich haftungsrechtliche Probleme stellen können, wenn ein Angehöriger von Heilberufen jemanden schädigt, ohne dass dieser Angehörige entsprechend ausgebildet war (z.B. Facharztstandard).
- Im Leistungserbringungsrecht ist eine bestimmte Qualifikation für die Zulassung zur Leistungserbringung erforderlich (z.B. § 124 SGB V).

Bisher wird – außer beim Arzt – aus der Absolvierung einer entsprechenden Ausbildung nur der Schluss gezogen, dass die entsprechend ausgebildete Person entsprechend tätig werden kann. Das bedeutet einen Rückschluss vom Ausbildungsziel, dessen Erreichen durch das Zeugnis bestätigt wird, auf die Befähigung für berufliche Tätigkeit. Einige Ausbildungsziele der anderen als ärztlichen Heilberufe nennen auch die Gegenstände der Aufgaben/Tätigkeiten, die Kompetenzen und das Verhältnis zu anderen Heilberufen. Damit ist aber noch nichts darüber gesagt, wie sich die Berufsausübung darstellt. Das ist nur bei den vorbehaltenen Tätigkeiten der Hebammen¹⁹⁵ und der Medizinisch-technischen Assistenten¹⁹⁶ sowie bei den Tätigkeiten im Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Kranken- und Altenpflege)¹⁹⁷ der Fall.

Die Einrichtung einer (Teil-)Approbation für die anderen als ärztlichen Heilberufe könnte hier Abhilfe schaffen. Diese (Teil-)Approbation muss sich auf die Gegenstände der Ausbildung wie auf die Kooperationsverhältnisse beziehen. Eine Approbation berechtigt zur Berufsausübung auf

„(2) Auf Grund von Prüfungen, mit denen ein erster berufsqualifizierender Abschluß erworben wird, kann die Hochschule einen Bachelor- oder Bakkalaureusgrad verleihen. Die Regelstudienzeit beträgt mindestens drei und höchstens vier Jahre.

(3) Auf Grund von Prüfungen, mit denen ein weiterer berufsqualifizierender Abschluß erworben wird, kann die Hochschule einen Master- oder Magistergrad verleihen. Die Regelstudienzeit beträgt mindestens ein Jahr und höchstens zwei Jahre.“

¹⁹⁵ § 4 HebG.

¹⁹⁶ § 9 MTAG.

¹⁹⁷ § 1 Abs. 1 Satz 2 KrPflG, § 1 Satz 2 AltPflG.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

den von der Approbation erfassten Gebieten. Beim Arzt ist es grundsätzlich die gesamte Heilkunde. Rechtlich ist aber auch eine Beschränkung der ärztlichen Berufsausübung bei der Erteilung einer Erlaubnis gegeben.¹⁹⁸

Das Bundesverwaltungsrecht sagt zwar zur ärztlichen Approbation, dass diese unbeschränkt sei. Das schließt aber nicht aus, dass bei anderen Berufen ein anderes Verständnis gegeben ist:¹⁹⁹

„Es mag sein, daß die beruflichen Entfaltungsmöglichkeiten auf der Grundlage einer Erlaubnis geringer sind als sie auf der Grundlage einer - eingeschränkten - Approbation wären. Dies beruht aber lediglich auf dem im allgemeinen Bewußtsein verankerten Umstand, daß die Approbation die unbeschränkte Berechtigung zur Ausübung des Arztberufs beinhaltet. Im Interesse der Rechtsklarheit ist es sachgerecht, wenn der Gesetzgeber an diesem Gehalt der Approbation festhält und Bewerber, die die dafür vorgeschriebenen Voraussetzungen nicht erfüllen, auf die Möglichkeit der Erlaubniserteilung verweist. Zwischen Personen, die zur uneingeschränkten Ausübung des Heilberufs an Menschen berechtigt sind, und Personen, bei denen dies nicht der Fall ist, besteht ein gravierender Unterschied. Es gibt keinen Grund, diesen Unterschied nicht auch in der Bezeichnung des Zulassungsakts zum Ausdruck zu bringen.“

Daraus folgt zweierlei:

- Eine Approbation muss nichts mit der Höhe des Ausbildungsabschlusses (nach Heilberufsgesetz oder als B.A./M.A) zu tun hat. Auch wenn eine Approbation als höherwertig angesehen wird, weil die ärztliche Berufszulassung Approbation heißt, darf daraus nicht der Schluss gezogen werden, dass es irgendeine Festlegung rechtlicher Art gibt, wonach eine Approbation nur bei akademischen Abschlüssen möglich sei.
- Eine Approbation im Sinne einer Teilapprobation mit Bezug auf bestimmte Fachgebiete wie z.B. Logopädie ist dann möglich, wenn aus der Festlegung der Ausbildungsziele klar hervorgeht, auf welchem Gebiet und wie der jeweilige Heilberuf dann auch im Rahmen der Teilapprobation beruflich handeln kann und darf.

Eine Teilapprobation sollte formal nicht an das Vorliegen eines Bachelorgrades, sondern an das Absolvieren einer Prüfung gemäß den Heilberufegesetzen geknüpft werden. Die Erteilung einer Teilapprobation nur an hochschulisch qualifizierte Angehörige von anderen als ärztlichen Heilberufen würde die Frage nach der Qualifikationsdifferenz im Verhältnis zu den schulisch qualifizierten Angehörigen von anderen als ärztlichen Heilberufen aufwerfen. Eine (Teil-)Approbation ist rechtlich auch nicht als besonderer qualitativer Ausweis zu verstehen. Sie schafft nur Klarheit im Verhältnis zwischen Berufsausbildung und Berufsausübung. Sie stellt in gewisserweise eine Entsprechung her.

¹⁹⁸ § 2 Abs. 1 und 2 BÄO:

(1) Wer im Geltungsbereich dieses Gesetzes den ärztlichen Beruf ausüben will, bedarf der Approbation als Arzt.

(2) Eine vorübergehende oder eine auf bestimmte Tätigkeiten beschränkte Ausübung des ärztlichen Berufs im Geltungsbereich dieses Gesetzes ist auch aufgrund einer Erlaubnis zulässig.

¹⁹⁹ BVerwGE 108, 100, Rn. 37.

Eine (Teil-)Approbation steht auch nicht im direkten Zusammenhang mit der Einräumung einer vorbehaltenen Tätigkeit. Jedoch ist ein indirekter Zusammenhang insofern auszumachen, als bei der Einräumung einer vorbehaltenen Tätigkeit ebenfalls eine Entsprechung zwischen Berufsausbildung und Berufsausübung geschaffen wird. Eine (Teil-)Approbation führt aber nicht automatisch zu einer vorbehaltenen Tätigkeit. Diese muss besonders eingeräumt werden, wie es z.B. bei den Hebammen der Fall ist (vgl. § 4 HebG).

Die Erteilung einer Teilapprobation wirkt sich demnach in Richtung auf die Berufsausübung aus.²⁰⁰ Wie schon nach den gegenwärtigen Regelungen in den Heilberufegesetzen bleibt der Berufsbezeichnungsschutz bestehen. Auch hinsichtlich der unionsrechtlichen Maßgaben der Richtlinie 2005/36/EG (der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Fassung) würde sich nichts ändern. Für die Therapieberufe würde eine Teilapprobation mit Blick auf die Zulassung als Heilmittelbringer (§ 124 SGB V) ebenfalls keine Änderung bewirken.

5.6 Einheitliche oder getrennte Berufsbezeichnung / Berufszulassung?

Die Frage, ob für hochschulisch qualifizierte Angehörige von anderen als ärztlichen Heilberufen – unabhängig von der Frage der Teilapprobation – eine andere Form der Berufsbezeichnung und möglicherweise auch eine andere Form der Berufszulassung – z.B. in Form der Teilapprobation – vorzusehen ist, hängt wesentlich von der Formulierung der Ausbildungsziele und damit verbunden der Art und Weise der hochschulischen Ausbildung ab. Damit ist die in Abschnitt 6 zu erörternde Dimension der zukünftigen Gestaltung der Heilberufegesetze mit Blick auf die schulische und hochschulische Ausbildung angesprochen.

²⁰⁰ Im Umsatzsteuerrecht (Befreiung von der Umsatzsteuerpflicht bei heilberuflichen Tätigkeiten) kommt es nicht auf Berufsbezeichnung, sondern die Berufsausübung an, s. (BMF, Abschnitt 4.14.4 UstAE vom 19.06.2012, Absatz 8:

(8) ¹ Das Fehlen einer berufsrechtlichen Regelung ist für sich allein kein Hinderungsgrund für die Befreiung. ² Als Nachweis der beruflichen Befähigung für eine ärztliche oder artzähnliche Leistung ist grundsätzlich auch die Zulassung des jeweiligen Unternehmers bzw. die regelmäßige Zulassung seiner Berufsgruppe nach § 124 Abs. 2 SGB V durch die zuständigen Stellen der gesetzlichen Krankenkassen anzusehen. ³ Ist weder der jeweilige Unternehmer selbst noch - regelmäßig - seine Berufsgruppe nach § 124 Abs. 2 SGB V durch die zuständigen Stellen der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen, kann Indiz für das Vorliegen eines beruflichen Befähigungsnachweises die Aufnahme von Leistungen der betreffenden Art in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen (§ 92 SGB V) sein (vgl. BFH-Urteil vom 11. 11. 2004, V R 34/02, BStBl 2005 II S. 316).

6 Schulische und hochschulische Ausbildung: Gestaltungen der Heilberufesetze und der Ausbildungs- und Prüfungsordnungen

6.1 Gestaltungsauftrag aus den Regelungen zu den Modellvorhaben

Der rechtliche Gestaltungsauftrag aus den Regelungen zu den Modellvorhaben besteht darin, die Erkenntnisse aus der Erprobung der Modelle in Hinblick auf eine notwendige Änderung der Berufsgesetze zu überprüfen, und dies nicht nur in Richtung auf eine akademische Erstausbildung, sondern auch anhand der Modelle bei fachschulischer Ausbildung in Richtung auf die fachschulische Ausbildung.²⁰¹ Aus diesem Gestaltungsauftrag aufgrund der Richtlinien des Bundesministeriums für Gesundheit²⁰² folgt also nicht, dass Ergebnisse aus den Modellvorhaben der akademischen Erstausbildung auf die bisher bestehenden Gesetze für Heilberufe mit fachschulischer Ausbildung rechtlich übertragen werden sollen.²⁰³ Dies kann nur bei Modellvorhaben zur fachschulischen Ausbildung stattfinden.²⁰⁴

Unabhängig von diesem vorgegebenen rechtlichen Gestaltungsauftrag bietet es sich an, wenn erforderlich, auch auf mögliche Einflüsse der Ergebnisse der Modellvorhaben zur akademischen Erstausbildung auf die bisherige fachschulische Ausbildung und ihre rechtliche Regulierung einzugehen.

6.2 Gestaltungsmöglichkeiten und -voraussetzungen

Für die Regelung der hochschulischen Ausbildung der anderen als ärztlichen Heilberufe im Modellvorhaben bestehen grundsätzlich drei Möglichkeiten:

- Integration der durch die hochschulische Ausbildung erforderlichen Veränderungen in die bestehenden Heilberufesetze (*Integrationsmodell*);
- Gesetze zur hochschulischen Ausbildung parallel zu den bisherigen Heilberufsgesetzen (*Parallelmodell*);

²⁰¹ BMG, Richtlinien II., 1:

„II. Bewertung

Auf der Basis der erworbenen Untersuchungsergebnisse soll jedes Modellvorhaben Bewertungen zu folgenden Fragen enthalten:

1 Machbarkeit

1.1 Wie wird die Machbarkeit von akademischen Erstausbildungen in den Berufen bewertet?

1.2 Wären für eine dauerhafte Etablierung akademischer Erstausbildungen Änderungen in den Berufsgesetzen erforderlich? Wenn ja, welche?

1.3 Welche Erkenntnisse ergeben sich bei den fachschulischen Modellen?“

²⁰² Wie Fn. 201.

²⁰³ Wie Fn. 201, Richtlinie II. 1.2.

²⁰⁴ Wie Fn. 201, Richtlinie II. 1.3.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- Regelung der Anliegen der hochschulischen Ausbildung in *einem* besonderen die entsprechenden Heilberufe erfassenden Gesetz zusätzlich zu den Heilberufsgesetzen (Gesetz zur Ordnung der hochschulischen Ausbildung von anderen als ärztlichen Heilberufen) (*Zusatzmodell*).

In der Frage der Gestaltungsmöglichkeiten der Heilberufsgesetze und der Ausbildungs- und Prüfungsordnungen sind folgende Bestimmungselemente und Einflüsse zu berücksichtigen:

- spezifische Faktoren der hochschulischen Ausbildung;
- allgemeine europarechtliche Regulierungen;
- allgemeine Einflüsse der Berufsbildungspolitik.

Eine Trennung ist bei den beiden letztgenannten Punkten nur bedingt möglich, da die unionsrechtlichen Regulierungen auch allgemeine Einflüsse der Berufsbildungspolitik reflektieren, so z.B. die Kompetenzorientierung einer Ausbildung/eines Studiums. Selbst bei den spezifischen Faktoren der hochschulischen Ausbildung mit dem Konzept der Modularisierung und der modularen Prüfung der Ausbildungsinhalte und der weitgehenden Abkehr von einer das gesamte Studium abschließenden Prüfung über den gesamten Stoff des Studiums kann nicht mehr mit Sicherheit gesagt werden, ob diese Faktoren nicht auch zu Bestimmungselementen für die (fach-)schulische Ausbildung werden können oder sollen. Je nach Gewichtung dieser Bestimmungselemente ist dann zu entscheiden, ob sie mit Blick auf die hochschulische Ausbildung von stärkerem oder schwächerem Gewicht sind. Erst nach dieser Entscheidung sollten dann Präferenzen für die weitere Gestaltung der heilberufrechtlichen Regulierungen im Sinne der hier vorgestellten Modelle formuliert werden.

Die Notwendigkeit von Veränderungen im Verhältnis zum bisherigen (Bundes-)Recht ergibt sich *primär* aus den sich aus den hochschulischen Bedingungen ergebenden anderen Gestaltungen der Ausbildungs- und Prüfungsabläufe. *Sekundär* kann sich eine Notwendigkeit von Veränderungen in den Gegenständen/Inhalten der Ausbildung und Prüfung unabhängig vom Ausbildungsort Schule oder Hochschule ergeben. Diese sekundäre Veränderungsnotwendigkeit ist hier nicht Gegenstand der Ausführungen. Zum Teil verweisen die Modellträger jedoch auch auf solche inhaltlichen Veränderungsnotwendigkeiten.

6.3 Würdigung der jeweiligen Möglichkeiten

Die jeweiligen Lösungen werden unabhängig von sonstigen gesetzgeberischen Umständen gewürdigt.

6.3.1 Integrationsmodell

In *einem* Heilberufsgesetz, also in dem jeweiligen berufsspezifischen Heilberufsgesetz, würden in Zusatzabschnitten/-paragrafen die jeweiligen Vorschriften zur hochschulischen Qualifikation eingefügt. Bei den Ausbildungszielen müssten die Besonderheiten der hochschulischen Ausbildungsziele im Verhältnis zur schulischen Ausbildung herausgearbeitet werden.

Zu diesem Modell ist Folgendes zu bemerken:

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- Die Spezifika und Unterschiede der jeweiligen Ausbildungsformen sind klar erkennbar.
- Es besteht die Notwendigkeit, auch die traditionellen Heilberufsregelungen zu verändern (Anpassung der Ausbildungsziele, Gestaltung des Unterrichts und der Prüfungen).
- Durch integrierte Gesetze wird der Eindruck von Zwei-Klassen-Berufen vermieden.
- Die Gesetze für Heilberufe, für die eine hochschulische Qualifikation nicht ansteht, müssten nicht geändert werden.

6.3.2 Parallelmodell

Parallel zu jedem bestehendem Heilberufsgesetz wird für die Heilberufe mit hochschulischer Qualifikation ein entsprechendes Berufsgesetz geschaffen.

Zu diesem Modell ist Folgendes zu bemerken:

- Die bisherigen Heilberufegesetze könnten unberührt bleiben. Wenn allerdings die Heilberufe im Modellvorhaben auch für die schulische Ausbildung entsprechend geändert werden sollen, fällt dieser Vorteil weg.
- Es könnte eine hochschulische Qualifikation für einen bestimmten Heilberuf auch dann gesetzlich geregelt werden, wenn für die schulische Qualifikation noch keine Gesetzesänderungen stattfinden können oder sollen. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die Ausbildung in der Kranken- und in der Altenpflege und die dort anstehenden Gesetzesvorhaben.
- Es kann der Eindruck der unterschiedlichen Wertigkeit der Berufe hervorgerufen werden.
- Die Übersichtlichkeit bezüglich der jeweiligen parallelen und unterschiedlichen Regelungen in schulischer und hochschulischer Ausbildung geht verloren.

6.3.3 Zusatzmodell

Für alle Berufe mit hochschulischer Qualifikationsmöglichkeit werden in *einem* Gesetz alle nur die hochschulische Qualifikation betreffenden Regelungen zusammengefasst.

Zu diesem Modell ist Folgendes zu bemerken:

- Die bisherigen Heilberufegesetze könnten unberührt bleiben. Wenn allerdings die Heilberufe im Modellvorhaben auch für die schulische Ausbildung entsprechend geändert werden sollen, fällt dieser Vorteil weg.
- Es könnte eine hochschulische Qualifikation für einen bestimmten Heilberuf auch dann gesetzlich geregelt werden, wenn für die schulische Qualifikation noch keine Gesetzesänderungen stattfinden können oder sollen. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die Ausbildung in der Kranken- und in der Altenpflege und die dort anstehenden Gesetzesvorhaben.
- Einheitlicher Gesetzgebungsvorgang.
- Notwendigkeit der Schaffung nur einer Regelung für Regelungsgegenstände, die für alle Berufe mit hochschulischer Qualifikation gleich zu regeln sind.
- Es kann der Eindruck der unterschiedlichen Wertigkeit der Berufe hervorgerufen werden.

- Die Übersichtlichkeit bezüglich der jeweiligen parallelen und unterschiedlichen Regelungen in schulischer und hochschulischer Ausbildung geht verloren.

6.3.4 Empfehlung

Unter Abwägung aller Umstände spricht viel dafür, für diejenigen Heilberufe, für die eine hochschulische Qualifikationsmöglichkeit besteht, in den jeweiligen Heilberufsgesetzen in einem zusätzlichen Abschnitt Vorschriften zur hochschulischen Qualifikation zu schaffen (Integrationsmodell). Damit würde der berufsspezifische inhaltliche Zusammenhang gewahrt werden.

Für die Pflegeberufe kann allerdings insofern eine besondere Situation gegeben sein, als hier eine generalistische Pflegeausbildung angestrebt wird,²⁰⁵ die dann in einem einheitlichen Pflegeberufsgesetz zu regeln wäre. Sollte es sich ergeben, dass eine Einigung hierüber nicht zustande kommt, würde es sich empfehlen, für die hochschulisch organisierte generalistische Pflegeausbildung ein eigenes Gesetz zu schaffen. Dieses Gesetz könnten dann bei einer Reform der schulischen Pflegeausbildung im Sinne einer generalistischen Pflegeausbildung in das dann zu schaffende Gesetz integriert werden.

Die Entscheidung für eines der vorgenannten Regelungsmodelle könnte allerdings auch von der Frage abhängig gemacht werden, ob für den hochschulisch qualifizierten Heilberuf ein weiterer Heilberuf neben dem schulisch qualifizierten Heilberuf geschaffen werden soll, der über eine eigene *heilberuferechtlich* auf die hochschulische Qualifikation verweisende Berufsbezeichnung verfügt. Dies könnte ein jeweils eigenes Gesetz im Sinne des Parallelmodells rechtfertigen.

Mit der Gestaltung der Gesetze sollte jedoch zum jetzigen Zeitpunkt keine Vorentscheidung über künftig mögliche berufspolitische und berufsrechtliche Entwicklungen getroffen werden. Deshalb erscheint es gegenwärtig als sinnvoll, bei den Absolvierenden der hochschulischen Heilberufsausbildung die schon bisher übliche staatliche Berufsbezeichnung zu ergänzen um den *hochschulischen Grad* B.A./B.Sc. Damit würde kein neuer Beruf geschaffen, da das Ablegen einer Bachelorprüfung nicht den Zugang zu einem *bestimmten* Beruf eröffnet, sondern als berufsqualifizierender Abschluss gilt (§ 19 Abs. 2 HRG).²⁰⁶

6.4 Vorstellungen seitens der Modellträger

6.4.1 Pflege

Hier wird zur hochschulischen Ausbildung Folgendes ausgeführt (Papier „Zentrale Aspekte für eine hochschulische Pflegeausbildung“)²⁰⁷:

„Ausgestaltung und Gliederung einer hochschulischen Pflegeausbildung

²⁰⁵ Bundesregierung, 2013, S. 85.

²⁰⁶ Der verfassungsrechtlichen Frage, ob es sich in beiden Fällen nur um *einen* Beruf handelt, soll hier nicht nachgegangen werden; s. hierzu – allerdings nicht direkt vergleichbar – die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts vor allem im Kassenzurteil, BVerfGE 11, 30.

²⁰⁷ S. unten Anlage 9.3.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- sowohl primärqualifizierend als auch ausbildungsintegrierend
- Kooperationen mit Fachschulen möglich; Hochschule trägt Gesamtverantwortung und übernimmt mind. 2/3tel der theoretischen und praktischen Lehrveranstaltungen
- Sicherstellung, dass Qualifizierungsziele der hochschulischen Pflegeausbildung immer erreicht werden
- die rechtlichen Regelungen (z. B. Ausbildungs- und Prüfungsordnungen) benennen Themen- und Arbeitsfelder, die durch die Hochschulen im Rahmen von Lehrveranstaltungen konkretisiert und modular ausgestaltet werden
- eine Fachkommission mit Vertretern/-innen aus der Wissenschaft und Praxis erstellt bundesweite Empfehlungen für ein empfehlendes, modular gestaltetes Rahmencurriculum
- individuelle Schwerpunktsetzungen/Vertiefungen für Studierende im theoretischen und praktischen Ausbildungsteil unter Berücksichtigung des generalistischen Ansatzes sind möglich“

6.4.2 Logopädie

Für die Logopädie wird insgesamt für eine Vollakademisierung und für ein akademisches Berufsgesetz plädiert. Es wird hierzu auf die Sonderrolle der Logopädie und die bestehende Szene der akademische Sprachtherapie verwiesen. Dies spiele auch bei der Zulassung zur Heilmittelerbringung durch die Krankenkassen eine Rolle (§ 124 SGB V). Die Anerkennung von Curricula von Studiengängen der akademischen Sprachtherapie mit deutlich weniger Praxistunden führe dazu, dass die Logopädie als gesetzlich geschützter Beruf benachteiligt sei. Mit einem höheren Abschluss würden auch neue Verantwortlichkeiten ermöglicht, z.B. Direktzugang zur Diagnostik, apparative Diagnostik, Leitung, Lehre.

6.4.3 Hebammen

Seitens der Hebammen wird vorgebracht, dass ein akademischer Abschluss zur Ausübung des Berufes qualifizieren solle. Bis zur Vollakademisierung der Ausbildung sollten die entsprechenden Regelungen im bestehenden Berufsgesetz integriert werden oder in einem davon getrennten Gesetz geregelt werden.

6.4.4 Ergotherapie

Im Rahmen der Ergotherapie wird mittelfristig eine Vollakademisierung angestrebt. Dies ließe sich gemäß der derzeitigen Sachlage mit dem geringsten Aufwand durch zwei Gesetze dokumentieren und vorbereiten. Zwei Gesetze würden auch noch einmal die unterschiedlichen Profile etc. hervorheben.

6.4.5 Physiotherapie

Auch seitens der Physiotherapeuten wird schon seit Jahren für eine Vollakademisierung plädiert.

6.5 Exkurs: Gestaltungsvorschläge zu einem Allgemeinen Heilberufegesetz – Gesetz über Heilberufe

Das Recht der Heilberufe ist unklar, unübersichtlich, teilweise widersprüchlich und teilweise veraltet. Ein Allgemeines Heilberufegesetz oder ein Gesetz über die Heilberufe könnte hier Abhilfe

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

schaffen.²⁰⁸ Hierzu kann der Bund im Rahmen seiner konkurrierenden Gesetzgebungszuständigkeit (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG) tätig werden. Die gegenwärtigen Gesetze für Heilberufe verstehen sich als Berufszulassungsgesetze, so dass ein Allgemeines Heilberufegesetz oder ein Gesetz über die Heilberufe nur in diesem Rahmen bundesgesetzlich möglich wäre. Die Regelung beruflicher Tätigkeiten und die Weiter- und Fortbildung liegt hingegen in der Zuständigkeit des Landesgesetzgebers.

Die verschiedenen Heilberufegesetze enthalten eine Reihe von Begriffen und Vorschriften, die in diesen Gesetzen identisch verwendet werden. In der üblichen Gesetzestechnik werden solche Begriffe und Vorschriften in einem allgemeinen Teil „vor die Klammer gezogen“. In einem Allgemeinen Heilberufegesetz/Gesetz über die Heilberufe könnte dies ebenfalls geschehen. Ein solches Anliegen stellt einen üblichen und gängigen Zweck einer Kodifikation dar.

Gegenstand des Allgemeinen Heilberufegesetzes wäre demnach die Schaffung eines solchen allgemeinen Teils, der für alle Heilberufegesetze und auch für ländergesetzlich geregelte Heilberufe gilt. Ein Allgemeines Heilberufegesetz im Sinne eines allgemeinen Teils des Heilberuferechts macht also das Heilberuferecht nicht nur übersichtlicher, sondern trägt mit der Verwendung einheitlich definierter Begriffe zur Rechtsklarheit und einfacheren Rechtsanwendung bei.

Die Schaffung eines Allgemeinen Heilberufegesetzes könnte auch dazu dienen, das Heilberuferecht den aktuellen Anforderungen anzupassen. Dies gilt vor allem für folgende Punkte:

- Der Begriff der Heilkunde wird bisher nur im Heilpraktikergesetz von 1939 definiert. Dieser Begriff sollte in einem Allgemeinen Heilberufegesetz im Sinne der Rechtsprechung zu diesem Begriff festgelegt werden. Gegebenenfalls können auch Modernisierungen hinsichtlich weiterer Elemente vorgenommen werden (z. B. Rehabilitation, Palliation).
- In einem Allgemeinen Heilberufegesetz sollten Definitionen zum Begriff der vorbehaltenen Tätigkeiten und zu den Voraussetzungen der selbstständigen / eigenverantwortlichen/mitwirkenden Ausübung von Heilkunde getroffen werden.
- Ein Allgemeines Heilberufegesetz kann allgemeine Vorgaben für die Inhalte und die Gestaltung der Ausbildungs- und der Prüfungsordnungen auch hinsichtlich einer hochschulischen Ausbildung enthalten.
- In einem Allgemeinen Heilberufegesetz können die für die Heilberufe geltenden unionsrechtlichen Maßgaben Platz finden.

Gesetzestechnisch würde ein Allgemeines Heilberufegesetz nur die aufgeführten allgemeinen Materien enthalten, während die einzelnen Heilberufe wie bisher in davon getrennten Gesetzen reguliert werden. Ein anderer Weg wäre, ein Gesetz über die Heilberufe zu schaffen, das einen allgemeinen Teil mit den Gegenständen des Allgemeinen Heilberufegesetzes enthält und weiter einen besonderen Teil, in dem die verschiedenen Heilberufe geregelt sind.

Es steht zu vermuten, dass sich die Verbände der Heilberufe nicht von „ihren“ Berufsgesetzen trennen wollen. Deshalb spricht viel für eine Regelung der allgemeinen Gegenstände in einem

²⁰⁸ Die Vorschläge stammen aus Igl, 2013, S. 417 ff.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Allgemeinen Heilberufegesetz unter Beibehalt der dann insoweit geänderten einzelnen Berufsgesetze.

7 Einschätzung von Wirkungen einer hochschulischen Qualifikation auf die Berufsausübung

7.1 Vorgehensweise

Unter der Annahme, dass Veränderungen in der Berufsausbildung in Hinblick auf die Kompetenzen (schulisch versus hochschulisch) wie in Hinblick auf die Ausbildungsinhalte auch Veränderungen in der Berufsausübung bedingen können, geht es im Folgenden vor allem darum einzuschätzen, welche Elemente einer veränderten Berufsausbildung zu bestimmten Veränderungen in der Berufsausübung führen können. Dabei wird wie folgt vorgegangen:

- Es wird unterschieden zwischen möglichen Auswirkungen bezogen auf das direkte und indirekte Berufsrecht, bei letzterem vor allem bezogen auf das Sozialleistungserbringungsrecht.
- Es wird allgemein für alle Berufe unterschieden zwischen möglichen Auswirkungen in den verschiedenen Gesundheitsversorgungsbereichen (Gesundheitsförderung/Prävention, Kuration, Rehabilitation, Langzeitpflege, Palliation).
- Es wird bezogen auf den jeweiligen Beruf unterschieden zwischen möglichen Auswirkungen in den verschiedenen Gesundheitsversorgungsbereichen (Gesundheitsförderung und Prävention, Kuration, Rehabilitation, Langzeitpflege, Palliation).

Es ist zu betonen, dass es sich im Folgenden nur um Einschätzungen handeln kann.

7.2 Auswirkungen bezogen auf das direkte Berufsrecht

Im direkten Berufsrecht der Heilberufe geht es vor allem um das Verhältnis von Aufgaben/Tätigkeiten, für die die Angehörigen des jeweiligen Berufes qualifiziert werden, zu der Art und Weise, in der diese Aufgaben/Tätigkeiten wahrgenommen werden (eigenverantwortlich – selbstständig – mitwirkend). Besonderes Augenmerk ist dabei auf die heilkundlichen Tätigkeiten zu richten, auch mit Blick auf die selbstständige Ausübung solcher heilkundlicher Tätigkeiten, die in dieser Wahrnehmungsform dem Arzt vorbehalten sind.

Damit ist auch die Diskussion um Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten berührt.²⁰⁹ Diese Diskussion hat sich vor allem auf das Verhältnis ärztlicher Tätigkeit zur Tätigkeit anderer Berufe, z.B. medizinische Fachangestellte, und anderer Heilberufe beschränkt. Mit dieser Beschränkung wird der differenzierte Blick auf die strukturellen Zusammenhänge der Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten der Angehörigen von Heilberufen verstellt, denn

- erstens geht es darum klarzustellen, dass die heilkundliche Tätigkeit, für die die Heilberufe ausgebildet werden, auch ohne Berufszulassung wie bei der Approbation zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten auf diesem Gebiet ermächtigt;
- zweitens geht es um das Verhältnis der heilkundlichen Tätigkeiten der anderen als ärztlichen Heilberufe zu der heilkundlichen Tätigkeit des Arztes, dies in zwei Richtungen: In

²⁰⁹ Hierzu insgesamt Bohne, 2012, sowie Igl, 2013, S. 372 ff.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Richtung auf die Frage, ob die sog. vorbehaltenen (heilkundlichen) Tätigkeiten eine Tätigkeit des Arztes auf diesem Gebiet ausschließen, und in Richtung auf die Frage, ob die Angehörigen der anderen als ärztlichen Heilberufe nur auf Veranlassung des Arztes heilkundlich auf ihren Gebieten tätig werden dürfen (= Frage nach der selbstständigen Ausübung von Heilkunde); und

- drittens geht es um die Frage, ob und wie der Arzt heilkundliche ärztliche Tätigkeiten an andere Berufsangehörige und an andere Heilberufe delegieren darf.

Die Wahrnehmung von heilkundlichen Aufgaben/Tätigkeiten vollzieht sich aber nicht nur im Verhältnis zum Arzt, sondern auch zu anderen Berufen. Die Berührungs- und Überschneidungsbereiche bei Aufgaben und Tätigkeiten werden hier umso zahlreicher und vielfältiger, je breiter und qualifizierter die heilberufliche Ausbildung in den einzelnen Berufen stattfindet.

Zum Teil wird die Diskussion insbesondere im Verhältnis zwischen Arzt und anderen als ärztlichen Heilberufen als schematische Diskussion im Sinne von Ja-/Nein-Lösungen geführt. Es gilt aber, differenzierte Lösungen zu finden. Schon die Übertragungsrichtlinie zu § 63 Abs. 3c SGB V zeigt, dass hier situationsangepasste differenzierte Regelungen greifen können, mit denen der sog. Delegations-/Substitutionsproblematik adäquat Rechnung getragen werden kann.²¹⁰

7.3 Auswirkungen bezogen auf das indirekte Berufsrecht

Im indirekten Berufsrecht ist es vor allem das Leistungserbringungsrecht der verschiedenen sozialrechtlich definierten Gesundheitsleistungssysteme, das von Veränderungen in der Ausbildung der Heilberufe betroffen sein kann.²¹¹ Dies gilt insbesondere für die Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), aber auch für die Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) und die Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) sowie die medizinische Rehabilitation (SGB IX). Am Beispiel des Leistungserbringungsrechts des SGB V lässt sich ablesen, dass für die Leistungserbringung auf die jeweiligen Heilberufe zurückgegriffen wird. Dabei wird dem Arzt nicht nur eine zentrale Rolle bei der ärztlichen Behandlung im Rahmen der Krankenbehandlung zugewiesen (vgl. § 15 Abs. 1 SGB V), sondern auch bei der Krankenbehandlung insgesamt (vgl. § 27 Abs. 1 SGB V). Dies gilt vor allem für die Versorgung mit Heilmitteln und bei der häuslichen Krankenpflege. Der Gesetzgeber des SGB V könnte bei einer Veränderung der heilberuflichen Ausbildung auf dann mögliche Veränderungen in der Berufsausübung der Heilberufe reagieren. Er ist dazu aber nicht gezwungen. Es ist rechtlich unbestritten, dass die Leistungserbringung im Rahmen eines Sozialversicherungssystems nicht nur vom beruflichen, d.h. über die Berufsausbildung geprägten Status des Leistungserbringers abhängt, sondern auch von weiteren Erwägungen finanzieller und qualitativer Art. Das beste Beispiel hierfür liefert das Vertragsarztwesen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Hier werden an den approbierten Arzt noch weitere qualitative Anforderungen bei der Weiterbildung gestellt; die Art und Weise der Leistungserbringung richtet sich nach besonderen

²¹⁰ Hierzu Igl, 2015, S. 125 f.

²¹¹ S. hierzu insgesamt die Ausführungen in Teil II.

qualitativen und finanziellen Voraussetzungen. Mit anderen Worten: Im Rahmen der sozialrechtlichen Leistungserbringungssysteme besteht kein Automatismus dergestalt, dass eine Veränderung der Ausbildung auch zu einer Veränderung der Berufsausübung im Rahmen dieser Systeme führen müsste.

Diese Feststellung gilt mit anderer Konnotation auch für die Kostenerstattung von Leistungen der Heilberufe durch die Private Krankenversicherung und durch die beamtenrechtliche Beihilfesysteme. Selbst wenn ein Angehöriger eines Heilberufes durch die veränderte Ausbildung in die Lage versetzt wird, bestimmte Leistungen selbstständig zu erbringen, die er vorher beruferechtlich nur auf Anordnung eines Arztes erbringen durfte, besteht kein rechtlicher Zwang, dieses in den Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherungsunternehmen abzubilden. Gleiches gilt für die öffentlich-rechtlichen Beihilfesysteme.

Verfassungsrechtlich geht es bei den vorstehend aufgeführten Fragen um die Berufsausübungsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG). Der Gestaltungsbereich des Gesetzgebers für Berufe im Gesundheitswesen ist verhältnismäßig breit.

Bei der zivilrechtlichen Haftung kann sich eine veränderte Berufsausbildung, auch eine Berufsausbildung, die auf eigenverantwortliches Handeln setzt, durchaus auswirken. Darauf kann hier nicht eingegangen werden.

7.4 Auswirkungen in den verschiedenen Versorgungsbereichen

7.4.1 Für alle Berufe

Eine breitere und höhere Qualifikation kann dazu führen, dass die einzelnen Heilberufe für die Leistungserbringung in den verschiedenen Gesundheitsversorgungsbereichen (Gesundheitsförderung/Prävention, Kuration, Rehabilitation, Langzeitpflege, Palliation) insgesamt breiter und besser aufgestellt werden. Gerade die Kompetenzorientierung der Ausbildung kann es erforderlich machen, dass der Blick über das jeweilige berufsspezifische Interventionsfeld hinaus gerichtet wird. Im Einzelnen kann dies jedoch nur für die jeweiligen Berufe genauer bestimmt werden. Dies soll im Folgenden geschehen.

7.4.2 Pflegeberuf(e)

Die Pflegeberufe intervenieren auf allen Gebieten der gesundheitlichen Versorgung. Schwerpunkte sind vor allem auf dem Gebiet der Kuration, der Langzeitpflege, der Rehabilitation und der Palliation zu verzeichnen. Beruferechtlich sind ihnen in den Ausbildungszielen sehr klar bestimmte Aufgaben zu eigenverantwortlicher und mitwirkender Durchführung zugeordnet. In der Altenpflegeausbildung soll die Ausbildung Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur „selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege“ erforderlich sind (§ 3 Abs. 1 Satz 1 AltPflG). Dieser Hinweis auf die selbständig auszuführende Pflege sollte auch in das KrPflG aufgenommen werden. Damit würde, im Übrigen unabhängig von einer schulischen oder hochschulischen Qualifikation, der Realität des pflegerischen Geschehens entsprechend Rechnung getragen werden. Eine hochschulische Qualifikation kann verstärkt dazu beitragen, die selbstständig ausgeführte Pflege beruferechtlich zu akzentuieren.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Die Pflegeberufe sollen in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V auch zur selbständigen Ausführung von ärztlichen Tätigkeiten auf dem Gebiet der Heilkunde ausgebildet werden können. Allerdings sehen die gesetzlichen Regelungen nicht zwingend, sondern nur optional vor, dass die entsprechende Ausbildung auf Hochschulischer Ebene stattfinden kann. Immerhin ist dadurch erstmalig im Recht der anderen als ärztlichen (nichtakademischen) Heilberufe ein Zusammenhang zwischen Ausbildung und selbständiger Ausübung von Heilkunde hergestellt worden.

Bei den in § 63 Abs. 3b Satz 1 SGB V aufgeführten Modellvorhaben handelt es sich nicht um selbstständige Ausübung von Heilkunde. Diese Modellvorhaben belegen jedoch, dass auch im Sozialleistungserbringungsrecht Modifikationen im Verhältnis zur ärztlichen Steuerungstätigkeit möglich sind.

7.4.3 Hebammen

Der Beruf der Hebammen hat schon jetzt eine Sonderstellung bei den anderen als ärztlichen Heilberufen. Im Zentrum stehen Aufgaben und Tätigkeiten, die präventiver und gesundheitsfördernder, auch kurativer Art sind, und die von Beratung über Diagnose und Therapie bis zur Unterstützung und Durchführung von Notfallmaßnahmen reichen. Beruferechtlich kommt ihnen insofern ein Sonderstatus zu, als ihnen vorbehaltene Tätigkeiten eingeräumt sind (§ 4 HebG). Damit ist das Verhältnis zu den Ärzten bei der Leistung von Geburtshilfe geklärt. Auch im Sozialleistungserbringungsrecht kommt der besondere Status der Hebammen in der Gesundheitsversorgung zum Ausdruck.²¹² Zur Hebamme besteht ein direkter Leistungszugang ohne ärztliche Verordnung/ Überweisung. Hebammen arbeiten eigenständig und eigenverantwortlich.

Ob eine hochschulische Ausbildung von Hebammen dazu führt, dass sich ihr beruferechtlicher Status im Verhältnis zu Ärzten und zu anderen Heilberufen verändert und dass weiter im Leistungserbringungsrecht speziell wegen der hochschulischen Ausbildungen Veränderungen vorgenommen werden, ist angesichts der schon jetzt besonderen Stellung der Hebammen nicht abzu- sehen.

7.4.4 Physiotherapeuten

Zurecht wird von Modellträgern darauf hingewiesen, dass mit einem höheren Abschluss auch neue Verantwortlichkeiten, z.B. im Sinne eines Direktzugangs, bei eigenverantwortlicher Diagnostik und Indikationsstellung und in Richtung auf eine Ausweitung der Befugnisse, z.B. bei der apparativen Diagnostik möglich sein können. Wenn die Ausbildung auf eine selbstständige Wahrnehmung von Aufgaben/Tätigkeiten gerichtet ist, kann es für den Normgeber in der gesetzlichen Krankenversicherung leichter sein, etwa bei Weiterverordnungen auf die Intervention des Arztes zu verzichten.²¹³

Die Physiotherapeuten haben auch im Rahmen der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b Satz 2 SGB V Möglichkeiten, Auswahl und Dauer der physikalischen Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten zu bestimmen, soweit die Physiotherapeuten auf Grund ihrer Ausbildung

²¹² S. dazu Teil II Abschnitt 2.2.

²¹³ Vgl. § 7 Abs. 9 der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, s. dazu Teil II Abschnitt 5.2.2.3.

qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt.

7.4.5 Ergotherapeuten

Die Aufgaben/Tätigkeiten von Ergotherapeuten finden sich vor allem in den Versorgungsbereichen der Gesundheitsförderung, der Kuration und der Rehabilitation und sind insgesamt auf die menschliche Betätigung und Handlungsfähigkeit gerichtet. Mit einem höheren Abschluss können hier neue Verantwortlichkeiten erschlossen werden. Ansonsten gilt das vorstehend zu den Physiotherapeuten Gesagte.

7.4.6 Logopäden

Die Logopäden verstehen sich als therapeutischer Beruf und sind daher primär den gesundheitlichen Versorgungsbereichen der Kuration und der Rehabilitation zuzuordnen. Nach ihrem eigenen Verständnis werden sie auch in den Versorgungsbereichen der Gesundheitsförderung, der Prävention und der Palliation tätig. Hinzu kommen Bereiche, die nicht direkt der Gesundheitsversorgung zuzurechnen sind, so z.B. das gesamte Feld der Inklusion und das Bildungswesen.

Eine berufsrechtliche Zuerkennung einer selbstständigen Ausübung von Heilkunde auf dem Gebiet der Logopädie, verbunden mit der Eigenverantwortlichkeit bei der Wahrnehmung von solchen heilkundlichen Aufgaben/Tätigkeiten würde der schon jetzt geübten Praxis entsprechen.

7.5 Zusammenfassung

Eine hochschulische Qualifikation für Hebammen, Ergo- und Physiotherapeuten, Logopäden, Alten-, Gesundheits- und Kranken- sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger wird zu Veränderungen im beruferechtlichen Status führen. Die schon bisher teilweise in den Ausbildungszielen genannten Elemente des eigenverantwortlichen Handelns werden verstärkt werden. Bisher schon faktisch vorhandene Elemente des selbstständigen Handelns bei der Wahrnehmung der je spezifischen heilkundlichen Tätigkeiten und Aufgaben werden sich verstärken und beruferechtlich in Ansehung der jeweiligen Berufe unterschiedlich ausprägen müssen. Während die Hebammen schon jetzt berufsrechtlich über einen verhältnismäßig großen Raum selbstständiger Aufgabenwahrnehmung verfügen, und während den Pflegeberufen in den Ausbildungszielen breite Verantwortungsbereiche eingeräumt sind, ist dies bei den therapeutischen Berufen bisher, zumindest in den Formulierungen der Heilberufegesetze, nicht der Fall.

Wie sich mögliche beruferechtliche durch hochschulische Qualifikation notwendig gewordene Aufwertungen im Verhältnis zu den anderen Gesundheitsberufen auswirken werden, wird sich vor allem in den Reaktionen des sozialrechtlichen Leistungserbringungsrechts zeigen. Insbesondere im Leistungserbringungsrecht des SGB V ist die zentrale Steuerungsfunktion des Arztes auf dem gesamten Gebiet der Krankenbehandlung (Kuration), nicht nur bei der ärztlichen Behandlung, nach wie vor dominierend. Bei entsprechenden Veränderungen wird hier auch der krankenversicherungsrechtliche Steuerungsfaktor der Wirtschaftlichkeit eine Rolle spielen. Anders als auf dem Gebiet der Krankenbehandlung werden sich die beruferechtlichen Klärungen und

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Veränderungen bei den Ausbildungszielen in den anderen Feldern der gesundheitlichen Versorgung leichter abbilden lassen. Zwar kann auch hier der Arzt noch eine wichtige Rolle spielen. Anders als auf dem Feld der Kuration ist die Versorgung auf den anderen Feldern der gesundheitlichen Versorgung jedoch nicht in so hohem Maße ärztlich geprägt.

Die Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b und 3c SGB V zeigen, dass eine Verteilung der Aufgaben und Tätigkeiten, teilweise auch einhergehend mit der selbständigen Ausübung von Heilkunde bisher dem Arzt vorbehaltenen Tätigkeiten, rechtlich möglich ist.

Die weiteren Wirkungen in Richtung auf die Bedingungen der privaten Krankenversicherungsunternehmen und auf die Regelungen des Beihilferechts im öffentlichen Dienst können gegenwärtig nicht abgesehen werden.

8 Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen in Deutschland e.V. (ADS); Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK). 2015. Richtungskorrektur erforderlich. Positionspapier Primärqualifizierende Pflegestudiengänge. *Die Schwester Der Pfleger*. Februar 2015, S. 86-89.

Beschluss der Kultusministerkonferenz. 2003. Ländergemeinsame Strukturvorgaben für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen. *Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 10.10.2003 i.d.F. vom 04.02.2010*. 10. 10. 2003.

Bohne, Kerstin. 2012. *Delegation ärztlicher Tätigkeiten*. Frankfurt am Main : Peter Lang, 2012. Zugl.: Halle-Wittenberg, Univ., Diss., 2011.

Bundesministerium der Justiz. 2008. *Handbuch der Rechtsförmlichkeit*. Bonn : Bundesministerium der Justiz, 2008. 3. neubearbeitete Aufl..

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). 2010. *Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2009*. Bonn, Berlin : s.n., 2010. 19. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch HIS Hochschul-Informationssystem – Ausgewählte Ergebnisse –.

Bundesministerium für Bildung und Forschung. 2013. *Berufsbildungsbericht 2013*. 2013.

Bundesregierung. 2013. Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode. 17. 12. 2013.

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.). 2009. Möglichkeiten der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege in der Systematik und den strukturellen Vorgaben eines Bachelor-Studiengangs. [Buchverf.] Margarete Reinhart. *Handlungsleitende Perspektiven zur Gestaltung der beruflichen Qualifizierung in der Pflege*. Berlin : s.n., 2009, S. 25 ff.

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe. 2004. Vernetzung von theoretischer und praktischer Pflegeausbildung. Mai 2004.

Dielmann, Gerd. 2013. *Krankenpflegegesetz*. Frankfurt am Main : Mabuse, 2013. 3. Auflage.

Hochschule Bochum. Der Präsident. 2010. Bachelor-Rahmenprüfungsordnung (BRPO) für die Bachelorstudiengänge der Hochschule Bochum vom 20.06.2010 in der Fassung der Dritten Änderungsordnung vom 12. November 2012. [http://www.hochschule-bochum.de/fileadmin/media/studienangebot/ordnungen/allgemein/BA-RahmenpruefO_BO.pdf (Zugriff am 14.08.2014).]. Bochum : s.n., 13. Juli 2010.

Hochschule für Gesundheit Bochum. 2013. Evaluation der Modellstudiengänge Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie, Pflege und Physiotherapie an der Hochschule für Gesundheit, Bochum. *Zweiter Zwischenbericht vom 31. Mai 2013*. Bochum : hsg Bochum, 2013.

Igl, Gerhard. 2013. Gesundheitsberufe neu regeln. Rechtsexpertise. [Buchverf.] Gesundheitsberufe neu regeln" Arbeitsgruppe der Robert Bosch Stiftung "Gesundheitsberufe neu denken. [Hrsg.] Robert Bosch Stiftung GmbH. *Gesundheitsberufe neu denken*,

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven - Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart : Robert Bosch Stiftung GmbH, 2013, S. 235-431.

— **2010.** *Öffentlich-rechtliche Regulierung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe und ihrer Tätigkeit auf den Gebieten der Diätetik, der Medizintechnik, der Orthoptik und der Pharmazie.* München : Urban & Vogel, 2010.

— **2011.** *Recht der Gesundheitsfachberufe, Heilpraktiker und sonstigen Berufe im Gesundheitswesen. Normsammlung mit Erläuterungen.* Heidelberg : medhochzwei, 2011. Fortführung des von Erdle/Becker herausgegebenen Werkes (ab 2011).

— **2015.** Situation und aktuelle rechtliche Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsberufe. [Hrsg.] Johanne Pundt und Karl Kälble. *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte.* Bremen : APOLLON University Press, 2015, S. 107-137.

Igl, Gerhard und Ludwig, Jasmin. 2014. Präzisierung der unionsrechtlichen Anforderungen an Heilberufe. *Medizinrecht (MedR).* 2014, S. 214-219.

Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen. Katholische Stiftungsfachhochschule München. 2014. Abschlussbericht. *Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW.* Dezember 2014.

— **Februar 2013.** *Erster Zwischenbericht. Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW.* Februar 2013.

— **Dezember 2013.** *Zweiter Zwischenbericht. Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW.* Dezember 2013.

Jarras, Hans D. und Pieroth, Bodo. 2012. *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland.* München : C.H. Beck, 2012.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. 2003. Ausbildung in der Altenpflege. Empfehlende Richtlinie. Juni 2003.

— **1998.** Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in NRW. Juli 1998.

— **2007.** Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Ergotherapieschulen in NRW. Oktober 2007.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. 2013. Krankenhausplan NRW 2015. [<https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mgepa/krankenhausplan-nrw-2015/1617>]. Düsseldorf : s.n., 2013.

Niehues, Norbert, Fischer, Edgar und Jeremias, Christoph. 2014. *Prüfungsrecht.* München : C.H. Beck, 2014. 6., neubearbeitete Auflage.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Rausch, Monika, Thelen, Katrin und Beudert, Isabelle. o.J. (2014). Kompetenzprofil für die Logopädie. [Hrsg.] Deutscher Berufsverband für Logopädie e.V. (dbl). Frechen : Deutscher Berufsverband für Logopädie e.V. (dbl), o.J. (2014).

Schaper, Niclas, et al. 2012. Fachgutachten zur Kompetenzorientierung in Studium und Lehre. [Hrsg.] Hochschulrektorenkonferenz. August 2012. Projekt nexus. Konzepte und gute Praxis für Studium und Lehre.

Sieger, Margot. 2002. Bildungsziele für die Berufsausbildung im Gesundheits- und Sozialwesen. [Hrsg.] Gertrud Stöcker. *Bildung und Pfl ee. Eine berufs- und bildungspolitische Standortbestimmung.* Hannover : Schlütersche, 2002.

Stöcker, Gertrud, [Hrsg.]. 2002. *Bildung und Pflege. Eine berufspolitische Standortbestimmung.* Hannover : Schlütersche, 2002.

— **2014.** Ein neues Gesetz allein kann die Missstände nicht lösen. *Die Schwester Der Pfleger.* Dezember 2014, S. 1177.

Storsberg, Annette, Neumann, Claudia und Neiheiser, Ralf. 2006. *Krankenpflegegesetz. Kommentar.* Stuttgart : Kohlhammer, 2006. 6., vollständig überarbeitete Auflage.

Vosseler, Birgit. 2015. Lernortkooperation: Standpunkte für die hochschulische Ausbildung in den Gesundheitsberufen am Beispiel der Pflegeausbildung. [Hrsg.] Johanne Pundt und Karl Kälble. *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte.* Bremen : APOLLON University Press, 2015, S. 199-228.

Walkenhorst, Ursula und Pietsch, Annette. 2013. KONZEPT "Staatliche Prüfungen zur Qualitätssicherung in den Gesundheitsfachberufen". Bochum : s.n., Juli 2013. - Zukunftsorientierte Überlegungen zur Gestaltung und Durchführung der Staatlichen Prüfungen im Rahmen der grundständigen Studiengänge in den Berufen der Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie, Pflege und Physiotherapie zur Weiterentwicklung der Berufe.

Wissenschaftsrat. 2012. *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen.* Berlin : Wissenschaftsrat, 13. 07. 2012. Drucksache 2411-12.

— **2013.** Empfehlungen zur Entwicklung des dualen Studiums. Positionspapier. Berlin : Wissenschaftsrat, 2013. Drucksache 3479-13.

9 Anlagen

9.1 Anlage 1: Auszüge aus Richtlinie 2005/36/EG

Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Version – Anhang Nr. 5.5.1:

V.5. Hebamme

5.5.1 Ausbildungsprogramm für Hebammen

(Ausbildungsgänge I und II)

Das Programm der Ausbildung, die zu den Ausbildungsnachweisen für Hebammen führt, umfasst zwei Bereiche:

A. Theoretischer und fachlicher Unterricht

a. Grundfächer

- Grundbegriffe der Anatomie und Physiologie
- Grundbegriffe der Pathologie
- Grundbegriffe der Bakteriologie, Virologie und Parasitologie
- Grundbegriffe der Biophysik, Biochemie und Radiologie
- Kinderheilkunde, insbesondere in Bezug auf Neugeborene
- Hygiene, Gesundheitserziehung, Gesundheitsvorsorge, Früherkennung von Krankheiten
- Ernährung und Diätetik unter besonderer Berücksichtigung der Ernährung der Frau, des Neugeborenen und des Säuglings
- Grundbegriffe der Soziologie und sozialmedizinischer Fragen
- Grundbegriffe der Arzneimittellehre
- Psychologie
- Pädagogik
- Gesundheits- und Sozialrecht und Aufbau des Gesundheitswesens
- Berufsethik und Berufsrecht
- Sexualerziehung und Familienplanung
- Gesetzlicher Schutz von Mutter und Kind

b. Spezifische Fächer für Hebammen

- Anatomie und Physiologie
- Embryologie und Entwicklung des Fötus
- Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- Pathologie in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Schwangerenberatung, Vorbereitung auf die Elternschaft, einschließlich psychologischer Aspekte
- Vorbereitung der Entbindung, einschließlich Kenntnisse von Geburtshilfeinstrumenten und ihrer Verwendung
- Analgesie, Anästhesie und Wiederbelebung
- Physiologie und Pathologie des Neugeborenen
- Betreuung und Pflege des Neugeborenen
- Psychologische und soziale Faktoren

B. Praktische und klinische Ausbildung

Diese Ausbildung erfolgt unter angemessener Kontrolle:

- Beratung Schwangerer mit mindestens 100 vorgeburtlichen Untersuchungen;
- Überwachung und Pflege von mindestens 40 Gebärenden;

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- Durchführung von mindestens 40 Entbindungen durch die Schülerin selbst; kann diese Zahl nicht erreicht werden, da es nicht genügend Schwangere gibt, kann diese Zahl auf mindestens 30 gesenkt werden, sofern die Schülerin außerdem an weiteren 20 Entbindungen teilnimmt;
- aktive Teilnahme an ein oder zwei Steißgeburten. Sollte dies aufgrund einer ungenügenden Zahl von Steißgeburten nicht möglich sein, sollte der Vorgang simuliert werden;
- Durchführung der Episiotomie und Einführung in die Vernähung der Wunde. Die Einführung in die Vernähung umfasst einen theoretischen Unterricht sowie praktische Übungen. Die Praxis der Vernähung umfasst die Vernähung der Episiotomien und kleiner Dammrisse und kann wenn nicht anders möglich auch simuliert werden;
- Überwachung und Pflege von 40 gefährdeten Schwangeren, Entbindenden und Wöchnerinnen;
- Überwachung und Pflege, einschließlich Untersuchung von mindestens 100 Wöchnerinnen und gesunden Neugeborenen;
- Überwachung und Pflege von Neugeborenen, einschließlich Frühgeborenen, Spätgeborenen sowie von untergewichtigen und kranken Neugeborenen;
- Pflege pathologischer Fälle in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe;
- Einführung in die Pflege pathologischer Fälle in der Medizin und Chirurgie. Die Einführung umfasst theoretischen Unterricht sowie praktische Übungen.

Der theoretische und fachliche Unterricht (Teil-A des Ausbildungsprogramms) und der praktische Unterricht (Teil-B des Programms) müssen so ausgewogen und koordiniert sein, dass die betreffende Person die Möglichkeit hat, die in diesem Anhang genannten Kenntnisse und Fähigkeiten in angemessener Weise zu erwerben.

Die praktische Ausbildung der Hebamme (Teil-B des Ausbildungsprogramms) erfolgt unter der Kontrolle der zuständigen Behörde oder Einrichtung in den entsprechenden Abteilungen der Krankenhäuser oder in anderen zugelassenen Gesundheitseinrichtungen. Im Laufe ihrer Ausbildung nehmen die Hebammen-schülerinnen insoweit an diesen Tätigkeiten teil, als diese zu ihrer Ausbildung beitragen, und werden in die Verantwortung, die die Tätigkeit der Hebamme mit sich bringt, eingeführt.

Richtlinie 2005/36/EG in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Version – Anhang Nr. 5.2.1:

V.2. Krankenschwester und Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind

5.2.1 Ausbildungsprogramm für Krankenschwestern und Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind

Das Programm der Ausbildung, die zum Ausbildungsnachweis für Krankenschwestern und Krankenpfleger führt, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, umfasst die folgenden beiden Abschnitte und mindestens die dort aufgeführten Fachgebiete

A. Theoretischer Unterricht

a. Krankenpflege:

- Berufskunde und Ethik in der Krankenpflege
- Allgemeine Grundsätze der Gesundheitslehre und der Krankenpflege
- Grundsätze der Krankenpflege in Bezug auf
- allgemeine Medizin und medizinische Fachgebiete
- allgemeine Chirurgie und chirurgische Fachgebiete
- Kinderpflege und Kinderheilkunde
- Wochen- und Säuglingspflege
- Geisteskrankenpflege und Psychiatrie
- Altenpflege und Alterskrankheiten

b. Grundwissen:

- Anatomie und Physiologie
- Krankheitslehre
- Bakteriologie, Virologie und Parasitologie
- Biophysik, Biochemie und Radiologie
- Ernährungslehre
- Hygiene:
- Gesundheitsvorsorge
- Gesundheitserziehung
- Pharmakologie

c. Sozialwissenschaften:

- Soziologie
- Psychologie
- Grundbegriffe der Verwaltung
- Grundbegriffe der Pädagogik
- Sozial- und Gesundheitsgesetzgebung
- Berufsrecht

B. Klinisch-praktische Ausbildung

- Krankenpflege auf folgenden Gebieten:
- allgemeine Medizin und medizinische Fachgebiete
- allgemeine Chirurgie und chirurgische Fachgebiete
- Kinderpflege und Kinderheilkunde
- Wochen- und Säuglingspflege
- Geisteskrankenpflege und Psychiatrie
- Altenpflege und Alterskrankheiten
- Hauskrankenpflege

Der Unterricht in einem oder mehrerer dieser Fächer kann im Rahmen anderer Fächer oder in Verbindung mit ihnen erteilt werden.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Der theoretische Unterricht muss mit der klinisch-praktischen Ausbildung so abgewogen und abgestimmt werden, dass die in diesem Anhang genannten Kenntnisse und Fähigkeiten in angemessener Weise erworben werden können.

9.2 Anlage 2: Qualifikationsziele für hochschulisch qualifizierte Hebammen bzw. Entbindungspfleger (Stand 17.10.2014)

Qualifikationsziele für hochschulisch qualifizierte Hebammen bzw. Entbindungspfleger²¹⁴

17. Oktober 2014

1. Berufsdefinition der Hebamme/des Entbindungspflegers

Eine Hebamme ist eine Person, die nach ordnungsgemäßer Zulassung eine im jeweiligen Land anerkannte Hebammenausbildung erfolgreich abgeschlossen und die erforderliche Qualifikation für die Registrierung als Hebamme erworben hat.

Die Hebamme ist eine anerkannte Gesundheitsfachperson, welche für ihre professionellen Handlungen verantwortlich und haftbar ist. Sie arbeitet mit Frauen partnerschaftlich zusammen und gewährt ihnen die erforderliche Unterstützung, Betreuung und Beratung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit. Eigenverantwortlich betreut sie die schwangere Frau, leitet die Geburt und betreut die Mutter und ihr Neugeborenes bzw. ihren Säugling, wobei sie ein besonderes Augenmerk auf eine ungestörte Bondingphase und die Förderung der Eltern-Kind-Beziehung legt. Die Arbeit der Hebamme umfasst darüber hinaus das Angebot, die Bereitstellung und die Durchführung präventiver Maßnahmen, die Förderung der physiologischen Geburt, das Erkennen von Komplikationen bei Mutter und Kind, die Gewährleistung notwendiger medizinischer Behandlung oder anderer angemessener Unterstützung sowie die Durchführung von Notfallmaßnahmen.

²¹⁴ Bei der Bezeichnung der Hebammen bzw. Entbindungspfleger wird ausschließlich die Berufsbezeichnung ‚Hebamme‘ verwendet. Hierunter werden auch Entbindungspfleger subsumiert.

Im vorliegenden Dokument werden die Begriffe ‚Geburtshilfe‘ und ‚geburtshilfliche Versorgung‘ im erweiterten Sinne verwendet, angelehnt an die erarbeitete Definition der Arbeits- und Planungsgruppe des Berichts *Geburtshilfe neu denken* (Sayn-Wittgenstein 2007). Hierbei wird die Geburtshilfe nicht auf die Leistungen und das Handeln während der Geburt begrenzt, sondern umfasst die professionelle Begleitung und Betreuung in der gesamten Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit in Bezug auf die Frau, ihr Neugeborenes bzw. ihren Säugling und ihre Familie.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV



Quelle: Sayn-Wittgenstein, F. zu (Hrsg.) (2007). Geburtshilfe neu denken. S. 24. Bern: Hans Huber Verlag.

Die Hebamme hat eine wichtige Aufgabe in der Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung. Diese Aufgabe nimmt sie zwar primär Frauen gegenüber wahr; sie hat aber eine besondere Bedeutung und Relevanz nicht nur für die Familie, sondern auch für die Gesellschaft. Diese Arbeit sollte vor bzw. in der Schwangerschaft beginnen, die Vorbereitung auf die Elternschaft integrieren, wie auch Hinweise zur Gesundheit, Sexualität und zur Entwicklung des Kindes beinhalten.

Eine Hebamme kann in verschiedenen Bereichen praktizieren, wie beispielsweise in der Hausgeburtshilfe und Basisgesundheitsversorgung, in öffentlichen und privaten Kliniken, Geburtshäusern, Hebammenpraxen und Institutionen des Gesundheitswesens.

2. Präambel: Geburtshilfliches Verständnis

Den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger dürfen Personen ausüben, die eine Berufsausbildung oder ein Studium nach den Vorgaben und Inhalten des jeweiligen Landes erfolgreich abgeschlossen haben (International Confederation of Midwives (ICM) 2011a).

Philosophie und Ethik von Hebammen beruhen auf Respekt im Umgang mit Frauen und ihren Familien. Hebammen fördern die Selbstbestimmung von Frauen und ihren Bezugspersonen, indem sie Unterstützung anbieten für individuelle Entscheidungsfindungen in der reproduktiven Lebensphase. Hebammen arbeiten mit anderen Berufsgruppen und Institutionen konstruktiv zusammen und unterstützen sich gegenseitig. In der Berufsausübung respektieren Hebammen die Kultur, ethnische Herkunft und Individualität von jeder Frau (ICM 2014). Das Handeln von Hebammen ist von der Maxime der Nicht-Intervention geprägt (Schäfers et al. 2012), d.h. dass sie auf unnötige Interventionen verzichten, deren Wirksamkeit darüber hinaus nicht wissenschaftlich belegt ist.

Der International Confederation of Midwives (ICM 2011b) konstatiert in seinem Positionspapier Global Standards for Midwifery Regulation, dass die Hebammenkunde ein selbstständiger Beruf ist, der sich von anderen Berufen eindeutig unterscheidet. Für die Autonomie eines Berufes ist das Konzept der Selbstregelung eine grundlegende Voraussetzung. Das schließt die Kontrolle der Standards für die Berufsausbildung, die Hebammenverordnung sowie die Bestimmung und Kontrolle der Berufsausübung ein. Die in §4 des Hebammengesetzes ausgewiesene Vorbehaltstätigkeit prädestiniert die Berufsgruppe der Hebammen in Deutschland für die autonome Bestimmung und Kontrolle über die Berufsausübung. In diesem Zusammenhang sieht auch der Wissenschaftsrat (2012) ein gleichrangiges Verhältnis von Hebammen und Ärzten/-innen als gegeben an. Dennoch ist eine autonome Bestimmung und Kontrolle über die Berufsausübung, wie sie der ICM (2011b) beschreibt, für den Hebammenberuf in Deutschland derzeit noch nicht gegeben.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Hebammen leisten eine gesellschaftlich relevante Arbeit. Die ressourcenorientierte Betreuung, Beratung und Begleitung von Frauen und ihren Bezugspersonen im Kontext von Schwangerschaft, Geburt sowie im ersten Jahr nach der Geburt durch die Hebamme unterscheidet sich in Deutschland sowohl hinsichtlich ihres Inhalts als auch der perspektivischen Herangehensweise von anderen Berufsgruppen. In dem Spannungsfeld zwischen medizinisch-technischen Möglichkeiten und ethischen Dilemmata bietet sie eine ressourcenorientierte Begleitung, die sich an den Wünschen und Vorstellungen der Frau orientiert.

Sowohl die epidemiologischen Veränderungen als auch die zunehmende Komplexität des Versorgungsauftrages und der Betreuungssituationen führen zur quantitativen Ausweitung und zu qualitativen Veränderungen des Versorgungsbedarfs im Hebammenwesen. Beispielsweise bedingen die Zunahme von chronischen Erkrankungen bei jungen Menschen und die Zunahme von Frauen und Familien in prekären Lebenssituationen eine breitere Wissensbasis der Hebammen, um eine adäquate Betreuung zu gewährleisten. Aber auch der wissenschaftliche Fortschritt und die daraus folgenden Erkenntnisse verändern den Anspruch an fachliche und personale Kompetenzen von Hebammen. Hierzu zählen generische Kompetenzen („General Studies“/ „Soft Skills“) ebenso wie erweiterte ökonomisch-organisatorische Kompetenzen (Sayn-Wittgenstein 2007, Pehlke-Milde 2009, Pädagogischer Fachbeirat des DHV (PFB) 2011, Wissenschaftsrat (WR) 2012, Deutscher Hebammenverband (DHV) 2014, Hellmers & Bauer 2014).

Für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Bezugspersonen müssen Hebammen Kompetenzen erwerben, die eine dynamische Kombination aus kognitiven, meta-kognitiven, sozialen, ethischen, interkulturellen und praktischen Fähigkeiten abbilden (WR 2012, Institute for Evidence-Based Change 2010). Dies entspricht den Kompetenzbeschreibungen der International Confederation of Midwives (2013). Um diesen gesteigerten Anforderungen im Beruf gerecht zu werden, wird die Akademisierung des Hebammenberufs bereits seit vielen Jahren gefordert und die Notwendigkeit von wissenschaftlichen Analysen untermauert (Zoege 2004, Sayn-Wittgenstein 2007, Pehlke-Milde 2009).

3. Qualifikationsziele

Das Studium der Hebammenkunde befähigt die Absolventinnen und Absolventen, komplexe geburtshilfliche Situationen kritisch zu analysieren, die individuellen Bedürfnisse und Interessen der betreuten Frauen und Familien zu erkennen und das weitere, evidenzbasierte Handeln im Rahmen einer partizipativen und vertrauensvollen Beziehung daran auszurichten. Hebammen können so die Verantwortung und Steuerung für die Planung, Durchführung und Evaluation der Behandlung und Betreuung auf der Basis einer wissenschaftlich reflektierten und evidenzbasierten Vorgehensweise übernehmen.

Durch das Studium der Hebammenkunde ist sowohl eine wissenschaftlich fundierte Handlungskompetenz als auch eine Persönlichkeitsentwicklung intendiert, die einer professionellen Berufsausübung zugrunde liegt. Diese befähigt zukünftige Hebammen, die Verantwortung für die geburtshilfliche Versorgung von Frauen, ihren Neugeborenen und ihren Familien während Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und erstem Lebensjahr des Kindes zu übernehmen, die Betreuung auf der Basis der Ethischen Grundsätze von Hebammen (ICM 2014) zu gestalten sowie die eigene Arbeit kritisch zu reflektieren und zu evaluieren. Dies soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand hebammenwissenschaftlicher, medizinischer, psychologischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse geschehen.

Kernkompetenzen

Hebammen sind eigenverantwortlich in der Lage,

- in komplexen und nicht vorhersehbaren geburtshilflichen Situationen die Verantwortung und Steuerung für die Planung, Durchführung und Evaluation der Behandlung und Betreuung auf der Basis einer wissenschaftlich reflektierten und evidenzbasierten Vorgehensweise zu übernehmen,
- die Physiologie von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu unterstützen und aufrecht zu erhalten sowie Risiken und Pathologien einzuschätzen und die notwendigen Maßnahmen einzuleiten,
- eine (geburtshilfliche) Anamnese auf der Basis fachwissenschaftlicher und bezugswissenschaftlicher Kenntnisse und Kompetenzen durchzuführen,
- Hebammendiagnosen zu stellen und auf dieser Grundlage (und in Absprache mit der zu betreuenden Frau/Familie) geeignete Interventionen für die Betreuung auszuwählen,
- eine kritisch und wissenschaftlich reflektierte Auswahl und Anwendung von Verfahren und Instrumenten zur Qualitätssicherung in der Hebammenkunde vorzunehmen,
- Frauen, ihre Kinder sowie deren Familien in der reproduktiven Lebensphase und den damit einhergehenden Veränderungen durch fachspezifische Beratungsangebote zu unterstützen, zu begleiten, anzuleiten und zu betreuen,
- erprobte und (vorzugsweise) evaluierte Diagnostik sowie Versorgungs- und Präventionskonzepte zu nutzen sowie den Entwicklungsbedarf von Versorgungskonzepten zur Prävention und Gesundheitsförderung aus einer hebammenwissenschaftlichen Perspektive zu erkennen,
- ein berufliches Selbstverständnis auf den Grundlagen eines fundierten Wissens der Hebammenwissenschaft zu entwickeln,
- mit Angehörigen der eigenen Berufsgruppe sowie anderer Berufsgruppen intra- und interprofessionell zu kommunizieren und konstruktiv zusammen zu arbeiten und
- ihr Handeln hinsichtlich einer Evidenzbasierung wiederkehrend zu reflektieren (Qualitätssicherung der Versorgung).

e) Eigenverantwortliche Aufgaben

Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen, die folgenden Aufgaben entsprechend des Standes hebammenwissenschaftlicher, medizinischer und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auf der Grundlage des gegenwärtigen Stands der Erkenntnisse eigenverantwortlich und selbstständig auszuführen:

- Angemessene Aufklärung und Beratung von Frauen, Familien oder Partnerschaften in Fragen der Familienplanung
- Systematisches und kriteriengestütztes Feststellen der Schwangerschaft und Erfassen der Lage der schwangeren Frauen, ggfs. Einleitung notwendiger allgemeiner Maßnahmen der Klärung und Akzeptanz der veränderten Situation in und zur physiologischen Entwicklung der Schwangerschaft sowie zur Gesundheitsförderung und primären Prävention bei Frau und Kind auf Grundlage einschlägiger, evidenter Kriterien
- Beobachtung der physiologisch verlaufenden Schwangerschaft, Durchführung der zur Beobachtung eines physiologischen Schwangerschaftsverlaufs notwendigen Untersuchungen

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- Beratung der Frau hinsichtlich der Entwicklung und des Verlaufs der Schwangerschaft sowie der Wahl des Geburtsortes und der Versorgung bei und nach der Geburt entsprechend der erhobenen (Lebens-) Situation und der eventuell vorliegenden Risiken
- Aufklärung über Screening-Verfahren sowie Durchführung bzw. Verschreibung der Untersuchungen, die für eine möglichst frühzeitige Feststellung einer Risikoschwangerschaft notwendig sind
- Planung und Durchführung von unterstützenden und gesundheitsfördernden Maßnahmen im Falle von Risiko-Schwangerschaften, wie z.B. Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden je nach Anamnese, ggfs. Einzel-Geburtsvorbereitung
- Vorbereitung auf die Elternschaft, umfassende Vorbereitung auf die Geburt und das Wochenbett
- Beratung im Rahmen der Hebammenversorgung in allen relevanten gesundheitsbezogenen Fragen (Information, Edukation, Anleitung)
- Betreuung der Gebärenden während der Geburt und Überwachung des Fötus in der Gebärmutter mit Hilfe geeigneter klinischer und technischer Mittel
- Eigenverantwortliche Betreuung von physiologisch verlaufenden Geburten bei Schädellage, einschließlich - sofern erforderlich - Durchführung des Scheidendammschnitts und der Nahtversorgung sowie im Dringlichkeitsfall Durchführung von Steißgeburten
- Erkennen der Anzeichen von Regelwidrigkeiten und Anomalien bei der Mutter oder beim Kind, die das Eingreifen einer Ärztin/eines Arztes erforderlich machen, sowie Hilfeleistung bei etwaigen ärztlichen Maßnahmen unter lückenloser Fortsetzung der Hebammenhilfe
- Ergreifen der notwendigen Maßnahmen bei Abwesenheit der Ärztin/des Arztes, insbesondere manuelle Ablösung der Plazenta, an die sich gegebenenfalls eine manuelle Nachuntersuchung der Gebärmutter anschließt
- Durchführen medizinischer Maßnahmen der Erstversorgung bei Frauen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt sowie des Neugeborenen bis zum Eintreffen der Ärztin/des Arztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung, wenn ein lebensgefährlicher/-bedrohlicher Zustand vorliegt oder wesentliche Folgeschäden zu erwarten sind
- Herstellen und Sichern der Transportfähigkeit von Frauen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt sowie des Neugeborenen im Notfalleinsatz, Auswählen des geeigneten Transportmittels sowie des Zielortes
- Angemessenes Umgehen mit Frauen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt sowie dem Neugeborenen in Notfall- und Krisensituationen
- Sachgerechte Übergabe der Frau und des Neugeborenen in die ärztliche Weiterbehandlung
- Untersuchung (inklusive der Erstuntersuchung nach der Geburt) und Pflege des Neugeborenen; Einleitung und Durchführung der erforderlichen Maßnahmen in Notfällen und, wenn erforderlich, Durchführung der sofortigen Wiederbelebung des Neugeborenen
- Kommunizieren mit allen am Einsatz/in der Situation beteiligten oder zu beteiligenden Personen, Institutionen oder Behörden
- Pflege, Betreuung und Beratung der Wöchnerin, Überwachung des Zustandes der Mutter nach der Geburt
- zweckdienliche Beratung der Frau und Familie zur bestmöglichen Pflege, zum Handling und zur Ernährung des Neugeborenen
- Betreuung der Frau und ihres Säuglings, Unterstützung und Förderung der Eltern-Kind-Beziehung, Begleitung und Beratung der Frau und ihrer Familie im ersten Jahr nach der Geburt
- Eigenverantwortliche Durchführung der von der Ärztin/dem Arzt verordneten Behandlung bzw. Versorgung

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel zur Erleichterung der Schwangerschaft, bei und nach der Geburt nach geltenden Regelungen
- Verordnung von Häuslicher Pflege und Haushaltshilfe nach dem Sozialgesetzbuch und den vertraglichen Regelungen
- Beschreibung und Dokumentation der Versorgung durch die Hebamme, des Zustandes und der Befunde in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt, im Wochenbett sowie im ersten Lebensjahr des Kindes
- Durchführung von qualitätssichernden und organisatorischen Maßnahmen der Versorgung; Mitwirkung an der Qualitätssicherung in der außerklinischen Hebammengeburtshilfe

f) Mitwirkung

Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen, die folgenden Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung und Hinzuziehung entsprechend dem Stand hebammenwissenschaftlicher und medizinischer Erkenntnisse und dem gesicherten Erkenntnisstand als Mitglied eines multiprofessionellen Teams auszuführen:

- Bei Risiken oder Notfällen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt oder bezogen auf das Neugeborene sind fachkundige Ärztinnen und Ärzte in der Versorgung hinzuzuziehen. Die Ärztin/der Arzt sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass bei einer Geburt eine Hebamme hinzugezogen wird.
- Teamorientiertes Arbeiten und interprofessionelle/überfachliche Zusammenarbeit mit den ärztlichen und weiteren Heil- und Gesundheitsfachberufen in der Versorgung und an Schnittstellen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt sowie bezogen auf das Neugeborene.
- Assistieren bei der ärztlichen Notfall- und Akutversorgung von Frauen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt sowie bezogen auf das Neugeborene im Notfalleinsatz.
- Durchführen ärztlich veranlasster Maßnahmen im Notfalleinsatz
- Erstversorgung und eigenverantwortliche Versorgung von Mutter und Neugeborenem nach geburtshilflichen Eingriffen und Operationen entsprechend der nachgewiesenen Kompetenzen
- Betreuung von Risikoschwangeren, -gebärenden und -wöchnerinnen entsprechend hebammenwissenschaftlicher Erkenntnisse, die auf primär- und sekundärpräventiven Aspekten fokussieren

g) Frau-/Familienzentrierte Betreuung in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen, eine Frau-/Familien-zentrierte Betreuung in kooperativer Zusammenarbeit mit Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen im Kontext der reproduktiven Lebensphase zu gewährleisten, wie u.a.:

- Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter
- Psychologinnen und Psychologen
- Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen
- Fachärztinnen und Fachärzte
- (Kinder-) Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger
- weitere Akteurinnen und Akteure der Frühen Hilfen.

Hierzu werden vertiefte Kompetenzen in der interprofessionellen und transsektoralen Kommunikation und Vernetzung vermittelt.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

h) Weitere Befähigungen

- Genaue Kenntnisse der Hebammenwissenschaft sowie grundlegende Kenntnisse weiterer Wissenschaften, auf denen die Tätigkeiten der Hebamme beruhen
- Angemessene Kenntnisse und Reflexionsfähigkeit der Berufsethik und der Rechtsvorschriften, die für die Ausübung des Berufs einschlägig sind
- Kenntnisse und Fertigkeiten der selbstständigen Recherche, der kritischen Untersuchung und Einbindung aktueller wissenschaftlicher Literatur sowie anderer relevanter Informationsquellen
- Reflexion der aktuellen Forschungsergebnisse hinsichtlich der von Hebammen betreuten Frauen und Familien sowie des (außer-)klinischen evidenzbasierten Handelns
- Kenntnisse, um Forschungsergebnisse zu interpretieren, zu analysieren, zu synthetisieren und zu kritisieren und an entsprechende Beteiligte weiterzugeben
- Planung und Organisation eigenberuflicher Versorgungssteuerung
- Identifikation von Forschungsbedarf zu Fragen der Hebammenwissenschaft

Autorinnen:

Mitglieder der AG Hochschulbildung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Dr. Gertrud M. Ayerle (Universität Halle-Wittenberg)

Prof. Dr. Nicola H. Bauer (Hochschule für Gesundheit Bochum)

Dr. Annette Bernloehr (Medizinische Hochschule Hannover)

Prof. Dr. Monika Greening (Kath. Hochschule Mainz)

Prof. Dr. Melita Grieshop (Ev. Hochschule Berlin)

PD Dr. Mechthild M. Groß (Medizinische Hochschule Hannover)

Prof. Dr. Claudia Hellmers (Hochschule Osnabrück)

BSc in Health Studies Friederike Hesse (Hochschule Ludwigshafen)

Dipl. Berufspädagogin Monika Kraienhemke (Hochschule für Gesundheit Bochum)

MSc Pflege- und Gesundheitswissenschaft Elke Mattern (Universität Halle-Wittenberg)

Prof. Dr. Babette Müller-Rockstroh (Hochschule Fulda)

Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein (Hochschule Osnabrück)

unter Mitarbeit

der Beirätin für den Bildungsbereich Claudia Dachs (Deutscher Hebammenverband e.V.)

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

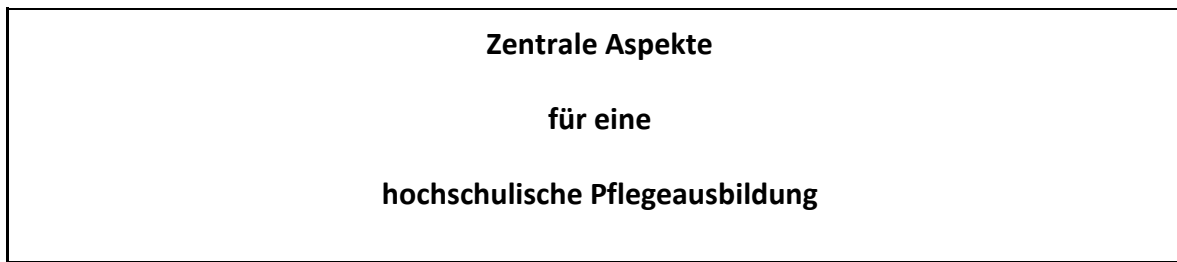
Literatur

- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV). in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. März 1987 (BGBl. I S. 929), zuletzt geändert durch Artikel 11 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686).
- Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) (2009). Diskussionsvorschlag eines Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen. Erarbeitet vom „Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen“. Zugriff am 05.06.2010 unter: <http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de/SITEFORUM?i=1215181395066&t=/Default/gateway&xref=http%3A//www.google.de/search%3Fq%3DDeutschen+Qualifikationsrahmen+%26ie%3Dutf-8%26oe%3Dutf-8%26aq%3Dt%26rls%3Dorg.mozilla%3Ade%3Aofficial%26client%3Dfirefox-a>
- Deutscher Hebammenverband (Hrsg.) (2014). Hebammenausbildung 2020. Karlsruhe.
- Europäischer Qualifikationsrahmen (EQR) (2008). Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. April 2008 zur Einrichtung des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen. Amtsblatt der Europäischen Union C 111 vom 06.05.2008.
- Fullerton, J., Severion, R., Brogan, K. & Thompson, J. (2003). The International Confederation of Midwives study of essential competencies of midwifery practice. *Midwifery*. 19 (3), 174-190.
- Fullerton, J. & Thompson, J. (2005). Examining the evidence for The International Confederation of Midwives' essential competencies for midwifery practice. *Midwifery*. 21 (1), 2-13.
- Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz - HebG). Hebammengesetz vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 30. September 2008 (BGBl. I S. 1910).
- Hellmers, C. & Bauer, N.H. (2014). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zu den Empfehlungen des Wissenschaftsrates zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft. Journal of Midwifery Science*. 2014 (02), 17-20.
- Horschitz, H., Kurtenbach, H. (2003). Hebammengesetz: Gesetz über den Beruf der Hebammen und des Entbindungspflegers vom 4. Juni 1985 mit den Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft und der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hebammen mit Erläuterungen, 3. Auflage. Hannover: Elwin Staude Verlag.
- Institute für Evidence-Based Change (IEBC) (2010). Tuning Educational Structures. A Guide to the Process. Version 1.0. Encinitas USA. Zugriff am 28.03.2014 unter: <http://www.tuningusa.org/TuningUSA/tuningusa.publicwebsite/b7/b70c4e0d-30d5-4d0d-ba75-e29c52c11815.pdf>
- International Confederation of Midwives (2011). Definition of the Midwife. Zugriff am 18.07.2014 unter: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Core-Documents/CD2011_001%20ENG%20Definition%20of%20the%20Midwife.pdf
- International Confederation of Midwives (2014). The Philosophy and Model of Midwifery Care. Zugriff am 04.05.2014 unter: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Core-Documents/CD2005_001%20V2014%20ENG%20Philosophy%20and%20model%20of%20midwifery%20care.pdf
- International Confederation of Midwives (2011a). ICM International Definition. Zugriff am 04.05.2014 unter: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Core-Documents/CD2011_001%20ENG%20Definition%20of%20the%20Midwife.pdf.
- International Confederation of Midwives (2011b). Global Standards for Midwifery Regulation. Zugriff am 04.05.2014 unter: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Comptences%20Tools/English/GLOBAL%20STANDARDS%20FOR%20MIDWIFERY%20REGULATION%20ENG.pdf>.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- International Confederation of Midwives (2013). Essential competencies for basic midwifery practice. Zugriff am 02.08.2014 unter: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Core-Documents/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>
- International Confederation of Midwives (2014). International Code of Ethics for Midwives. Zugriff am 10.08.2014 unter: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Core-Documents/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf
- Pädagogischer Fachbeirat des Deutschen Hebammenverbandes (2008). Rahmencurriculum für eine modularisierte Hebammenausbildung. Karlsruhe.
- Pädagogischer Fachbeirat des Deutschen Hebammenverbandes (2011). Hebammenausbildung an die Hochschule. Positionspapier des Pädagogischen Fachbeirates im Deutschen Hebammenverband e. V. (Hrsg.). Karlsruhe.
- Pehlke-Milde, J. (2009). Ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung: Grundlage einer lernergebnisorientierten Curriculumsentwicklung. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doctor rerum curae, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft.
- RICHTLINIE 2005/36/EG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (Text von Bedeutung für den EWR)
- RICHTLINIE 2013/55/EU DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“)
- Sayn-Wittgenstein, F. zu (Hrsg.) (2007). Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schäfers, R., Ayerle, G., Mattern, E., Knappe, N. und Greening, M. (2012). Stellungnahme zu Interventionen in der Hebammenarbeit. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft. Journal of Midwifery Science. 2013(01), 12-13.
- Tuning Management Committee (2006). Tuning Educational Structures in Europe. Zugriff am 05.06.2010 unter: http://tuning.unideusto.org/tuningeu/images/stories/template/General_Brochure_final_version.pdf
- Wissenschaftsrat (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin.
- Zoege, M. (2004). Die Professionalisierung des Hebammenberufs. Anforderungen an die Ausbildung. Bern: Verlag Hans Huber.

9.3 Anlage 3: Pflege (alle Modellstudiengänge Pflege)



vorgelegt von

Prof. Dr. Änne-Dörte Latteck, B.A. Jutta Backhaus, FH Bielefeld

Prof. Dr. Anke Fesenfeld, Prof. Dr. Thomas Evers, Prof. Dr. Sandra Bachmann, HSG Bochum

Prof. Dr. Margit Haas, Dipl.-Berufspäd. Wolfgang Pasch, Fliehdner FH Düsseldorf

Prof. Dr. Wolfgang M. Heffels, Prof. Dr. Anke Helmbold, M.A. Anke Mijatovic, Katho NRW

Prof. Dr. Markus Zimmermann, Dr. Benjamin Kühme, Dipl.-Pflegerwiss. Markus Münch, Mathias Hochschule Rheine

Hintergrund und allgemeine Erläuterungen

- zur Vermeidung von Friktionen zwischen Hochschul- und Beruferecht ist es notwendig, hochschulweit geltende Standards, Rahmenbedingungen sowie (scheinbar eindeutig definierte) Begrifflichkeiten zu berücksichtigen
- ein eigenes Berufsgesetz könnte zur Differenzierung der verschiedenen Qualifizierungsmöglichkeiten hilfreich sein, ansonsten wäre die hochschulische Pflegeausbildung als zweiter Teil eines gemeinsamen Berufsgesetzes zu gestalten
- die hochschulische Pflegeausbildung ist generalistisch ausgerichtet
- die hochschulische Pflegeausbildung soll Bestandteil eines durchlässigen Pflegebildungssystems sein – Durchlässigkeit und Anrechnung zuvor erbrachter Leistungen (z. B. aus einer fachschulischen Ausbildung) sind zu berücksichtigen

Zugangsvoraussetzungen

- der Zugang zur Hochschulausbildung bestimmt sich nach den bundesrechtlichen Berufsgesetzen sowie den landesrechtlichen Regelungen
- die gesundheitliche Eignung für die Berufsausübung ist nachzuweisen

Ausbildungsziel

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- für eine hochschulische Pflegeausbildung auf Bachelorniveau ist sowohl die Wissenschafts- als auch die Anwendungsorientierung bedeutsam
- als Grundlage können die seitens der Modellstudiengänge Pflege NRW entwickelten „Qualifizierungsziele hochschulisch ausgebildeter Pflegenden“ dienen (s. Anlage I)
- ergänzt um Qualifizierungsziele zur Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten zur selbständigen Ausübung
- perspektivisch ist zudem die Ausgestaltung sich anschließender Masterprogramme zu gestalten

Erweiterte Ausübung heilkundlicher Kompetenzen

- die hochschulische Pflegeausbildung soll dazu befähigen, bestimmte ärztliche und heilkundliche Tätigkeiten selbständig auszuführen; dies wäre u. a. für folgende prozeduren- bzw. diagnosebezogenen heilkundliche Tätigkeiten denkbar: Wundmanagement, Schmerzmanagement, Diabetes, Demenz
- entsprechende Möglichkeiten sind regelhaft zu gestalten (inkl. Anpassung Leistungsrecht / nicht über Modellklauseln; z. B. § 63 3c SGB V)

Dauer und Struktur einer hochschulischen Pflegeausbildung

- Dauer 6-8 Semester / 180-210 cp (konkrete Ausgestaltung obliegt den Hochschulen)
- Umfang des Studiums muss kompatibel zur EU-Berufsanerkennungsrichtlinie 2013/55/EG sein – d. h. mind. 4.600 h und drei Jahre
- die Verzahnung theoretischer und praktischer Anteile der hochschulischen Pflegeausbildung ist auf Grundlage hochschultypischer Konzepte wie skills-lab, training und transfer, Hochschulambulanz, Reflexion beruflicher Praxis zu gestalten

Ausgestaltung und Gliederung einer hochschulischen Pflegeausbildung

- sowohl primärqualifizierend als auch ausbildungsintegrierend
- Kooperationen mit Fachschulen möglich; Hochschule trägt Gesamtverantwortung und übernimmt mind. 2/3tel der theoretischen und praktischen Lehrveranstaltungen
- Sicherstellung, dass Qualifizierungsziele der hochschulischen Pflegeausbildung immer erreicht werden
- die rechtlichen Regelungen (z. B. Ausbildungs- und Prüfungsordnungen) benennen Themen- und Arbeitsfelder, die durch die Hochschulen im Rahmen von Lehrveranstaltungen konkretisiert und modular ausgestaltet werden
- eine Fachkommission mit Vertretern/-innen aus der Wissenschaft und Praxis erstellt bundesweite Empfehlungen für ein empfehlendes, modular gestaltetes Rahmencurriculum
- individuelle Schwerpunktsetzungen/Vertiefungen für Studierende im theoretischen und praktischen Ausbildungsteil unter Berücksichtigung des generalistischen Ansatzes sind möglich

Praktische Ausbildung im Rahmen einer hochschulischen Pflegeausbildung

- Vorgaben der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie werden berücksichtigt (u. a. 2.300h klinische Unterweisung)

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- die praktische Ausbildung umfasst Versorgungsbereiche über die Lebensspanne hinweg (z. B. akutversorgend, ambulant, Langzeitpflege, Rehabilitation, Pallition, Gerontopsychiatrie)
- die praktische Ausbildung umfasst hochschultypische Konzepte wie skills-lab, training und transfer, Hochschulambulanz, Reflexion beruflicher Praxis (bis 800h)
- eine berufspädagogische Qualifizierung für Praxisanleiter auf Hochschulebene ist anzustreben
- im Rahmen praktischer Ausbildung sind Einsätze im Ausland möglich (Auslandssemester)
- die kooperierenden Praxiseinrichtungen schließen einen Vertrag mit qualitätssichernden Standards mit der Hochschule (z. B. mindestens 10% des praktischen Studiums sind gelenktes Selbststudium über Praxisaufgaben; mindestens 10 % des praktischen Studiums erfolgt durch eine gezielte Praxisanleitung/Praxisbegleitung; die Praxiseinrichtung muss im Einvernehmen mit der Hochschule ein gestuftes - am Lernprozess orientiertes - Praxiskonzept erstellen; mindestens 1x/Jahr Besprechung der Kooperationspartner zur Qualitätsentwicklung/-sicherung des Studiums erforderlich)

Ausbildungsvertrag und -vergütung im Rahmen einer hochschulischen Pflegeausbildung

- die hochschulische Pflegeausbildung kann sowohl mit als auch ohne Abschluss eines Ausbildungsvertrages (inkl. Ausbildungsvergütung) erfolgen; die Entscheidung obliegt der Hochschule
- wird kein Ausbildungsvertrag geschlossen, sind zur Qualitätssicherung entsprechende Praxisverträge zu schließen (s. 6 Spiegelstrich Punkt Ausbildungsziele)

Prüfungsgestaltung

- die hochschulische Pflegeausbildung schließt mit einer staatlichen Prüfung unter Aufsicht der zuständigen Landesbehörde ab - die Aufsicht kann delegiert werden
- relevante schriftlich und mündlich anzuerkennende Bestandteile der staatlichen Prüfung können kumulativ über das Studium verteilt werden
- Bestandteil der schriftlichen Prüfungen kann eine wissenschaftliche Abschlussarbeit sein, mit der die Fähigkeit nachgewiesen wird, innerhalb einer vorgegebenen Frist eine pflegerische/pflegewissenschaftliche Aufgabenstellung selbständig nach wissenschaftlichen Methoden zu bearbeiten. Beispielhafte Gestaltungsmöglichkeit:
Der staatlich anzuerkennende schriftliche Prüfungsteil umfasst eine Bachelor-Arbeit; die staatlich anzuerkennende praktische Prüfung die Planung, Durchführung und Dokumentation einer komplexen Pflegesituation und die staatlich anzuerkennende mündliche Prüfung, die wissenschaftlich geleitete Evaluation des praktischen Prüfungsteils. Die drei Prüfungsteile sind im Zeugnis der Hochschule auszuweisen
- praktische Prüfungen können sowohl im Handlungsfeld der klinischen Pflege als auch an praxisnahen Lernorten (Hochschulambulanzen, Skills-Labs, Lernstationen) abgenommen werden
- der Prüfungsausschuss für die Berufsprüfungen und Bacheloranerkennungen wird aus Mitgliedern der HS unter Vorsitz der zuständigen staatlichen Stelle gebildet. Der Vorsitz kann delegiert werden
- die allgemeine Benotung im Hochschulsystem soll übernommen werden
- jede Modulprüfung kann mindestens zweimal wiederholt werden

Berufsbezeichnung

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- ein eigenständiges, generalistisch ausgerichtetes Kompetenzprofil ist notwendig (Kompetenzen, die berufszulassend für Ausbildung an Fachschulen sind, inkludiert)
- die Berufszulassung ist mit der Berufsbezeichnung zu regeln; über die fachschulisch erworbene Zulassung hinausgehend
- akademischer Grad als Ergänzung hinter der Berufsbezeichnung

9.4 Anlage 4: KONZEPT „Staatliche Prüfungen“ (hsg Bochum)



KONZEPT

„Staatliche Prüfungen zur Qualitätssicherung in den Gesundheitsfachberufen -

Zukunftsorientierte Überlegungen zur Gestaltung und Durchführung der Staatlichen Prüfungen im Rahmen der grundständigen Studiengänge in den Berufen der Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie, Pflege und Physiotherapie zur Weiterentwicklung der Berufe“

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Verfasserinnen: Prof. Dr. Ursula Walkenhorst (Vizepräsidentin Studium und Lehre) Annette Pietsch (Dezernentin Studium und Akademisches)

Unter Mitwirkung von Vertreter/-innen der grundständigen Studiengänge sowie der Verwaltung an der Hochschule für Gesundheit

Bochum, Juli 2013

1. Einleitung

Das vorliegende Konzept setzt sich kritisch konstruktiv mit den Ansprüchen an die bestmögliche Gewährleistung einer hohen Qualität der originären Ausbildung im Rahmen der Umsetzung der Modellklausel im hochschulischen Kontext auseinander und zeigt mögliche Optionen für eine Veränderung in diesem Bereich auf. Dabei wird insbesondere die intendierte Absicht zu einer Weiterentwicklung der Berufe beizutragen, berücksichtigt. Grundlage dafür ist, dass weiterhin davon ausgegangen wird, dass eine Form der Staatlichen Prüfung Bestandteil der grundständigen Studiengänge ist, die Gestaltung derselben jedoch modifiziert werden kann.

Mit der Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 25.09.2009 (BGBl. S. 3158 Nr. 64) sowie mit der Einführung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege (KrPflG) vom 16.07.2003 (BGBl. I S. 1442) besteht die Möglichkeit, zeitlich befristet neue Ausbildungsangebote, die der Weiterentwicklung des jeweiligen Berufes unter Berücksichtigung berufsfeldspezifischer Anforderungen sowie moderner berufspädagogischer Erkenntnisse dienen, zu entwickeln. Das Ausbildungsziel soll dabei durch die Erprobung erweiterter Modelle nicht gefährdet sein. Die Vereinbarkeit mit der Richtlinie 2005/36/EG ist zu gewährleisten.

Diese Option gilt insbesondere für den Hochschulbereich, der an die Stelle der Schule tritt und die Verantwortung für die Durchführung der Ausbildung übernimmt. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erstattet über die Ergebnisse der verschiedenen Modellvorhaben bis zum 31.12.2015 Bericht. Grundlage hierfür bilden die von den Ländern übermittelten Ergebnisse der Auswertung, die über systematische Evaluationen anhand der vom BMG entworfenen Evaluationsrichtlinie generiert werden. Die Modellklausel ist zunächst bis zum 31.12.2017 begrenzt.

Die Einführung der Modellklausel bzw. die Nutzung des Krankenpflegegesetzes bietet danach die Möglichkeit, dass Auszubildende einen akademischen Weg zum Erwerb ihrer Berufsbefähigung nehmen können. Die Modelle bieten die Option zwei Abschlüsse zu erwerben, nämlich zum einen den Erwerb der jeweiligen Berufszulassung über die Absolvierung der Staatlichen Prüfung sowie zum anderen den Erwerb des akademischen Grades des Bachelors (je nach Modell Bachelor of Science oder Bachelor of Arts).

Zentrales Anliegen des Gesetzgebers bei der Anwendung der Modellklausel im Rahmen neuer Ausbildungsangebote ist die Gewährleistung der Qualitätssicherung innerhalb des Erwerbs der Berufsbefähigung. Um dies zu erreichen, wurden u.a. keine Abweichungen in dem praktischen Anteil der Ausbildung zugelassen. Diese Option besteht durchaus in dem theoretischen Teil der Ausbildung. Die Qualitätssicherung wird insbesondere in der Durchführung der Staatlichen Prüfungen nach den jeweiligen Berufsgesetzen und den ihnen zugrundeliegenden Ausbildungs- und Prüfungsordnungen gesehen.

2. Zusammenfassung

- Zentrales Anliegen des Gesetzgebers bei der Anwendung der Modellklausel im Rahmen neuer Ausbildungsangebote ist die Gewährleistung der Qualitätssicherung innerhalb des Erwerbs der Berufsbefähigung.
- Eine Form der Staatlichen Prüfung bleibt Bestandteil der grundständigen Studiengänge, deren Gestaltung sollte jedoch modifiziert werden.
- Die Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe in aller Konsequenz zu ermöglichen, setzt

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

eine Veränderung bestehender rechtlicher Strukturen sowie neuer Ansätze eines akademischen Verständnisses der Berufe voraus.

- Der Begriff der Berufsbefähigung bedarf innerhalb der Umsetzung der Modellklausel einer neuen Begriffsbestimmung, die über die bisherige Erreichung des Ausbildungsziels hinausgehen muss und sich an dem hochschulischen Verständnis nach der Bologna-Reform orientiert.
- Ein akademischer Weg der Berufsbefähigung muss deshalb zu einer eigenständigen Berufszulassung führen, die sich an den Inhalten des Studiums orientiert.
- Eine Weiterentwicklung der Berufsgesetze muss mit einer Neudefinition des Ausbildungsziels im Sinne eines akademischen Kompetenzprofils einhergehen.
- Die Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Lehre sind an den Hochschulen umfassend und differenziert. Sie erlauben es, die engen inhaltlichen und strukturellen Vorgaben der Berufsgesetze zu überwinden.
- Die durch die Berufsgesetze vorgegebenen Strukturen innerhalb der Staatlichen Prüfungen sind zumeist nicht kompatibel mit den hochschulischen Strukturen und bedürfen einer entsprechenden Anpassung.
- Die Einrichtung einer übergeordneten hochschulunabhängigen Landesbehörde (z.B. als ‚Landesprüfungsamt‘), die für die Organisation und Koordination der Staatlichen Prüfungen in den Gesundheitsfachberufen direkt oder indirekt zuständig ist, kann zu einer übergreifenden standardisierten Qualitätssicherung beitragen.
- Die Struktur einer bundeseinheitlichen Staatlichen Prüfung durch eine übergeordnete Behörde kann in einigen Grundüberlegungen affin zu anderen Studiengängen mit Staatlichen Abschlussprüfungen wie z.B. in der Medizin bzw. im Lehramt aufgebaut werden.
- Konsequenz wäre es, sich mit der Entwicklung eines eigenständigen Berufsgesetzes für akademische Ausbildungsangebote zu beschäftigen. Dies wäre besonders vor dem Hintergrund einer möglichen vollständigen Akademisierung einer Berufsgruppe unabdingbar.

3. Ausgangslage

3.1 Vorgaben durch die Berufsgesetze

Alle grundständigen Studiengänge im Bereich der Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie, Pflege und Physiotherapie sind den bundesweit geltenden Berufsgesetzen verpflichtet. Die Berufsgesetze liefern zum einen die Grundlagen für den Erwerb der Berufszulassung und die Ausübung des Berufes und zum anderen die inhaltlichen Grundlagen, deren Überprüfung im Rahmen der Ausbildungs- und Prüfungsordnungen entsprechend geregelt werden. Hierbei sind alle Berufsgesetze historisch zu unterschiedlichen Zeiten entstanden und entsprechend aktuell. Unabhängig davon sind sie jedoch für alle Hochschulen, die derzeit Modellstudiengänge in dem Bereich anbieten, obligat.

Die Berufsgesetze bieten einen ersten Rahmen zur Entwicklung der hochschulischen Curricula und zur Gewährleistung des Erwerbs der Berufszulassung. Die Vorgaben sind berufsspezifisch und setzen sich in allen fünf Berufsbereichen aus mündlichen, schriftlichen und praktischen Anteilen zusammen. Die Durchführung der entsprechenden staatlichen Prüfungen wird in den meisten Bundesländern durch das jeweilige Gesundheitsamt bzw. die jeweilige Bezirksregierung in Kooperation mit der Hochschule geregelt.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

In den ersten Studiengängen, die die Modellklausel bzw. das Krankenpflegegesetz für neue Ausbildungsangebote in Anspruch nehmen, werden derzeit erstmalig die Staatlichen Prüfungen an den Hochschulen durchgeführt. Dies führt zu umfangreichen Erfahrungen und Erkenntnissen darüber, welche Veränderungen notwendig sind. Im nächsten Absatz werden diese dargestellt.

3.2 Begründungsrahmen für eine Veränderung der Berufsgesetze

Da derzeit davon ausgegangen werden darf, dass die Evaluationsergebnisse hinreichende Belege für eine Verlängerung der Modellklausel geben werden und ggf. eindeutige Hinweise für eine langfristige Implementierung der akademischen Ausbildungsform in die Berufsgesetze, muss dies mit Veränderungen derselbigen einhergehen. Die Notwendigkeit, sich dabei insgesamt, aber insbesondere mit den Möglichkeiten einer modifizierten Vorgehensweise im Rahmen der Staatlichen Prüfungen auseinanderzusetzen und innovative Optionen zu entwickeln, ergibt sich in vielfältiger Weise.

Grundsätzlich ist zu entscheiden, ob der Begründungsrahmen genutzt wird, um

- a) eine Erweiterung der bestehenden Berufsgesetze um einen „akademischen Passus“ vorzunehmen (s. Entwurf ‚Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufgesetzes‘ der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe),
- b) ggf. eine hinreichende Grundlage für die Entwicklung eines eigenständigen Berufsgesetzes für akademische Ausbildungsangebote liefert oder
- c) die Möglichkeit, eine eigenständige ‚Gesundheitsfachberufeordnung‘ (GBO) zu entwickeln, in denen die akademische Ausbildung für alle Berufe als Ergänzung zu den Berufsgesetzen gesondert geregelt ist.

Allen drei optionalen Reformprozessen liegen folgende Begründungen zugrunde:

a) Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe

Die Modellklausel 2009 sowie das Krankenpflegegesetz 2003 sind mit der Zielsetzung entwickelt worden, eine Weiterentwicklung der Berufe zu ermöglichen. Dieser Bedarf ergibt sich aus vielfältigen Erkenntnissen über demografische und epidemiologische Veränderungen in der Gesellschaft, die erkennen lassen, dass die bisherigen und zukünftigen Versorgungsangebote einer veränderten Qualifikation des Gesundheitspersonals bedürfen. Dieses neu ausgebildete Gesundheitspersonal soll es ermöglichen, eine zukünftige Gesundheitsversorgung differenziert aufzubauen und auch interdisziplinär zu gestalten (vgl. WR 2012; SVR 2007, 2009, 2012). Die Akademisierung der Gesundheitsberufe, die aus der Modellklausel als Option hervorgeht, stellt dafür eine wichtige Voraussetzung dar, da die Berufsbefähigung auf eine wissenschaftliche Basis gestellt wird und die Absolvent/-innen über ein Kompetenzprofil verfügen, das grundlegend für die Lösung von komplexen Problemen und Fragestellungen ist.

Diese Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe in aller Konsequenz zu ermöglichen, setzt eine Veränderung bestehender rechtlicher Strukturen sowie neuer Ansätze eines akademischen Verständnisses der Berufsbefähigung voraus.

b) Berufsbefähigung

Im Zuge der derzeitigen Diskussion und Evaluation der Modellstudiengänge steht die Frage nach der Berufsbefähigung der Absolvent/-innen im Mittelpunkt. Der Begriff der ‚Berufsbefähigung‘ aus dem Bereich der beruflichen Bildung ist dabei allerdings nicht eindeutig

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

definiert und lässt Interpretationsspielräume zu. Er impliziert jedoch einerseits den Erwerb fachbezogener Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie andererseits die in hohem Maße praktische Anwendung des Gelernten in der beruflichen Praxis. Als Kriterium der Berufsbefähigung wird zumeist die Erreichung des Ausbildungsziels (s. Pkt. c) gewählt.

Im Rahmen der Bologna-Erklärung als hochschulisch relevante Vorgabe wurde der Anspruch formuliert, dass der Bachelorabschluss eine für den europäischen Arbeitsmarkt relevante Qualifikationsebene bescheinigt, die sog. Berufsbefähigung (employability). Diese und die im Studium darüber hinaus erworbenen Zusatzqualifikationen werden als „set of achievements – skills, understandings and personal attributes – that make graduates more likely to gain employment and be successful in their chosen occupations, which benefits themselves, the workforce, the community and the economy“ definiert (HRK, 2006, 95). D.h., im Rahmen eines Bachelorstudienganges müssen wissenschaftliche Grundlagen, Methodenkompetenz und berufsfeldbezogene Qualifikationen vermittelt werden, die sowohl der gesellschaftlichen Gestaltung als auch der persönlichen Bildung dienen.

Innerhalb von Akkreditierungsverfahren werden als Kriterien für die Berufsbefähigung u.a. Definition der angestrebten Berufsfelder, Praxiseinbindung bei der Studiengangentwicklung, Praxiseinbindung in Lehre und Forschung sowie überfachliche Qualifikationen herangezogen (vgl. Akkreditierungsrat, 2013).

Der Begriff der Berufsbefähigung bedarf innerhalb der Umsetzung der Modellklausel einer neuen Begriffsbestimmung, die über die bisherige Erreichung des Ausbildungsziels hinausgehen muss und sich an dem hochschulischen Verständnis nach der Bologna-Reform orientiert.

c) Berufszulassung

Der Erwerb der Berufsbefähigung stellt die Voraussetzung für die Berufszulassung dar. Ein akademischer Weg der Berufsbefähigung muss deshalb zu einer eigenständigen Berufszulassung führen, die sich an den Inhalten des Studiums orientiert. Die Studiengänge gewährleisten grundsätzlich die bisherige hohe Qualität der Berufsbefähigung, da die Curricula an den bestehenden Berufsgesetzen ausgerichtet sind. Dabei werden die Inhalte durch die Hochschulen weiterentwickelt und wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst. Dies gewährleistet eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Berufe auf wissenschaftlicher Basis.

d) Ausbildungsziel

Ein zentrales Ziel bei der Entwicklung der hochschulischen Curricula, die neben dem akademischen Grad den Erwerb der Berufszulassung anstreben, ist bislang in der Akademisierungsdiskussion die Erreichung des in den Berufsgesetzen festgeschriebenen Ausbildungsziels. Betrachtet man die Berufsgesetze konkret, findet sich jedoch ein eindeutig formuliertes Ausbildungsziel lediglich in dem Krankenpflegegesetz und Altenpflegegesetz von 2003. Das Physiotherapeutengesetz (MPhG) hält eine kurze Beschreibung vor, die allerdings nicht aussagekräftig hinsichtlich ihrer Überprüfung anhand des Outcomes einer Ausbildung bzw. eines Studiums ist. In den Berufsgesetzen in der Ergotherapie, Hebammenkunde und Logopädie wird das Ausbildungsziel nicht explizit formuliert (vgl. ErgThG, HebG, LogopG). In der Auslegung der Berufsgesetze ist davon auszugehen, dass ein ‚Ausbildungsziel‘ erreicht ist, wenn die Inhalte erworben und erfolgreich überprüft wurden. D.h., eine Konkretisierung des Ausbildungsziels lässt sich über die jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen ableiten.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Ein Ausbildungsziel im hochschulischen Kontext lässt sich als akademisches Kompetenzprofil beschreiben. Zu den zentralen Merkmalen eines akademischen Kompetenzprofils gehören (vgl. Schaper et al., 2012):

- a) Befähigung, in Anforderungsbereichen, die durch hohe Komplexität, Neuartigkeit, Unbestimmtheit und hohe Ansprüche an die Lösungsqualität gekennzeichnet sind, angemessen, verantwortlich und erfolgreich zu handeln
- b) Integrierte Bündel von komplexem Wissen, Fertigkeiten, Fähigkeiten, motivationalen Orientierungen und (Wert-)Haltungen in Bezug auf die Befähigung zum Handeln in diesen Anforderungsbereichen. Befähigungen umfassen insbesondere Anwendung wissenschaftlicher Konzepte auf komplexe Anforderungskontexte, wissenschaftliche Analyse und Reflexion, Gestaltung neuer und innovativer Konzepte und Problemlösungen, Selbstregulation und Reflexion des eigenen problemlösungs- und erkenntnisgeleiteten Handelns.

Eine Weiterentwicklung der Berufsgesetze muss von daher mit einer Neudefinition des Ausbildungsziels im Sinne eines akademischen Kompetenzprofils im Bereich der therapeutischen Berufe sowie der Hebammenkunde bzw. einer Modifizierung des Ausbildungsziels im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Altenpflege einhergehen. Der Nachweis der Erreichung des Ausbildungsziels berufsbildender Schulen muss wegfallen zugunsten einer erweiterten Entwicklung eines akademischen Ausbildungsziels (vgl. WR, 2012).

e) Qualitätssicherung

Die deutsche berufliche Bildung, die nach dem BBiG geregelt ist, genießt national und international eine hohe Reputation. Die Ausbildungen der Gesundheitsberufe in den Bereichen Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie, Pflege und Physiotherapie sind jedoch nicht nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) geregelt, sondern nach eigenständigen bundesweit gültigen Berufsgesetzen, deren Ausbildungen in sogenannten ‚Schulen der besonderen Art‘ bzw. Berufsfachschulen umgesetzt werden. Die Ausbildungen werden (bis auf die Pflegeberufe und Hebammenkunde) an zum großen Teil privatrechtlichen Ausbildungsstätten durchgeführt, die durch die entsprechenden Behörden formal zugelassen sind. Dabei stellen sich die Ausbildungseinrichtungen höchst heterogen dar und die Anforderungen an die Qualitätsmerkmale unterscheiden sich bundeslandspezifisch. Die formalen Ansprüche an die Umsetzung der Modellklausel müssen immer vor dem Hintergrund der höchst heterogenen und zum Teil defizitären Qualitätssicherung innerhalb der berufsschulischen Bildung gesehen werden.

Zu den übergreifenden erkennbaren Qualitätsmängeln gehören u.a. keine bundesweit geregelte Lehrerbildung für die Berufsfachschulen, bis auf die Pflegeberufe bestehen keine gesetzlichen Vorgaben für das praktisch ausbildende Personal in den Gesundheitseinrichtungen, keine gesetzlich vorgegebenen Prüfungen im Verlauf der Ausbildungen (vgl. Bals, 1993; WR, 2012).

Hinsichtlich der Überlegungen des folgenden Gesamtkonzeptes ist es relevant auf die Qualitätssicherungsmaßnahmen der Hochschulen aufmerksam zu machen, die deutlich machen, dass sich die engen inhaltlichen und strukturellen Vorgaben der Berufsgesetze als überflüssig erweisen könnten. Zu den hochschulischen Qualitätssicherungsmaßnahmen gehören:

- Die **Akkreditierung** der Studiengänge als eine erste zentrale Maßnahme, die für alle Studiengänge verbindlich ist (Walkenhorst, 2012). Diese ermöglicht es, die einzelnen Programme hinsichtlich ihrer Zielsetzungen, Konzepte sowie ihre berufsfeldspezifischen Anschlussfähigkeit und damit der bereits erwähnten Berufsbefähigung, zu überprüfen.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- Mit der Akkreditierung geht über die einzelnen Modulbeschreibungen gleichzeitig eine eindeutige **Definition der Kompetenzen, Lehr-/ Lernziele sowie Methoden** einher. Das Kompetenzprofil sowie der Learning-Outcome sind in der Lesart eines Ausbildungsziels eindeutig beschrieben.
- **Rahmenprüfungsordnung**, die es ermöglicht für eine vergleichbare und konstante Qualität in den Studiengängen zu sorgen.
- **Ständiger Prüfungsausschuss**, der sich differenziert mit der Umsetzung der Rahmenprüfungsordnung beschäftigt und für die Qualität des gesamten Prüfungswesens in Kooperation mit dem Prüfungsamt zuständig ist. Der Prüfungsausschuss, der mit Wissenschaftler/-innen, weiterem wissenschaftlichen Personal, Verwaltungspersonal sowie Studierenden besetzt ist, tagt mind. zweimal pro Semester und sichert darüber einen kontinuierlichen Austausch über alle Prüfungsangelegenheiten.
- Die Durchführung von **Evaluationen** zur Sicherung der Qualität der Lehre bildet eine grundlegende Qualitätssicherungsmaßnahme an einer Hochschule und ist in einer entsprechenden Evaluationsordnung geregelt. Die Evaluationen werden regelmäßig durchgeführt, ausgewertet und mit den Studierenden diskutiert. Hieraus werden Konsequenzen sowohl für theoretische als auch für praktische Lehrveranstaltungen gezogen.
- Jeder Studiengang setzt sich aus einer festgelegten Anzahl an Modulen zusammen. Jedes Modul endet mit einer Modulprüfung, die in Summe nach erfolgreicher Absolvierung zum Erwerb des Bachelorabschlusses führen. Die **Modulprüfungen** gewährleisten eine kontinuierliche Überprüfung der Kompetenzentwicklung der Studierenden, die sowohl den Studierenden als auch den Lehrenden Hinweise über den Leistungsstand gibt. Bis zum Ende ihres Studiums haben die Studierenden eine Vielzahl an theoretischen, fachpraktischen und praktischen Prüfungen innerhalb der Hochschule oder in den Gesundheitseinrichtungen absolviert, die nach den derzeitigen berufsgesetzlichen Vorgaben keinen Einfluss auf das Ergebnis der Staatlichen Prüfung haben.

3.3 Staatliche Prüfungen der beruflichen Bildung im hochschulischen Kontext

In allen Studiengängen müssen gemäß den Berufsgesetzen Staatliche Prüfungen im Bereich der theoretischen und fachpraktischen Prüfungen innerhalb der Hochschule sowie praktische Prüfungen in den Gesundheitseinrichtungen abgelegt werden. Die Bedeutung der Staatlichen Prüfungen zur Erlangung der Berufszulassung als Teil des Gesamtqualifikationsprofils der Studiengänge wird von allen beteiligten Akteuren hoch gewichtet. Ein Verzicht auf die Staatliche Prüfung wird deshalb derzeit nicht erwogen, jedoch eine deutliche Modifizierung der Rahmenbedingungen innerhalb der formalen Strukturen, die zum Teil nicht kompatibel sind zu den sonstigen hochschulischen Prüfungen (Modulprüfungen) und hochschulischen Strukturen.

Zum Verständnis der Besonderheiten der Durchführung der staatlichen Prüfungen im hochschulischen Kontext sind im Folgenden einige zentrale Merkmale der Prüfungen skizziert. Es wird darauf verzichtet, einzelne Details aufzulisten, da es um die Gesamtdarstellung der Thematik geht.

Als Vorbemerkung sei erwähnt, dass an vielen Hochschulen die Staatlichen Prüfungsteile äquivalent zu den Modulprüfungen in den Studiengängen stattfinden und akkreditiert wurden. D.h., mit der Absolvierung der Staatlichen Prüfungen sind gleichzeitig die erforderlichen Modulprüfungen abgelegt bzw. in die Modulprüfungen sind die Staatlichen Prüfungsteile integriert. Die Module, in denen die Staatlichen

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Prüfungsanteile hinterlegt sind, finden nach den Vorgaben der Berufsgesetze in dem letzten Ausbildungssemester statt. Für die Studierenden bedeutet dies dadurch keinen kompletten zusätzlichen Prüfungsblock, aber durchaus Veränderungen bei der Durchführung der Prüfungen durch die äußeren Rahmenbedingungen.

Zu den Fakten:

- Die Staatlichen Prüfungen sind in vier von fünf Studiengängen fächersystematisch strukturiert, da die Berufsgesetze (außer in der Gesundheits- und Krankenpflege) nicht kompetenzorientiert formuliert sind. Die Studiengänge sind hingegen handlungs- und kompetenzorientiert aufgebaut und die Studierenden entsprechend ausgebildet. Diese Form der handlungssystematischen Ausbildungsgestaltung entspricht den aktuellen nationalen und internationalen Vorgaben, die damit die Lernenden auf eine zunehmend komplexe Arbeitswelt vorbereitet, in der der ausschließliche Erwerb von Faktenwissen (Sachkompetenz) nicht mehr ausreicht.
- Die berufsgesetzlich vorgegebenen Staatlichen Prüfungen sind in ihren Zeiten, ihrem Umfang sowie den Notenanteilen der einzelnen Fächer, die z.B. zusammengefasst sind, vorgegeben. Für die Prüfungsgestaltung bedeutet dies eine zum Teil künstliche Trennung der Fächeranteile sowie eine Aufsplittung in der Notengebung.
- Die Durchführung der Prüfungen erfolgt in den meisten Bundesländern in Kooperation mit dem Gesundheitsamt bzw. der Bezirksregierung. Die Behörden stellen einen Teil der berufsgesetzlich vorgegebenen extra einzurichtenden Prüfungskommissionen dar, die ihre Funktion neben dem hochschulischen Prüfungsausschuss ausübt (vgl. 3.2 d). Der Prüfungsausschuss der Hochschule ist interdisziplinär besetzt und gewährleistet darüber eine Berücksichtigung der Interessen aller Gesundheitsfachberufe, während die Prüfungskommissionen der Behörden in Kooperation mit den Hochschulangehörigen fachspezifisch besetzt sind.

Die Notwendigkeit der Einrichtung zusätzlicher Prüfungskommissionen bedeutet, dass zu Zeiten der Durchführung der Staatlichen Prüfungen neben dem Ständigen Prüfungsausschuss der Hochschule bis zu drei weiteren Prüfungskommissionen existieren, die personell besetzt sein müssen.

- An den Berufsfachschulen stellen die Staatlichen Prüfungen häufig die ersten Prüfungen dar, die die Lernenden zu absolvieren haben, da gesetzlich keine Leistungsüberprüfungen im Verlauf der Ausbildung vorgegeben sind. An der Hochschule haben die Studierenden bereits bis zu 25 Modulprüfungen abgelegt bis sie die Modulprüfungen im 6. bzw. 7. Semester absolvieren, die die staatlichen Prüfungsanteile beinhalten. Für die Zulassung zu den (staatlichen) Modulprüfungen müssen die Modulprüfungen aller vorherigen Module erfolgreich bestanden sein. Die Vielzahl an erfolgreich geleisteten Prüfungen und damit das Studium insgesamt befähigt demnach de facto zur staatlichen Prüfung und sollte unabhängig von Anwesenheiten und Fehlzeiten etc. sein.

Nach jedem Semester entscheidet die erfolgreiche Absolvierung der Modulprüfungen über die Fortsetzung des Studiums unabhängig von der Durchführung der Staatlichen Prüfung. Gleichzeitig erfolgt nach jedem Semester damit eine Überprüfung der Kompetenzentwicklung der Studierenden.

3.4. Referenzrahmen strukturaffinere Studiengänge

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Ein Blick auf strukturauffine Studiengänge wie bspw. das der Medizin oder auch der Studiengänge in der Lehramtsausbildung zeigt mögliche strukturelle Optionen der Qualitätssicherung über Staatsexamina, die in der Hoheit einer Landesbehörde liegen und gleichermaßen die Qualitätsstandards der hochschulischen Ausbildung bestätigen. Eine effiziente und effektive Verzahnung von Hochschule und Landesprüfungsämtern sichert hier sowohl einen bundesweit einheitlichen und politisch geforderten Qualitätsstandard in der Ausbildung als auch die erforderlichen Entwicklungspotenziale in akademischen Strukturen.

Dabei ist den hier angesprochenen Studiengängen, ebenso wie den derzeit im Prozess der Akademisierung befindlichen Gesundheitsfachberufen eine gesetzliche Grundlage gemeinsam, über die bundesweit einheitliche Qualitätsstandards hergestellt werden. Im Gegensatz zu den Gesundheitsfachberufen können die beiden genannten etablierten Studiengänge allerdings auf eine zentralisierte Prüfungsstruktur in der Form von Landesprüfungsämtern zurückgreifen, die - obwohl im Detail organisatorisch verschieden - dem Zweck der Erreichung landes- bzw. bundesweiter Standards in den Staatlichen Anforderungen an die jeweiligen Ausbildungsgänge Rechnung trägt.

Eine organisatorische Besonderheit in den Prüfungsverfahren der Humanmedizin stellt die Zusammenarbeit zwischen Hochschulen, Landesprüfungsämtern und einem zentralen Institut, dem IMPP – Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen, dar. Es handelt sich hierbei um eine zentrale Einrichtung der Länder, die die Landesprüfungsämter bei der Durchführung der bundeseinheitlichen schriftlichen Prüfungen nach den Approbationsordnungen für Ärzte und Apotheker sowie nach dem Psychotherapeutengesetz unterstützt. Ziel und Zweck dieser Zusammenarbeit ist die möglichst einheitlichen und damit die Qualität wahrende Durchführung der bundeseinheitlichen Staatsexamina.

3.4.1 Humanmedizin

Als erstes Beispiel bietet sich aufgrund der fachlichen Nähe zu den Gesundheitsberufen die Medizin an. Maßgeblich für die Ausbildung und den Zugang zum Beruf ist die Bundesärzteordnung (BÄO) und die aufgrund dieses Gesetzes erlassene Approbationsordnung (ÄAppO) für Ärzte, die die Inhalte sowie die Prüfungen der ärztlichen Ausbildung regelt: Das Studium im Regelstudiengang umfasst theoretische und praktische Ausbildungsinhalte. Die Approbationsordnung selbst legt nur die Pflichtpraktika und Pflichtkurse sowie für den vorklinischen Teil des Studiums Pflichtseminare fest. Die übrigen Unterrichtsveranstaltungen, insbesondere Vorlesungen, werden von den Hochschulen bestimmt. Die staatlichen Prüfungen werden nach der Approbationsordnung für Ärzte vor den von den Bundesländern eingerichteten Landesprüfungsämtern für Medizin abgelegt (§ 9 ÄAppO). Die Verordnung enthält Prüfungsstoffkataloge für die schriftlichen Prüfungen und regelt Gegenstände der mündlichen Prüfungen. Dabei finden im Studienverlauf kontinuierliche Leistungskontrollen statt. Der Besuch der vorgeschriebenen Pflichtunterrichtsveranstaltungen ist bei der Meldung zu den Prüfungen durch Bescheinigungen über eine regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme an diesen Unterrichtsveranstaltungen nachzuweisen, wobei der Erfolg der Teilnahme i. d. R. durch mündliche oder schriftliche Leistungskontrollen festgestellt wird.

Die Zeugnisse nach Bestehen der jeweiligen Prüfung sowie das Abschlusszeugnis (§ 26, § 32, § 33 ÄAppO) werden vom zuständigen Landesprüfungsamt für Medizin ausgestellt, aufgrund dessen von der zuständigen Gesundheitsbehörden der Länder die Approbation als Ärztin bzw. Arzt erteilt werden kann. (Eine Ausnahme stellt Niedersachsen dar, da hier die Approbationsbehörde seit 01.04.2006 bei der Ärztekammer angesiedelt ist.) Die Approbation berechtigt zur uneingeschränkten Ausübung des ärztlichen Berufs.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Das Ausbildungssystem der Medizin bietet an dieser Stelle auch mit Blick auf eine bundeseinheitlich vergleichbare und qualitätsgesicherte Ausbildung und Organisation (s.o. IMPP) in den Gesundheitsfachberufen die Möglichkeiten analoger organisatorischer Konstruktionen, die im Folgenden unter den Modellbeschreibungen (s. Punkt 4) genauer erläutert werden. Darüber hinaus scheint auch eine Approbationsordnung für die jeweiligen Gesundheitsfachberufe eine mögliche Alternative bzw. Ergänzung zu den bisher geltenden Regelungen.

3.4.2 Lehramt an öffentlichen Schulen

Ein zweites Beispiel unter Berücksichtigung qualitätssichernder Standards kann die Lehramtsausbildung sein, die ihre gesetzliche Regelung im Gesetz über die Ausbildung für Lehrämter an öffentlichen Schulen (Lehrerausbildungsgesetz - LABG) hat.

Die Reform der Lehrerausbildung wurde mit landesspezifischen Akzenten umgesetzt und weist neben den inhaltlichen Änderungen, wie einer stärkeren Praxisorientierung während der Ausbildung, der engeren inhaltlichen Verknüpfung der einzelnen Ausbildungsphasen, vor allem auch die Einführung studienbegleitender Prüfungen sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Lehrertätigkeit im Hinblick auf diagnostische und methodische Kompetenz auf. Strukturell signifikant und damit für die Vergleichbarkeit mit der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe wertvoll, ist aber die Einrichtung einer gestuften Studienstruktur mit Bachelor- und Masterabschlüssen. Grundlage für diesen Prozess waren die 2005 von der Kultusministerkonferenz verabschiedeten Eckpunkte für die gegenseitige Anerkennung von Bachelor- und Masterabschlüssen in Studiengängen, mit denen die Bildungsvoraussetzungen für ein Lehramt vermittelt werden, zwischen den Bundesländern. Demnach werden Studiengänge, die Bachelor- und Masterstrukturen in der Lehrerbildung vorsehen, von den Bundesländern gegenseitig akzeptiert und ihre Abschlüsse anerkannt, wenn sie festgelegten Vorgaben entsprechen. Diese wurden in der Ergänzung der ländergemeinsamen Strukturvorgaben für die Einführung von Bachelor- und Masterstudiengängen 2005 von der Kultusministerkonferenz festgelegt.

Mögliche Analogien für eine Reform der Berufsgesetzlichen Bestimmungen der Gesundheitsfachberufe liegen hier insbesondere in der Anpassung von Studiengängen und gegenseitige Anerkennung, die mit einem Staatsexamen abschließen, an die Studienstruktur des europäischen Hochschulsystems in Kombination mit dem qualitätssichernden Element einer staatlichen Prüfung.

Im Einzelnen soll dies unter Punkt 4 im Rahmen der Modellbeschreibung vertieft dargestellt werden.

4. Optionen für eine modifizierte Vorgehensweise

4.1 Zielsetzungen

Die Erfordernis einer Erweiterung bzw. Veränderung der Berufsgesetze (modifiziert oder als neue Berufsgesetze) in den Modellstudiengängen ist aus den vorgenannten Grundlagen und Überlegungen erkennbar gegeben. Ziel ist es, die Weiterentwicklung der Berufe in einer akademischen Form zu ermöglichen und damit die akademische Qualität der Ausbildung zu gewährleisten. Hinter allen Überlegungen steht dabei grundsätzlich der staatliche Auftrag, die Gesundheit als gesellschaftliches Gut und volkswirtschaftlichen Faktor zu sichern und eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.

Veränderte Berufsgesetze sollten - wie dargestellt -

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- a) eine eindeutige Beschreibung des Anspruches an den Grad der Weiterentwicklung der Berufe,
- b) eine (neue) Definition des Begriffes der Berufsbefähigung,
- c) einen akademisch definierten Kriterienkatalog der Berufszulassung,
- d) ein definiertes bzw. modifiziertes Ausbildungsziel für den akademischen Bereich sowie
- e) die Berücksichtigung der durch die Hochschulen bereits vorgehaltenen Qualitätssicherungsmaßnahmen beinhalten.

Alle Zielsetzungen kumulieren letztendlich in der Durchführung der Staatlichen Prüfung anhand derer mit den folgend dargestellten strukturellen und inhaltlichen Überlegungen die Qualität weiter erhalten und gesichert werden soll, deren Strukturen aber durchaus modifizierbar sind.

4.2 Strukturelle Überlegungen zur Neugestaltung der Staatlichen Prüfungen

Im Folgenden werden zwei Modelle vorgestellt, die den Charakter von hochschulunabhängigen und bundesweit einsetzbaren Konzepten haben. Im Mittelpunkt steht bei beiden Modellen die Überlegung, eine Struktur zu entwickeln, die eine bundeseinheitliche qualitätsgesicherte Staatliche Prüfung zulässt und in einigen Grundüberlegungen affin ist zu anderen Studiengängen mit Staatlichen Abschlussprüfungen wie z.B. in der Medizin bzw. im Lehramt (s. 3.4). Die mit Modell A und Modell B benannten Konzepte stellen Varianten dar, die von unterschiedlichen Voraussetzungen und Strukturen im Verlauf ausgehen.

Zentral für beide Modelle ist die Einrichtung einer übergeordneten hochschulunabhängigen Landesbehörde für die Organisation und Koordination der Staatlichen Prüfungen in den Gesundheitsfachberufen. Dieses „**Landesprüfungsamt**“ (LPA)(s. 3.4) übernimmt die Rolle der bisherigen Unteren Gesundheitsbehörden bzw. der Bezirksregierung. Die genauen Aufgaben, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten müssen in der weiteren Entwicklung der Modelle konkret ausformuliert und definiert werden.

Beide Modelle gehen darüber hinaus von einigen grundlegenden gemeinsamen Prämissen aus. Zu den gemeinsamen Prämissen gehören:

- (a) Als Grundlage der Modelle dienen **modifizierte Berufsgesetze** (s.o.), die die Prämissen berücksichtigen und dem jeweils eines der Modelle zugrunde liegt.
- (b) Die zugrunde liegenden Berufsgesetze sind **kompetenz- und handlungsorientiert** formuliert, d.h. die fächersystematische Zuordnung der Inhalte ist übergreifend aufgehoben. Dies entspricht den Erkenntnissen im Rahmen der Reformierung der beruflichen Bildung in Deutschland, die bisher in den Gesundheitsberufen zum größten Teil noch nicht greifen.
- (c) Der in den Berufsgesetzen vorgegebene **Prüfungszeitraum** wird aufgelöst zugunsten einer hochschulisch kompatiblen Struktur, die Prüfungsleistungen über die gesamte Studienzeit vorsieht. Eine abschließende Staatliche Prüfung in unterschiedlichen Varianten (s. 4.2.1 – 4.2.3) bleibt dennoch erhalten.
- (d) Die Durchführung und Verantwortung im Rahmen der Staatlichen Prüfung wird durch das ‚Landesprüfungsamt‘ (LPA) an den hochschulischen Prüfungsausschuss delegiert oder das LPA behält die Hoheit in der Durchführung, sodass es keiner zusätzlichen **Prüfungskommissionen** bedarf bzw. die Hochschule von der Organisation befreit ist. Der hochschulische Prüfungsausschuss wird dafür im Vorfeld durch das LPA auf die Besonderheiten der Staatlichen Prüfungen vorbereitet, die einzelnen Prüfer/-innen sind durch das LPA autorisiert worden bzw. die Prü-

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

fungsanteile entsprechend delegiert worden. Im Modell A und Modell C werden die entsprechenden staatlichen Prüfungsanteile durch das LPA oder die zuständigen Ministerien ‚akkreditiert‘, sodass die Delegation der Prüfungen entsprechend qualitätsgesichert ist.

- (e) Die Vorgabe der Anzahl der **Wiederholungsprüfungen** ist zwischen den Berufsgesetzen und dem Hochschulgesetz identisch, d.h. eine dreimalige Wiederholung der Module, in denen die Staatlichen Prüfungsanteile enthalten sind, ist in allen Berufsgesetzen obligat. Die **Bewertungsschemata** der Prüfungen sind ebenfalls identisch zwischen Berufsgesetzen und Hochschulrecht, sodass den Studierenden hierdurch keine Nachteile entstehen können.
- (f) Optional könnten **Vornoten** gebildet werden, die sich aus den bereits erbrachten Modulprüfungsnoten ergeben. Diese fließen dann anteilig in die Ergebnisse der Staatlichen Prüfungen ein.

Beide Modelle gehen von grundlegenden Hochschulstrukturen nach dem BolognaProzess aus. In beiden Modellen sind die Inhalte der bisherigen Berufsgesetze curricular verankert. Mit den Curricula wird ein akademisches Kompetenzprofil angestrebt, das sich entsprechend in dem modifizierten oder neuen Berufsgesetz wiederfindet. Neben den beiden aufgezeigten Modellen lassen sich weitere Zwischenmodelle entwickeln, die hier jedoch nicht alle dokumentiert werden.

Das Schaubild liefert einen ersten Überblick über die beiden Modelle. Die einzelnen Modelle sind im Nachgang skizziert.

4.2.1 Modell A

Im Modell A übernimmt eine Behörde (zuständiges Landesministerium für die Ausbildung in den Gesundheitsberufen) bzw. ein einzurichtendes Staatliche Landesprüfungsamt die zentrale Aufgabe, die Bestandteile der staatlich anzuerkennenden Inhalte und Prüfungsformen anteilig (oder komplett) in den über das Studium verteilt, relevanten Modulen festzulegen und hinsichtlich ihrer Konformität mit den angepassten bzw. neu generierten Berufsgesetzen in Art, Umfang und Inhalt zu konkretisieren. Die jeweilige Landesbehörde bzw. die zuständigen Ministerien nimmt eine Form der ‚Zertifizierung‘ oder ‚Akkreditierung‘ der entsprechenden schriftlichen oder mündlichen Anteile vor, die dann von der Hochschule verpflichtend in der festgelegten Form in die Hochschulprüfungsordnungen übernommen und entsprechend als Bestandteile der Staatlichen Prüfung gekennzeichnet werden.

Das staatliche Prüfungsverfahren wird am Ende des erfolgreich attestierten Studiums über das Landesprüfungsamt abgeschlossen: Da die mündlichen und schriftlichen Anteile bereits absolviert wurden, findet abschließend ausschließlich die verbleibende praktische staatliche Prüfung statt, die unter Hoheit des Landesprüfungsamtes organisiert wird. Hier wäre die Beteiligung der hochschulischen Prüferinnen und Prüfer durch eine Bestellung über das LPA vorstellbar.

4.2.2 Modell B

Im Modell B sind analog zum Modell A die Staatlichen Prüfungsanteile über die Semester in den Modulen verteilt und im Vorfeld durch die jeweilige Landesbehörde in ihrer Qualität überprüft und gesichert. Die Studierenden erwerben sukzessive konform mit einem üblichen Studiengang die einzelnen Leistungen. Mit diesen von der Hochschule bestätigten Zulassungsvoraussetzungen über die erfolgreiche Absolvierung der Module und der staatlich akkreditierten Prüfungsanteile wenden sich die Absolventinnen und Absolventen der jeweiligen Studiengänge Studierenden an das zuständige LPA. Dieses bestätigt die Leistungen in Form einer Äquivalenzprüfung formal und erteilt die Berufszulassung erteilt. Zusätzliche Prüfungsleistungen wären nicht erforderlich.

5. Erforderliche Schritte

Für eine Umsetzung der dargelegten Gesamtüberlegungen sind verschiedene Schritte erforderlich. Zunächst bedarf es einer intensiven Diskussion der entworfenen Modelle sowohl in den Hochschulen als auch auf politischer Ebene. Die Konsequenzen, die sich daraus sowohl aus einer übergeordneten Ressourcenperspektive als auch aus der Perspektive der Hochschulen und Behörden ergeben, müssen gegenseitig abgewogen werden. Für jedes Modell gibt es Vor- und Nachteile aus der Perspektive der verschiedenen Akteure.

Die Evaluation der Modellstudiengänge endet 2015 mit der Anforderung des Berichtes an den Bund. Es wäre zielführend, die notwendigen Diskussionen zeitnah zu führen, um die Ergebnisse in die Empfehlungen hinsichtlich der Modellklausel einfließen zu lassen.

6. Ausblick

Das dargelegte Konzept hat die Zielsetzung, die Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe in adäquater Form zu unterstützen und dafür einerseits die verschiedenen Diskussionsstränge aufgezeigt und andererseits Optionen für Veränderungen eröffnet. Die Entscheidungen, ob das bestehende Berufsgesetz

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

um einen akademischen Teil erweitert wird oder ein neues akademisches Berufsgesetz entwickelt wird oder die bestehenden Berufsgesetze durch eine übergeordnete ‚Gesundheitsfachberufeordnung‘ (GBO) ergänzt werden, in denen der akademische Teil entsprechend geregelt ist, müssen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die unterschiedlichen Behörden und Hochschulen analysiert und diskutiert werden.

An die Stelle der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen könnte eine Form der Approbationsordnung analog zur Medizin treten, die für alle Hochschulen obligat ist und eine besondere Form der Qualitätssicherung liefert. Hierüber wäre eine größtmögliche Qualitätssicherung der Ausbildungen durch einen hohen gemeinsamen Standard gewährleistet bei gleichzeitiger Weiterentwicklung der Berufe. Die einzelnen Hochschulen hätten trotzdem die Möglichkeit, ihre individuellen Profile in die Studiengänge einzubringen bzw. zu entwickeln.

Inwieweit dann nicht mehr nur von einer Weiterentwicklung der Berufe, sondern von der Neuentwicklung von Berufen gesprochen werden kann, muss kritisch geprüft werden. Unstrittig ist, dass ein Berufsgesetz, das es sich zum Auftrag macht, beiden Ausbildungsformen gerecht zu werden, zwei Ausbildungsziele formulieren muss, die beide gleichzeitig die Berufszulassung ermöglichen. Hier besteht im Zuge einer Veränderung der Berufsgesetze auch für die berufliche Bildung die Chance, zum Teil die Formulierung der Ausbildungsziele nachzuholen. Konsequenter wäre es, sich mit der Entwicklung eines eigenständigen Berufsgesetzes für akademische Ausbildungsangebote zu beschäftigen. Dies wäre besonders vor dem Hintergrund einer möglichen vollständigen Akademisierung einer Berufsgruppe unabdingbar.

Bei der grundsätzlichen Entscheidungsfindung ist zu berücksichtigen, dass letztendlich die Gesamtentwicklung der Berufe zentral aus der Perspektive der Nutzer/-innen von Gesundheitsversorgungsleistungen und damit mit einem entsprechenden Qualitätsanspruch betrachtet und bewertet werden muss.

LITERATURVERZEICHNIS

Akkreditierungsrat (2013). Regeln für die Akkreditierung von Studiengängen und für die Systemakkreditierung. Beschluss des Akkreditierungsrates vom 08.12.2009, zuletzt geändert am 20.02.2013.

Bals, T. (1993). Berufsbildung der Gesundheitsfachberufe. Einordnung – Strukturwandel - Reformansätze. Leuchtturm Verlag, Alsbach/ Bergstr.

HRK (Hochschulrektorenkonferenz) (2006). Glossary on the Bologna Process, English – German – Russian, Beiträge zur Hochschulpolitik 7/2006. Bonn 2006.

SVR (2007). Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Baden-Baden.

SVR (2009). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Baden-Baden.

SVR (2012). Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Baden-Baden.

Schaper, N. / Reis, O. / Wildt, J. / Horvath, E. / Bender, E. (2012). Fachgutachten zur Kompetenzorientierung in Studium und Lehre. Hochschulrektorenkonferenz Projekt nexus – Konzepte und gute Praxis für Studium und Lehre

Walkenhorst, U. (2012). Akkreditierung im Dienste der Qualitätssicherung von Studiengängen. In: Public Health Forum, PUBHEF 10566, Heft 4/2012.

Wissenschaftsrat (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Köln.

9.5 Anlage 5: Qualifikationsziele hochschulisch ausgebildeter Pflegender

**Qualifikationsziele hochschulisch
ausgebildeter Pflegender**

Arbeitsergebnis der Modellstudiengänge „Pflege“ der Fachhochschule Bielefeld, der Hochschule für Gesundheit in Bochum, der Fliegener Fachhochschule in Düsseldorf, der Katholischen Hochschule NRW und der Mathias Hochschule Rheine

Bielefeld, Bochum, Düsseldorf, Köln, Rheine

08.09.2014

Vorwort

Mit der Einführung der Modellklauseln in das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und das Gesetz über die Berufe in der Altenpflege sowie durch die landesweit geltende Verordnung über die Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Berufe in der Alten- und Krankenpflege, für Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten (2009), besteht die Möglichkeit der Erprobung zeitlich befristeter Ausbildungsangebote, die der Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe dienen sollen. Auf der Grundlage der o. g. Rechtsgrundlagen sind an fünf Hochschulstandorten in Nordrhein-Westfalen (FH Bielefeld, Fliebler Fachhochschule Düsseldorf, HSG Bochum, KathHO NRW, Mathias Hochschule Rheine) ausbildungsintegrierende Modellstudiengänge für Pflegeberufe entwickelt worden, die neben dem Bachelorabschluss auch zu einer Berufszulassung führen. Auf der Grundlage der Modellklausel haben sich die Hochschulen einer wissenschaftlichen Begleitung und externen Evaluation verpflichtet, die sich in zwei Stränge aufteilt: dem Projekt der inhaltlichen und strukturellen Evaluation (Universität Bremen, IPP Bremen, Katholische Stiftungsfachhochschule München) und der beruferechlichen Begleitforschung, die von Prof. Dr. Gerhard Igl (Universität Kiel) verantwortet wird. Im Rahmen der beruferechlichen Begleitforschung besteht der zentrale Problemgegenstand für die Hochschulen in den engen Gestaltungsmöglichkeiten bei der hochschulischen Ausbildung aufgrund der Koppelung des Ausbildungsrechts mit den hochschulischen Rahmenseetzungen. Demnach werden für die zukünftige Gestaltung der hochschulischen Ausbildung und der Prüfungen die bisherigen Erfahrungen der Modellträger für die Weiterentwicklung des Berufsrechts aufgenommen und für die juristische Begleitforschung nutzbar gemacht. Im Zuge der gemeinsamen Arbeitstreffen mit Prof. Dr. Igl waren alle Modellstudiengänge aufgefordert, diejenigen Sach- und Problemdarstellungen, Fragestellungen sowie Verbesserungsbedarfe und -vorstellungen aus der beruferechlichen Perspektive zu skizzieren, die die Modellhabenträger im Rahmen der Konzeption und Durchführung ihrer Studiengangsmodele erfahren und im Sinne der Weiterentwicklung der Berufe als wichtig erachten. Unabdingbare Voraussetzung für die Gestaltung der hochschulischen Ausbildung und Prüfung sowie der Berufszulassung und Berufsbefähigung bestand in der Formulierung von hochschulischen Qualifikationszielen, die als Grundlage für die Inhalte eines neuen Berufegesetzes dienen können. Diesem Auftrag haben sich die fünf Hochschulen gewidmet und im Rahmen einer Arbeitsgruppe in zahlreichen Arbeitstreffen durchgeführt. Im Laufe des Entwicklungsprozesses wurde der erste Entwurf auf der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft am 24. und 25.04.2014 in Mainz diskutiert. Des Weiteren wurde der Entwurf auf der Homepage der Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. eingestellt und die „scientific community“ gebeten, sich in die Diskussion des Arbeitspapiers einzubringen. Die vielfältigen Rückmeldungen wurden in der Arbeitsgruppe besprochen und die Qualifikationsziele nochmals überarbeitet. Das vorliegende Arbeitspapier ist als Ergebnis der laufenden Diskussionen bezogen auf die durchgeführten Bachelor-Studiengänge zu verstehen und bedarf weiterhin an verschiedenen Stellen noch einer Konkretisierung und Schärfung sowie einer umfassenden Diskussion. Es kann als eine erste Grundlage für die weiter zu führenden Diskussionen dienen. Die Autorinnen und Au-

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

toren beziehen sich bei den nachfolgend formulierten Qualifikationszielen explizit auf die ausbildungsin-
tegrierenden sowie primärqualifizierenden Studiengänge und vertreten die Perspektive des generalisti-
schen Ansatzes. Aussagen zu anderen Ausbildungsmöglichkeiten werden nicht getroffen.

Die Autorinnen und Autoren danken den Leser/innen für die Diskussionsbeiträge und Anregungen zu den
vorliegenden Qualifikationszielen.

Verantwortliche:

Prof. Dr. Sandra Bachmann, HSG Bochum

B.A. Jutta Backhaus, FH Bielefeld

Prof. Dr. Ellen Bögemann-Großheim, Fliehdner Fachhochschule Düsseldorf

Prof. Dr. Thomas Evers, HSG Bochum

Prof. Dr. Anke Fesenfeld, HSG Bochum

Prof. Dr. Margit Haas, Fliehdner Fachhochschule Düsseldorf

Prof. Dr. Wolfgang M. Heffels, KatHO NRW

Dr. Benjamin Kühme, Mathias Hochschule Rheine

Prof. Dr. Änne-Dörte Latteck, FH Bielefeld

M.A. Anke Mijatovic, KatHO NRW

Dipl.-Pfl egewissenschaftler Markus Münch, Mathias Hochschule Rheine

Dipl.-Berufspädagoge Wolfgang Pasch, Fliehdner Fachhochschule Düsseldorf

Prof. Dr. Andrea Schiff, KatHO NRW

Prof. Dr. Markus Zimmermann, Mathias Hochschule Rheine

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Qualifikationsziele hochschulisch ausgebildeter Pfleger

vorgelegt von den Modellstudiengängen in der Pflege in NRW

Ziel des ausbildungsintegrierten oder primärqualifizierenden Pflegestudiums ist die wissenschaftlich und praktisch in der Pflege ausgebildete Pflegeperson, die zur eigenverantwortlichen und selbständigen, professionellen pflegerischen Berufsausübung befähigt ist. Professionelles Pflegehandeln basiert auf aktuellen pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen sowie einer kritischen Reflexionsfähigkeit, die die Perspektive des aktuell oder zukünftig auf Pflegeangewiesenen Menschen in ihren sozialen Bezugssystemen und deren kontextuellen Gegebenheiten mit einbezieht.

Dem gesellschaftlichen Auftrag der Sicherstellung einer bedarfsgerechten und hochwertigen Versorgungsqualität und -kontinuität entsprechend, verstehen wir den beruflichen Auftrag hochschulisch qualifizierter Pfleger als personenbezogene Dienstleistung. Dabei stehen sowohl die verschiedenen Pflege- und Lebenssituationen über die Lebensspanne als auch die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen im Mittelpunkt. Pflege ist durch einen speziellen Subjektbezug und einen spezifischen Körper-/Leibbezug gekennzeichnet. Die pflegerische Handlungslogik impliziert einen interaktiven Bezug, der für die professionelle Haltung und Beziehungsgestaltung konstituierend ist.

Pflege findet sektorenübergreifend statt und beinhaltet die integrativ zu betrachtenden Elemente der Prävention, Gesundheitsförderung, Kuration, Rehabilitation und Palliation.

Die Qualifikationsziele bilden die Summe aller Kompetenzen und learning outcomes ab, die die Studierenden mit Abschluss des ausbildungsintegrierten bzw. primärqualifizierenden Pflegestudiums entwickelt haben.

Diese sind:

- a. eigenverantwortliche, selbständige sowie wissenschaftsbasierte und kritisch-reflexive Analyse von Pflegebedarfen sowie Initiierung, Steuerung, Durchführung und Evaluation pflegerischer Prozesse.
- b. eigenverantwortliche, selbständige sowie wissenschaftsbasierte und kritisch-reflexive, anlassbezogene Initiierung, Planung, Durchführung und Evaluation von pflegespezifischen Beratungs-, Anleitungs- und Schulungsprozessen.
- c. eigenverantwortliche, selbständige sowie wissenschaftsbasierte Sicherung und Entwicklung der Qualität pflegerischer Arbeit.
- d. eigenverantwortliche und selbständige Anleitung (teaching) und Steuerung der Mitglieder des pflegerischen Teams hinsichtlich pflegerischer Prozesse.
- e. eigenverantwortliches und selbständiges Entscheiden und Handeln auf der Grundlage eines auf beruflichen und ethischen Kodizes basierenden Selbstverständnisses professioneller Pflege.
- f. eigenverantwortliche, selbständige sowie wissenschaftsbasierte Entwicklung und Implementierung innovativer Lösungsmöglichkeiten zur Verbesserung im eigenen beruflichen Handlungsfeld.
- g. eigenverantwortliche und selbständige Identifikation persönlicher und berufsbezogener Lernbedarfe und Weiterentwicklung fachlicher und sozialer Kompetenzen im Sinne der Leitidee lebenslangen Lernens.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- h. eigenverantwortliche und selbständige Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen und Mitwirkung in Krisen- und Katastrophenfällen.
- i. Mitwirkung in der Pflegeforschung zur Entwicklung, Implementierung und Dissemination von Wissen für eine qualifizierte und bedarfsorientierte Pflege in der Gesundheitsversorgung.
- j. Mitwirkung an gesundheits- und sozialpolitischen Prozessen zur Herstellung einer besseren gesundheitlichen Versorgungsqualität für Menschen und deren Bezugssysteme.
- k. Mitwirkung bei der Weiterentwicklung des Pflegeberufes.
- l. Mitwirkung an einer verantwortlichen Gestaltung beim Einsatz neuer Technologien und Entwicklungen im Gesundheits- und Sozialsystem.
- m. Mitwirkung an der praktischen Ausbildung von hochschulisch und beruflich zu qualifizierenden Pflegenden.

- n. umfassende fachliche Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams im Gesundheits- und Sozialwesen für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der aktuell oder zukünftig auf Pflege angewiesenen Menschen.

Literatur

Akkreditierungsrat (2013): Regeln für die Akkreditierung von Studiengängen und für die Systemakkreditierung. Beschluss des Akkreditierungsrates vom 08.12.2009 i. d. F. vom 20.02.2013 Drs. AR 20/2013.

Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (AltPflAPrV) vom 26.11.2002 (BGBl.I S. 4418), die zuletzt durch Artikel 38 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist.

Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (Hrsg.) (2011): Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen verabschiedet vom Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR) am 22. März 2011. "URL:<http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de/de?t=/documentManager/sfdoc.file.detail&fileID=1382436343763>. [Stand: 28.02.2014]"

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10. November 2003 (BGBl. I S. 2263), die zuletzt durch Artikel 36 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist.

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (Hrsg.) (2013): Kompetenzstandards in der Berufsausbildung. „URL: <http://www.bibb.de/de/wlk29205.htm>. [Stand: 18.11.2013]"

Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe (Hrsg.) (2012): Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegegesetzes vom 01.03.2012.

„URL:http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/20120301_Endfassung_Eckpunktepapier_Weiterentwicklung_der_Pflegeberufe.pdf. [Stand: 28.02.2014].

Clement, U./ Arnold, R. (2002): Kompetenzentwicklung in der beruflichen Bildung. Schriftenreihe der DGfE.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)/Dekanekonferenz Pflegewissenschaft (Hrsg.): Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP) und der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft zu den Eckpunkten zur Vorbereitung eines neuen Pflegeberufgesetzes der „Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ vom 01.03.2012.

„URL: http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2012/10/DGP_-_Dekankoneferenz-Eckpunktepapier-06.10.2012.pdf. [Stand: 28.02.2014]“.

Heinze, H.J./ WR (2013): Akademische Gesundheitsberufe der Zukunft – wo stehen wir heute? Vortrag zur Tagung der Gesundheitsberufe der Zukunft vom 18.09.2013, Berlin.

Hülsken-Giesler, M./ Korporal, J. (2012): Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung. Berlin: Purschke & Hensel.

Hundenborn, G./ Kühn, C. (2003): „Entwurf einer empfehlenden Richtlinie für die Altenpflegeausbildung“ im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. „URL: http://www.mgepa.nrw.de/media-pool/pdf/pflege/pflege_und_gesundheitsberufe/altenpflegeausbildung/NRW-Empfehlende_Richtlinie_Altenpflegeausbildung-09-2006-2003.pdf. [Stand: 28.02.2014]“.

Hundenborn, G./ Brühe, R. (2007): Curriculum für den Modellversuch "Erprobung einer Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege mit generalistischen Ausrichtung". Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V..

„URL: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Curriculum_paderborn.pdf. [Stand: 28.02.2014]“.

Imhof, L./ Rüesch, P./ Schaffert, R./ Mahrer-Imhof, R./ Fringer, A./ Kerker-Specker, C. (2010): Professionelle Pflege Schweiz: Perspektive 2020. Ein Grundlagenbericht. Winterthur: ZHAW.

International Council of Nurses (Hrsg.) (2009): ICN Regulation Series: ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist.

"URL: <http://www.epda.eu.com/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allId=7465>. [Stand: 28.02.2014]“.

Kultusministerkonferenz (2010): Ländergemeinsame Strukturvorgaben für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 10.10.2003 i. d. F. vom 04.02.2010.

Kühn-Hempe, C./ Thiel, V. (2013): Die generalistische Pflegeausbildung in Modulen. Berufspädagogische Überlegungen. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2003): Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Kranken- und Kinderkrankenpflegesschulen in NRW. Düsseldorf.

Moers, M./ Schöniger, U./ Böggemann, M. (2012): Duale Studiengänge – Chancen und Risiken für die Professionalisierung der Pflegeberufe und die Entwicklung der Pflegewissenschaft. In: Pflege und Gesellschaft. 17 (3): 232-248.

Olbrich, C. (2010): Pflegekompetenz. 2. vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Pflegepädagogik).

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen.

Weidner, F. (2004): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. 3. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl. (Mabuse-Verlag Wissenschaft, 22).

Weidner, F./ Rottländer, R./ Schwager, S./ Isfort, M. (2008): Pflegeausbildung in Bewegung. Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Unter Mitarbeit von Lothar Klaes, Gertrud Schüler und Ralf Reiche et al. Herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

„URL: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/PiB_Abschlussbericht.pdf.“ [Stand: 28.02.2014]“.

Wissenschaftsrat (Hrsg.) (2013): Positionspapier- Empfehlung zur Entwicklung des dualen Studiums vom 25.10.2013. „URL: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/3479-13.pdf>.“ [Stand: 28.02.2014]“.

9.6 Anlage 6: Qualifikationsziele Therapeuten (AG Therapie)

QUALIFIKATIONSZIELE FÜR HOCHSCHULISCH AUF BACHELOR NIVEAU QUALIFIZIERTE THERAPEUTEN UND THERAPEUTINNEN IN DEN GESUNDHEITSBERUFEN

Arbeitsergebnis der AG Therapieberufe der Modellstudiengänge NRW Mitglieder:

Ergotherapie	hsg Bochum
Logopädie	RWTH Aachen, hsg Bochum, FH Münster
Physiotherapie	hsg Bochum, FH Münster

Verantwortlich für den Inhalt: Prof.
Dr. Ferdinand Binkofski Prof. Dr.
Marcellus Bonato Helga Breitbach -
Snowdon

S. Brenner, M.A.

Dr. Katharina Dressel

Prof. Dr. Philipp Eschenbeck Prof. Dr. Christian Grüneberg

Dipl. Med.-päd. Marietta Handgraaf Wiebke Hoppstädter,
MScOT

Nina Jacobs, MSc Dipl. Soz. Elke
Oetken Margot Overbeck

Prof. Dr. Friederike Störkel Prof. Dr. Ursula
Walkenhorst

Präambel

Im Rahmen der beruferechlichen Begleitforschung des MGEPA (NRW) haben die Modellstudiengänge der Therapieberufe Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie (in Abgrenzung zu den Pflegeberufen) spezifisch therapeutische Denk- und Arbeitsweisen identifiziert und darauf bezogen allgemeine therapeutische Qualifikationsziele verbindlich formuliert.

Die spezifischen beruflichen Qualifikationsziele differenzieren darüber hinaus explizit die Denk- und Arbeitsweise in der jeweiligen Profession und definieren die hochschulischen Ausbildungsziele der drei Therapieberufe auf Bachelor-Niveau.

I. Gemeinsame Zielformulierung für die hochschulische Ausbildung der therapeutischen Berufe Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie

Ziel der hochschulischen Ausbildung

Die Ausbildung soll entsprechend dem allgemein anerkannten internationalen Stand therapeutischer und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse zur Aneignung beruflicher Handlungskompetenz befähigen, um therapeutische Prozesse in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung durchzuführen.

Die hochschulische Ausbildung befähigt zum Angebot therapeutischer Leistungen über die gesamte Lebensspanne, in einem partizipativen Entscheidungsprozess mit dem Patienten / Klienten, dessen Zugehörigen und dem Bezugssystem in professionellen und interprofessionellen Versorgungssituationen.

Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen,

1. die folgenden komplexen therapeutischen Aufgaben und Problemstellungen **eigenverantwortlich und selbstständig** unter Beachtung rechtlicher Rahmenbedingungen, ethischer Kodizes und aktueller wissenschaftlicher Standards zu initiieren, zu leiten und auszuführen:
 - a. Anamnese erheben, untersuchen und diagnostizieren und die daraus abzuleitende eigenständige Indikation für eine Intervention stellen bzw. andere Spezialisten hinzu ziehen
 - b. Indizierte Interventionen planen, organisieren, durchführen, kontrollieren, dokumentieren und evaluieren
 - c. beraten, anleiten und schulen von Einzelnen, Gruppen sowie Institutionen. in unterschiedlichen Settings und Kontexten
 - d. erforderliche Hilfsmittel ermitteln, anpassen und in Interventionen einbeziehen
 - e. therapeutische Teams sach- und zielgerecht leiten und führen; Therapie- und Case-Managementfunktionen übernehmen
 - f. komplexe Kommunikations- und Kooperationsprozesse steuern
 - g. umsetzen von Forschungsergebnissen im Therapieprozess
 - h. Qualitätsmanagement therapeutischer Leistungen auf der Basis wissenschaftlicher

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Verfahren und Instrumente durchführen

- i. ökonomisch handeln in verschiedenen Settings des Gesundheitssystems
- j. Neue Technologien und Innovationen in den Therapieprozess integrieren

2. die folgenden Aufgaben **im Rahmen der Mitwirkung** auszuführen:

- a) entwickeln von Konzepten, Verfahren und Instrumenten im Rahmen des therapeutischen Prozesses
- b) planen und durchführen von Forschungsprojekten; entwickeln von disziplinären und interdisziplinären Leitlinien
- c) qualifizieren von Fachpersonen in Aus-, Fort-, und Weiterbildung.
- d) erstellen von Fachgutachten
- e) weiterentwickeln der Berufsbilder Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie.

3. **Interprofessionelle Versorgungssituationen** zu gestalten: gemeinsam praktikable Lösungen für Patienten und Versorgungssituationen entwickeln und umsetzen, dabei Kompetenzen und Sichtweisen der eigenen und der anderen Professionen berücksichtigen.
Die eigene Expertise in interprofessionellen Teams vertreten.

II. Berufsspezifische Zielformulierungen für die hochschulische Ausbildung der therapeutischen Berufe Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie

Qualifikationsziele für die hochschulische Ausbildung zur Ergotherapeutin / zum Ergotherapeuten

Durch die hochschulische Ausbildung werden die Absolventinnen und Absolventen zu Spezialisten für die menschliche Betätigung / Handlungsfähigkeit. Sie orientieren sich hierbei an den aktuellen Forschungserkenntnissen der Occupational Science.

Die ergotherapeutischen Tätigkeiten sind darauf auszurichten, Menschen zu einer größtmöglichen Handlungsfähigkeit in den Lebensbereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer jeweils individuellen Umwelt zu befähigen und darüber eine gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung der Lebensqualität zu ermöglichen. Dabei werden die jeweilige Lebensphase, der Lebensbereich sowie die individuellen Voraussetzungen und Bedürfnisse hinsichtlich der Betätigung und der Umwelтанforderungen berücksichtigt.

Hochschulisch ausgebildete Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sind befähigt, in den Systemen Gesundheit, Bildung, Wirtschaft, Arbeitswelt und Kultur personenbezogene Dienstleistungen sowohl mit einzelnen Personen als auch mit Gruppen in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung durchzuführen, die besonderen Zusammenhänge zwischen Betätigung und Gesundheit zu verdeutlichen und durch innovative Strategien und Konzepte zu Berufsinnovationen beizutragen.

Qualifikationsziele für die hochschulische Ausbildung zur Logopädin / zum Logopäden

Die logopädische Ausbildung erfordert eine primärqualifizierende Hochschulausbildung.

Die hochschulische Ausbildung befähigt zur eigenverantwortlichen und selbstständigen wissenschaftlichen professionellen Tätigkeit in den Gebieten

(Schrift-) Sprache, Sprechen, Atmung, Stimme, Hören, Schlucken, verbale und nonverbale Kommunikation und anderen damit in Zusammenhang stehenden Bereichen.

Die Absolventinnen und Absolventen berücksichtigen die Vielfalt des Klientels, z.B. hinsichtlich seiner Lebensphase, seines kulturellen Hintergrundes, seiner gesellschaftlichen Stellung, seines Bildungshintergrundes, seines sozialen Umfeldes und der Charakteristik seines Bezugssystems.

Die Absolventinnen und Absolventen treffen therapeutische Entscheidungen unter Berücksichtigung individueller Anliegen von Klientinnen bzw. Patienten, die sich auf alle Prozesse der Aufnahme, Verarbeitung und Produktion gesprochener und geschriebener Sprache, nonverbaler Kommunikationsformen sowie der Nahrungsaufnahme beziehen können.

Die Absolventinnen und Absolventen erwerben ein sehr breites Methodenspektrum, um komplexe Aufgabenstellungen im logopädischen und interprofessionellen Kontext zu lösen.

Dies erfolgt unter Berücksichtigung des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstands in der Logopädie sowie ihrer Bezugswissenschaften wie der Medizin (z.B. Neurologie, Phoniatrie, HNO-Heilkunde, Audiologie, Pädiatrie, Geriatrie, Psychiatrie), der Linguistik (z.B. Phonetik, Neurolinguistik, Psycholinguistik), der Psychologie (z.B. Neuropsychologie, klinische Psychologie, Entwicklungspsychologie, Lernpsychologie), der Soziologie (z.B. medizinische Soziologie), der Pädagogik (inkl. Sonderpädagogik) und weiteren relevanten Bereichen wie u. a. den Neuro- und Rehabilitationswissenschaften.

Hochschulisch ausgebildete Logopädinnen und Logopäden sind befähigt, in den Systemen Gesundheit, Bildung, Wirtschaft und Kultur Aufgaben im Rahmen von Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation, Langzeitversorgung, Palliation, Inklusion, Elementar-/Primar-/Sekundar-/Aus-/Fort-/Weiterbildung, Beratung und Begleitung zu erfüllen.

Qualifikationsziele für die hochschulische Ausbildung zur Physiotherapeutin / zum Physiotherapeuten

Die hochschulische Ausbildung befähigt Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen entsprechend dem allgemein anerkannten nationalen und internationalen Stand physiotherapeutischer und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse zu wissenschaftlich fundierter, eigenverantwortlicher, professioneller Tätigkeit.

Die hochschulische Ausbildung befähigt die Absolventinnen und Absolventen als Spezialisten für die menschliche Bewegung zu handeln. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sind in der Lage, das Verständnis über Bewegung als ein hochkomplexes, multidimensionales Geschehen, das die Spanne der molekularen

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Mikroebene bis zur Makroebene im Sinne von Körperfunktionen und –strukturen, Aktivitäten sowie Teilhabe von Personen im sozialen System umfasst, zu nutzen

Die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sind befähigt, in einem partizipativen Prozess die Bewegungs- und Funktionsfähigkeit sowie bewegungsbeeinflussende Faktoren während der gesamten Lebensspanne des Menschen zu analysieren und zu beurteilen, um bedürfnis- und ressourcenorientiert die Leistungsfähigkeit und / oder Lebensqualität eines Individuums zu beeinflussen. Bewegung und ihre funktionelle Ausrichtung stellt hierbei das Kernelement der Einflussnahme auf Gesundheit und Wohlbefinden dar.

Hochschulisch ausgebildete Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sind befähigt, in den Systemen Gesundheit, Bildung, Wirtschaft, Arbeitswelt und Kultur personenbezogene Dienstleistungen sowohl an einzelnen Personen als auch an Gruppen in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung durchzuführen. Sie tragen in ihrem Handlungsfeld zu Berufsinnovationen bei.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Verwendete Literatur:

Berufsübergreifend

- Allgemeine Kompetenzen der Gesundheitsberufe FH. In: Abschlusskompetenzen der Gesundheitsfachberufe FH (Schweiz). [Internet]. http://www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_KFH_14].
- All the Talents. How new roles and better teamwork can release potential and improve health services. (2012). Executive Summary [Internet]. http://www.appg-globalhealth.org.uk/download/i/mark_dl/u/4009611296/4574154628/All%20the%20Talents%20-%20Exec%20Summary.pdf. [Zugriff am 16.02.2014].
- AG MTG [Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe] (2004). Eckpunkte der AG MTG zur Konzipierung und Akkreditierung von Bachelor-Studiengängen für Ergotherapie, Hebammenwesen, Logopädie, Orthoptik, Physiotherapie. [Internet]. <http://www.agmtg.de/> [Zugriff am 30.12.2006].
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2011). Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Robert Bosch Stiftung. Stuttgart
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2013). Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Gutachten 2007. Kurzfassung. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. (Kapitel 2.4.1.2; Abschnitt 166). [Internet]. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf> [Zugriff am 23.04.2010].
- Sottas, B., Höppner, H., Kickbusch, I., Pelikan, J., Probst, J. (2013). Umriss einer neuen Gesundheitspolitik. 7. Careum Working Paper. Zürich: Careum Stiftung.
- World Health Organization (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. [Internet]. http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf [Zugriff am 16.02.2014].
- World Health Organization (2012). Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden. [Internet]. <http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being> [Zugriff am 16.02.2014].

Ergotherapie

- DVE (2005). Ethikkodex und Standards zur beruflichen Praxis der Ergotherapie. Karlsbad.
- Fisher, A. G. (2009). Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top down, client centered, and occupation based interventions. Ft. Collins, CO: Three Star Press.
- Kielhofner, G. (2009). Conceptual Foundations of Occupational Therapy. F a Davis Co. 4th Edition. PA.
- Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. Distinguished Scholar Lecture. American Journal of Occupational Therapy, 56, 640–649.

Logopädie

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

- AK DQR Arbeitskreis deutscher Qualifikationsrahmen (2011). Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. [Internet]. http://www.dqr.de/media/content/Der_Deutsche_Qualifikationsrahmen_fue_lebenslanges_Lernen.pdf [Zugriff am 24.06.2014].
- CPLOL Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'UE (2007). Revision of the Minimum Standards for Education. [Internet]. http://www.cplol.eu/eng/Revised_Min_Standards_2007_la.pdf [Zugriff am 24.06.2014].
- CPLOL Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'UE (1997). Professional Profile. [Internet]. <http://www.cplol.eu/documents/finish/12-professional-profile/32-professional-profile.html> [Zugriff am 24.06.2014].
- Dbl Deutscher Berufsverband für Logopädie (2010). Berufsleitlinien. [Internet]. https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Publikationen/0008_Berufsleitlinien.pdf [Zugriff am 24.06.2014].
- Ewers, M., Grewe, T., Höppner, H., Huber, W., Sayn-Wittgenstein, F., Stemmer, R., Voigt, Radloff, S., & Walkenhorst, U. (2012). Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potentiale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 137 (S2), 29-76.
- Frenk, J. et al. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an independent world. The Lancet, 376 (9756), 1923-1958.
- Hoffschildt, Ch., Winkler, S. u.a. (2014). Primärqualifizierende Akademisierung der Logopädie in Deutschland. Argumentationspapier des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V (dbl) [Internet]. http://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbl/Positionspapiere/2014_Primaerqualifizierende_Akademisierung_der_Logopaedie_in_Deutschland.pdf [Zugriff am 27.06.2014].
- IALP (2010). Revised IALP Education Guidelines (September 1, 2009): IALP Guidelines for Initial Education in Speech-Language Pathology. Folia Phoniatria et Logopaedica, 62, 210–216.
- Rausch, M., Thelen, K., Beudert, I. (2014). Kompetenzprofil für die Logopädie. Langfassung. Frechen: dbl. [Internet]. http://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbl/Der_Verband/Kompetenzprofil_Langfassung_2014.pdf [Zugriff am 25.06.2014].

Physiotherapie

- A Normative Model of Physical Therapist Professional Education: Version 2004. Alexandria, VA: American Physical Therapy Association.
- Chartered Society of Physiotherapy (2013). Physiotherapy framework – entry level graduate to expert. Putting physiotherapy behaviours, values, knowledge and skills into practice. London.
- Higgs, Kathryn Refshauge, Elizabeth, J. (2001). Portrait of the physiotherapy profession. Journal of Interprofessional Care, 15(1), 79–89. doi:10.1080/13561820020022891.
- McCallum, C. A., Mosher, P. D., Jacobson, P. J., Gallivan, S. P., & Giuffre, S. M. (2013). Quality in Physical Therapist Clinical Education: A Systematic Review. Physical Therapy, 93(10), 1298–1311. doi:10.2522/ptj.20120410.
- Vyt, A. & Ven, A. (2007). The Competence Chart of the European Network of Physiotherapy in Higher Education. Antwerpen: Garant Uitgevers N V.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

World Confederation for Physical Therapy (2003). European physiotherapy benchmark statement. Adopted final version at the extraordinary general meeting, 04 June 2003, Barcelona, Spain. [Internet]. <http://www.physio-europe.org/pdf/Benchmark.pdf> [Zugriff am 22. Mai 2012].

World Health Organization (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. [Internet]. http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf [Zugriff am 22. Mai 2012].

9.7 Anlage 7: Qualifikationsziele hochschulisch qualifizierte Ergotherapeuten

QUALIFIKATIONSZIELE FÜR HOCHSCHULISCHQUALIFIZIERTE ERGOTHERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Verantwortlich für den Inhalt¹:

Prof. Dr. Philipp Eschenbeck, *hsg*
Bochum Wiebke Hoppstädter,
MScOT, *hsg* Bochum Prof. Dr. Ur-
sula Walkenhorst, *hsg* Bochum

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

1

Inhalte modifiziert nach: Binkofski, F. Bonato, M., Breitbach – Snowdon, H., Brenner, S., Dressel, K., Eschenbeck, P., Grüneberg, C., Handgraaf, M., Hoppstädter, W., Jacobs, N., Oetken, E., Overbeck, M., Störkel, F., Walkenhorst, U. (2014) Qualifikationsziele für Hochschulisch auf Bachelor-Niveau qualifizierte Therapeuten und Therapeutinnen in den Gesundheitsberufen. Arbeitsergebnis der AG Therapieberufe der Modellstudiengänge NRW

Präambel

Die beruflichen Qualifikationsziele definieren die hochschulischen Ausbildungsziele des ergotherapeutischen Berufes auf Bachelor-Niveau.

Ziel der hochschulischen Ausbildung

Die ergotherapeutische Ausbildung soll entsprechend dem allgemein anerkannten internationalen Stand ergotherapeutischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse zur Aneignung beruflicher Handlungskompetenz befähigen, um ergotherapeutische Prozesse in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung durchzuführen.

Die Absolventinnen und Absolventen werden zu Spezialisten für die menschliche Betätigung/Handlungsfähigkeit. Sie orientieren sich hierbei an den aktuellen Forschungserkenntnissen der Occupational Science. Die hochschulische Ausbildung befähigt zum Angebot ergotherapeutischer Leistungen. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten können Personen und deren Angehörige in professionellen und interprofessionellen Versorgungssituationen zu einer größtmöglichen Handlungsfähigkeit in den Lebensbereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer jeweils individuellen Umwelt befähigen. Ergotherapeutische Leistungen unterstützen darüber hinaus eine gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung der Lebensqualität. Dabei werden die jeweilige Lebensphase, der Lebensbereich sowie die individuellen Voraussetzungen und Bedürfnisse hinsichtlich der Betätigung und der Umweltanforderungen berücksichtigt.

Hochschulisch ausgebildete Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sind befähigt, die Zusammenhänge zwischen Betätigung und Gesundheit in den Systemen Gesellschaft, Gesundheit, Bildung, Wirtschaft, Arbeitswelt und Kultur darzustellen, personenbezogene Dienstleistungen sowohl mit einzelnen Personen als auch mit Gruppen in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung durchzuführen und in ihrem Handlungsfeld zu Berufsinnovationen beizutragen.

Qualifikationsziele der hochschulischen ergotherapeutischen Ausbildung

Die hochschulische Ausbildung befähigt zum Angebot ergotherapeutischer Leistungen über die gesamte Lebensspanne, in einem partizipativen Entscheidungsprozess mit dem Patienten / Klienten, dessen Zugehörigen und dem Bezugssystem in professionellen und interprofessionellen Versorgungssituationen.

Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen,

1. die folgenden komplexen ergotherapeutischen Aufgaben und Problemstellungen **eigenverantwortlich und selbstständig** unter Beachtung rechtlicher Rahmenbedingungen, ethischer Kodizes und aktueller wissenschaftlicher Standards zu initiieren, zu leiten und auszuführen:
 - a. Anamnese erheben, untersuchen und diagnostizieren und die daraus abzuleitende eigenständige Indikation für eine Intervention stellen bzw. andere Spezialisten hinzuziehen
 - b. Indizierte Interventionen planen, organisieren, durchführen, kontrollieren, dokumentieren und evaluieren
 - c. beraten, anleiten und schulen von Einzelnen, Gruppen sowie Institutionen. in unterschiedlichen Settings und Kontexten
 - d. erforderliche Hilfsmittel ermitteln, anpassen und in Interventionen einbeziehen
 - e. therapeutische Teams sach- und zielgerecht leiten und führen; Therapie- und Case-Managementfunktionenübernehmen
 - f. komplexe Kommunikations- und Kooperationsprozesse steuern
 - g. umsetzen von Forschungsergebnissen im Therapieprozess
 - h. Qualitätsmanagement therapeutischer Leistungen auf der Basis wissenschaftlicher Verfahren und Instrumente durchführen
 - i. ökonomisch handeln in verschiedenen Settings des Gesundheitssystems
 - j. Neue Technologien und Innovationen in den Therapieprozess integrieren

2. die folgenden Aufgaben **im Rahmen der Mitwirkung** auszuführen:
 - a) entwickeln von Konzepten, Verfahren und Instrumenten im Rahmen des therapeutischen Prozesses
 - b) planen und durchführen von Forschungsprojekten; entwickeln von disziplinären und interdisziplinären Leitlinien
 - c) qualifizieren von Fachpersonen in Aus- Fort-, und Weiterbildung.
 - d) erstellen von Fachgutachten

- e) weiterentwickeln der Berufsbilder Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie.

3. Interprofessionelle Versorgungssituationen zu gestalten: gemeinsam praktikable Lösungen für Patienten und Versorgungssituationen entwickeln und umsetzen, dabei Kompetenzen und Sichtweisen der eigenen und der anderen Professionen berücksichtigen.

Die eigene Expertise in interprofessionellen Teams vertreten.

Verwendete Literatur:

Allgemeine Kompetenzen der Gesundheitsberufe FH. In: Abschlusskompetenzen der Gesundheitsfachberufe FH (Schweiz). [Internet].

http://www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_KFH_gesundheitsberufe_Anhang.pdf [16.02.2014].

[_Projekt_Abschlusskompetenzen_in_FH_Gesu](#)

All the Talents. How new roles and better teamwork can release potential and improve health services. (2012). Executive Summary [Internet]. http://www.appg-globalhealth.org.uk/download/i/mark_dl/u/4009611296/4574154628/All%20the%20Talents%20-%20Exec%20Summary.pdf. [16.02.2014].

AG MTG [Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe] (2004).

Eckpunkte der AG MTG zur Konzipierung und Akkreditierung von Bachelor-Studiengängen für Ergotherapie, Hebammenwesen, Logopädie, Orthoptik, Physiotherapie. [Internet]. <http://www.agmtg.de/> [30.12.2006].

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2011) Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Robert Bosch Stiftung. Stuttgart

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2013) Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Gutachten 2007. Kurzfassung. (2005). Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. (Kapitel 2.4.1.2; Abschnitt 166). [Internet]. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf> [23.04.2010].

Sottas, B., Höppner, H., Kickbusch, I., Pelikan, J., Probst, J. (2013) Umriss einer neuen Gesundheitspolitik. 7. Careum Working Paper. Zürich: Careum Stiftung.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

World Health Organization (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. [Internet]. http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf [16.02.2014].

World Health Organization (2012). Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden. [Internet]. <http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being> [16.02.2014].

Ergotherapie

DVE. (2005). Ethikkodex und Standards zur beruflichen Praxis der Ergotherapie. Karlsbad.

ENOTHE. (2005). Occupational Therapy Competencies. European Network of Occupational Therapy Higher Education. 3. December 2005, Copenhagen, Denmark. Zugriff am 22. Juli 2014 unter http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/key_documents/SAG_OccTheraphy.pdf

Fisher, A. G. (2009). Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top down, client centered, and occupation based interventions. Ft. Collins, CO: Three Star Press.

Kielhofner, G. (2009) Conceptual Foundations of Occupational Therapy. F a Davis Co. 4th Edition.PA.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. Distinguished Scholar Lecture. American Journal of Occupational Therapy, 56, 640–649.

**9.8 Anlage 8: Qualifikationsziele hochschulisch qualifizierte Physiotherapeu-
ten**

**QUALIFIKATIONSZIELE FÜR
HOCHSCHULISCH- QUALIFI-
ZIERTE PHYSIOTHERAPEUTEN/-
INNEN**

Verantwortlich für den Inhalt¹:

Prof. Dr. Christian Grüneberg, *hsg* Bochum

Dipl. Med.-päd. Marietta Handgraaf, *hsg* Bochum

¹ Inhalte modifiziert nach: Binkofski, F., Bonato, M., Breitbach – Snowdon, H., Brenner, S., Dressel, K., Eschenbeck, P., Grüneberg, C., Handgraaf, M., Hoppstädter, W., Jacobs, N., Oetken, E., Overbeck, M., Störkel, F., Walkenhorst, U. (2014) Qualifikationsziele für Hochschulisch auf Bachelor-Niveau qualifizierte Therapeuten und Therapeutinnen in den Gesundheitsberufen. Arbeitsergebnis der AG Therapieberufe der Modellstudiengänge NRW

Präambel

Die beruflichen Qualifikationsziele definieren die hochschulischen Ausbildungsziele des ergotherapeutischen Berufes auf Bachelor-Niveau.

Ziel der hochschulischen Ausbildung Physiotherapie

Die hochschulische Ausbildung soll entsprechend dem allgemein anerkannten internationalen Stand therapeutischer und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse zur Aneignung beruflicher Handlungskompetenz befähigen, um physiotherapeutische Prozesse in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung zu gestalten und durchzuführen.

Die hochschulische Ausbildung befähigt die Absolventinnen und Absolventen als Spezialisten für die menschliche Bewegung zu handeln. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sind in der Lage, das Verständnis über Bewegung, Funktionsbeeinträchtigungen und Schmerz als ein hochkomplexes, multidimensionales Geschehen, das die Spanne der molekularen Mikroebene bis zur Makroebene im Sinne von Körperfunktionen und –strukturen, Aktivitäten sowie Teilhabe von Personen im sozialen System umfasst, zu nutzen und in therapeutische Maßnahmen umzusetzen.

Die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sind befähigt in einem partizipativen Prozess die Bewegungs- und Funktionsfähigkeit sowie bewegungsbeeinflussende Faktoren während der gesamten Lebensspanne des Menschen zu analysieren und zu beurteilen, um bedürfnis- und ressourcenorientiert die Leistungsfähigkeit und/oder Lebensqualität eines Individuums zu beeinflussen. Bewegung und ihre funktionelle Ausrichtung stellt hierbei das Kernelement der Einflussnahme auf Gesundheit und Wohlbefinden dar.

Hochschulisch ausgebildete Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sind befähigt, in den Systemen Gesundheit, Bildung, Wirtschaft, Arbeitswelt und Kultur personenbezogene Dienstleistungen sowohl an einzelnen Personen als auch an Gruppen in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung durchzuführen und tragen in ihrem Handlungsfeld zu Berufsinnovationen bei.

Qualifikationsziele für die hochschulische Ausbildung zur/ zum Physiotherapeutin/-en

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Die hochschulische Ausbildung befähigt zum Angebot physiotherapeutischer Leistungen über die gesamte Lebensspanne, in einem partizipativen Entscheidungsprozess mit dem Patienten / Klienten, dessen Zugehörigen und dem Bezugssystem in professionellen und interprofessionellen Versorgungssituationen.

Die hochschulische Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen,

1. die folgenden komplexen physiotherapeutischen Aufgaben und Problemstellungen **eigenverantwortlich und selbstständig** unter Beachtung rechtlicher Rahmenbedingungen, ethischer Kodizes und aktueller wissenschaftlicher Forschungsergebnisse und -methoden zu initiieren, zu leiten und auszuführen:
 - a) Anamnese erheben, untersuchen und diagnostizieren und die daraus abzuleitende eigenständige Indikation für eine Intervention stellen bzw. die Notwendigkeit der Überweisung an andere Spezialisten erkennen
 - b) indizierte Interventionen planen, organisieren, durchführen, kontrollieren, dokumentieren und evaluieren
 - c) passende (erforderliche) Hilfsmittel ermitteln, anpassen und in Interventionen einbeziehen
 - d) beraten, anleiten und schulen von Einzelnen, Gruppen sowie Institutionen in unterschiedlichen Settings und Kontexten
 - e) therapeutische Teams sach- und zielgerecht leiten und führen; Therapie- und Case-Managementfunktionen übernehmen
 - f) komplexe Kommunikations- und Kooperationsprozesse steuern
 - g) aktuelle Forschungsergebnisse in den Therapieprozess einbeziehen
 - h) Qualitätsmanagement therapeutischer Leistungen auf der Basis wissenschaftlicher Verfahren und Instrumente durchführen
 - i) ökonomisch handeln in verschiedenen Settings des Gesundheitssystems
 - j) in interdisziplinären Teams mitwirken und –entscheiden können
 - k) Integration von neuen Technologien und Innovationen im Therapieprozess.
2. die folgenden Aufgaben **im Rahmen der Mitwirkung** auszuführen:
 - a) entwickeln von Konzepten, Verfahren und Instrumenten im Rahmen des therapeutischen Prozesses
 - b) planen und durchführen von Forschungsprojekten; entwickeln von disziplinären und interdisziplinären Leitlinien
 - c) qualifizieren von Fachpersonen in Aus- Fort-, und Weiterbildung.
 - d) erstellen von Fachgutachten
 - e) weiterentwickeln des Berufsbildes Physiotherapie.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

3. **Interprofessionelle Versorgungssituationen** zu gestalten: gemeinsam praktikable Lösungen für Patienten und Versorgungssituationen entwickeln und umsetzen, dabei Kompetenzen und Sichtweisen der eigenen und der anderen Professionen berücksichtigen.
4. dass Lernende eine Selbstverpflichtung gegenüber ihrem Lernprozess im Sinne des lebenslangen Lernens entwickeln.

Literaturangaben

Allgemeine Kompetenzen der Gesundheitsberufe FH. In: *Abschlusskompetenzen der Gesundheitsfachberufe FH (Schweiz)*.

Chartered Society of Physiotherapy. (2013). *Physiotherapy framework – entry level graduate to expert. Putting physiotherapy behaviours, values, knowledge and skills into practice*. London:

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2011) *Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung*. Robert Bosch Stiftung. Stuttgart

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2013) *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung*. Stuttgart.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Gutachten 2007. Kurzfassung. (2005). *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. (Kapitel 2.4.1.2; Abschnitt 166). [Internet].

<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf> [23.04.2010].

Vyt, A. & Ven, A. (2007). *The Competence Chart of the European Network of Physiotherapy in Higher Education*. Antwerpen: Garant Uitgevers N V.

World Confederation for Physical Therapy. (2003). *European physiotherapy benchmark statement. Adopted final version at the extraordinary general meeting, 04 June 2003, Barcelona, Spain*. Zugriff am 22. Mai 2012 unter <http://www.physio-europe.org/pdf/Benchmark.pdf>

World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Zugriff am 22. Mai 2012 unter http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf

9.9 Anlage 9: Ausbildungsziele für hochschulisch qualifizierte Logopädinnen und Logopäden auf Bachelorniveau

Arbeitsgemeinschaft Logopädie der Modellstudiengänge NRW (RWTH Aachen, hsg Bochum, FH Münster)

VORBEMERKUNGEN

Problemstellung

Logopädinnen / Logopäden sind in der Gesundheitsversorgung von Menschen aller Altersgruppen mit Kommunikations-, (Schrift-), Sprach-, Sprech-, Stimm-, Hör-, Atem- und Schluckstörungen sowie komplexen Störungen mit Auswirkung auf die vorgenannten logopädisch relevanten Bereiche (z.B. bei Cerebralen Bewegungsstörungen, Hörstörungen) tätig. Ihr Tätigkeitsfeld erstreckt sich auf die Bereiche des staatlichen Gesundheitssystems sowie auf die Systeme Bildung, Kultur und Wirtschaft.

Die gesetzlichen Grundlagen für die dreijährige Ausbildung sind im Gesetz über den Beruf des Logopäden (LogopG) und in der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden (LogAPrO) von 1980 festgeschrieben. Die LogAPrO entspricht in weiten Teilen nicht mehr den Anforderungen an heutige Ausbildungsverordnungen; wichtige Interventionsbereiche und –inhalte fehlen ebenso wie die ausdrückliche Formulierung von Ausbildungszielen. Die fächerorientierte Ausrichtung der LogAPrO muss entsprechend aktueller Standards outcome- und kompetenzorientiert formuliert sein.

Die Logopädie ist, ebenso wie ihre Bezugswissenschaften, gekennzeichnet durch eine in den letzten Jahren enorm verbreiterte Wissensbasis. Das Krankheitsspektrum hat sich erweitert (z.B. um Sprach-, Schluck- und Atemstörungen bei chronisch kranken älteren Menschen, logopädische Interventionen bei Menschen mit Migrationshintergrund, Versorgung von Menschen mit Demenz, Fütterstörungen bei Neugeborenen) und neue Versorgungsbereiche sind hinzugekommen (z.B. Prävention, Gesundheitsförderung, Palliation). Die damit verbundenen komplexen logopädischen Aufgaben lassen sich zunehmend nur in interprofessioneller Kooperation lösen. Weiterhin erfordert ein sich ständig erweiternder Kenntnisstand die Fähigkeit zum lebenslangen Lernen und macht eine logopädie-spezifische eigenständige Therapie-forschung erforderlich, die nicht durch die Be-

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

zugsdisziplinen wie z. B. Linguistik, Psychologie oder Neurologie geleistet werden kann. Dementsprechend bedarf es einer akademischen Struktur mit Logopädie-Bachelor- und -Masterstudiengängen und der Berechtigung zur Promotion im eigenen Fachbereich.

Das EU-Projekt NetQues (Network for Tuning Standards and Quality of Education Programmes in Speech and Language Therapy across Europe, 2013) ermittelte Referenzpunkte der logopädischen Ausbildung in 31 Ländern und kam zu dem Ergebnis, dass die Logopädie europaweit auf den Niveaustufen 6 bzw. 7 des Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) angesiedelt ist. Dies entspricht einer Primärqualifizierung mindestens auf Bachelor-Niveau und ist auch außer in Deutschland in allen anderen Ländern die Mindestvoraussetzung für den Berufszugang. In Deutschland führt die Berufsschulbildung dazu, dass Logopädinnen/Logopäden aufgrund eines formalen Kriteriums zwei Kompetenzstufen unterhalb ihrer europäischen Kollegen in den Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) eingeordnet werden (Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen, 2013). Unterschiedliche Niveaueinstufungen für gleiche Tätigkeiten finden sich aber auch in Deutschland selbst wieder: hier sind auf dem Gebiet der Sprachtherapie neben Logopäden/Logopädinnen akademische Sprachtherapeuten mit einer DQR-Einordnung auf Stufe 6-7 tätig.

Um einer Benachteiligung deutscher Logopäden/Logopädinnen im eigenen Land und in Europa entgegenzuwirken, v.a. aber für eine bestmögliche patientenorientierte, bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung entsprechend den gestiegenen Anforderungen, ist eine primärqualifizierende Hochschulausbildung mit einem einheitlichen Berufsgesetz für die Logopädie unverzichtbar.

AUSBILDUNGSZIELE FÜR

HOCHSCHULISCH QUALIFIZIERTE LOGOPÄDINNEN UND LOGOPÄDEN AUF BACHELOR NIVEAU

Arbeitsergebnis der AG Logopädie der Modellstudiengänge NRW

Mitglieder:

Logopädie

RWTH Aachen, hsg Bochum, FH Münster

Verantwortlich für den Inhalt:

Prof. Dr. Ferdinand Binkofski Prof.
Dr. Marcellus Bonato Helga Breit-
bach - Snowdon Sebastian Brenner,
M.A.

Dr. Katharina Dressel
Nina Jacobs, MSc Dipl.
Soz. Elke Oetken

Prof. Dr. Friederike Störkel

Präambel

Im Rahmen der berufsrechtlichen Begleitforschung des MGEPA NRW (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter Nordrhein-Westfalen) haben die Modellstudiengänge NRW der Logopädie spezifisch logopädische Denk- und Arbeitsweisen identifiziert und darauf bezogen Ausbildungsziele verbindlich formuliert.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Die im Folgenden aufgeführten spezifischen beruflichen Qualifikationsziele definieren die hochschulischen Ausbildungsziele auf Bachelor-Niveau.

Ziele der hochschulischen Logopädie-Ausbildung

Die logopädische Ausbildung erfordert eine primärqualifizierende Hochschulausbildung.

Die Ausbildung befähigt entsprechend dem allgemein anerkannten internationalen Stand logopädischer und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse zur Aneignung beruflicher Handlungskompetenz, um Prozesse in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung eigenverantwortlich durchzuführen.

Die hochschulische Ausbildung befähigt zum Angebot logopädischer Leistungen über die gesamte Lebensspanne, in einem partizipativen Entscheidungsprozess mit dem Patienten/Klienten, dessen Zugehörigen und dem Bezugssystem in professionellen und interprofessionellen Versorgungssituationen.

Die hochschulische Ausbildung qualifiziert zur eigenverantwortlichen und selbstständigen wissenschaftlich fundierten professionellen Tätigkeit in den Gebieten (Schrift-)Sprache, Sprechen, Atmung, Stimme, Hören, Schlucken, verbale und nonverbale Kommunikation und anderen damit in Zusammenhang stehenden Bereichen.

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

Die Ausbildung befähigt insbesondere dazu:

1. die folgenden komplexen logopädischen Aufgaben und Problemstellungen **eigenverantwortlich und selbstständig** unter Beachtung rechtlicher Rahmenbedingungen, ethischer Kodizes und aktueller wissenschaftlicher Standards zu initiieren, zu leiten und auszuführen:
 - a. Anamnese erheben, untersuchen, diagnostizieren und die daraus abzuleitende eigenständige Indikation für eine logopädische Intervention stellen bzw. andere Spezialisten hinzuziehen
 - b. Indizierte logopädische Interventionen planen, organisieren, durchführen, kontrollieren, dokumentieren, reflektieren und evaluieren
 - c. Einzelne, Gruppen sowie Institutionen in unterschiedlichen Settings und Kontexten beraten, informieren, anleiten und schulen
 - d. Erforderliche Hilfsmittel ermitteln und anpassen und diese in logopädische Interventionen einbeziehen
 - e. Teams sach- und zielgerecht leiten und führen
 - f. Therapie- und Case-Managementfunktionen übernehmen
 - g. Komplexe Kommunikations- und Kooperationsprozesse steuern
 - h. Forschungsergebnisse im Therapieprozess umsetzen
 - i. Qualitätsmanagement logopädischer Leistungen auf der Basis wissenschaftlicher Verfahren und Instrumente durchführen
 - j. In verschiedenen Settings des Gesundheitssystems ökonomisch handeln
 - k. Neue Technologien und Innovationen in den Therapieprozess integrieren

2. die folgenden Aufgaben **im Rahmen der Mitwirkung** wahrzunehmen:
 - a. Konzepte, Verfahren und Instrumente im Rahmen des logopädischen Prozesses entwickeln
 - b. Forschungsprojekte planen und durchführen
 - c. Disziplinäre und interdisziplinäre Leitlinien entwickeln
 - d. Fachpersonen in Aus-, Fort-, und Weiterbildung qualifizieren
 - e. Logopädische Fachgutachten erstellen
 - f. Berufsbild Logopädie weiterentwickeln

Beruferechliche Begleitforschung – Teil IV

3. **folgende Aufgaben in interprofessionellen Versorgungssituationen** zu gestalten:
- a. Gemeinsame praktikable Lösungen für Patienten und Versorgungssituationen entwickeln und umsetzen, unter Berücksichtigung von Kompetenzen und Sichtweisen der eigenen und der anderen Professionen
 - b. Eigene Expertisen in interprofessionellen Teams vertreten

Die Absolventinnen und Absolventen erwerben alle fachlichen, methodischen, sozialkommunikativen und personalen Kompetenzen, die nötig sind, um die komplexen Aufgabenstellungen 1-3 im logopädischen und interprofessionellen Kontext zu lösen. Sie berücksichtigen die Besonderheiten des Klientels, z.B. hinsichtlich seiner Lebensphase, seines kulturellen Hintergrundes, seiner gesellschaftlichen Stellung, seines Bildungshintergrundes, seines sozialen Umfeldes, seiner psychosozialen und emotionalen Befindlichkeit und der Charakteristik seines Bezugssystems.

Die Absolventinnen und Absolventen treffen therapeutische Entscheidungen unter Berücksichtigung individueller Anliegen (z.B. in Bezug auf: Aktivität und Teilhabe) von Klientinnen bzw. Patienten, die sich auf alle Prozesse der Aufnahme, Verarbeitung und Produktion gesprochener und geschriebener Sprache, nonverbaler Kommunikationsformen sowie der Nahrungsaufnahme beziehen können.

Dies erfolgt unter Berücksichtigung des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstands in der Logopädie sowie ihrer Bezugswissenschaften wie der Medizin (z.B. (Neuro-)Anatomie, Physiologie, Neurologie, Phoniatrie, HNO-Heilkunde, Audiologie, Pädiatrie, Geriatrie, Psychiatrie), der Linguistik (z.B. Phonetik, Neurolinguistik, Psycholinguistik), der Psychologie (z.B. Neuropsychologie, klinische Psychologie, Entwicklungspsychologie, Lernpsychologie), der Soziologie (z.B. medizinische Soziologie, Sozialpsychologie), der Pädagogik (inkl. Sonderpädagogik) und weiterer relevanter Bereiche wie u.a. der Neuro- und Rehabilitationswissenschaften.

Hochschulisch ausgebildete Logopädinnen und Logopäden sind befähigt, in den Systemen Gesundheit, Bildung, Wirtschaft und Kultur Aufgaben im Rahmen von Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation, Langzeitversorgung, Palliation, Inklusion, Elementar-/Primar-/Sekundar-/Aus-/Fort-/Weiterbildung, Beratung und Begleitung zu erfüllen.

