

Projektbericht
Research Report

Nicht-ärztliche
Gesundheitsberufe
Jahresthema 2015

Monika Riedel, Gerald Röhring, Karin Schönpflug



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES

Vienna

Projektbericht
Research Report

Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe

Jahresthema 2015

Monika Riedel, Gerald Röhrling, Karin Schönflug

Endbericht

Studie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen
Sozialversicherungsträger

April 2016

Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
Institute for Advanced Studies, Vienna

Kontakt:

Dr. Monika Riedel
☎: +43 1 59991-229
E-Mail: riedel@ihs.ac.at

Mag. Gerald Röhrling
☎: +43 1 59991-268
E-Mail: roehrling@ihs.ac.at

Executive Summary

Dieser Bericht vergleicht ausgewählte Aspekte der Regulierung und Planung der Berufe Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diätologie, Hebammenwesen sowie Gesundheits- und Krankenpflege in den Ländern Deutschland, Finnland, Niederlande und Großbritannien mit jenen in Österreich. Aus österreichischer Perspektive lassen sich folgende Aussagen treffen:

In allen betrachteten Berufen hat sich weitgehend ein Fachhochschulabschluss als Grundqualifikation für die Berufsausbildung etabliert, sodass sich der österreichische Status quo hier gut eingliedert. Allerdings zeigt ein Vergleich der Ausbildungslängen, dass Österreich mit grundsätzlich dreijähriger Ausbildung und 180 ECTS am unteren Ende der in den Vergleichsländern etablierten Mindestqualifikationen bei Berufseinstieg liegt. Fallweise (Logopädie und Diätologie in Finnland) bildet bereits ein Abschluss auf Masterniveau die Minimalqualifikation für die Berufsausübung. Bezogen auf die einzelnen Länder stellt Deutschland die große Ausnahme dar: In allen betrachteten Berufen bildet eine dreijährige Ausbildung im Sekundarbereich das gesetzliche Ausbildungsminimum. Parallel dazu sind seit einigen Jahren Ausbildungsgänge an Fachhochschulen möglich. Bezogen auf Berufe sticht international die Gesundheits- und Krankenpflege hervor, für die zumeist unterschiedliche Qualifikations- und Ausbildungsmodelle parallel bzw. aufeinander aufbauend bestehen, während in anderen Berufen keine ähnlich breite Abstufung der Qualifikationsebenen besteht.

Nicht nur in Österreich, sondern auch in Deutschland ist der Aufbau eines **Registers** für Gesundheitsberufe ein langwieriges und noch nicht rechtsgültig verankertes Unterfangen (wobei die deutsche Lösung keine Registrierungspflicht vorsieht). Bereits etabliert ist die verpflichtende Registrierung von Angehörigen aller betrachteten Gesundheitsberufe in Finnland und Großbritannien, also den beiden Ländern mit staatlichem Gesundheitssystem, während das in den Niederlanden eingerichtete Register von den hier betrachteten Berufen nur für die Bereiche Gesundheits- und Krankenpflege, Hebammenwesen sowie Physiotherapie verpflichtend ist. Verpflichtende Register sind im hier untersuchten Ländersample in Institutionen angesiedelt, die Regulierungs- und/oder Aufsichtsfunktionen im Gesundheitswesen innehaben, bzw. für die eigenen Berufsangehörigen beim britischen Nursing and Midwifery Council. In Großbritannien und den Niederlanden ist für den Verbleib im Register eine regelmäßige Reregistrierung notwendig, die auch ein Mindestmaß an Berufsausübung und in Großbritannien an regelmäßiger Fortbildung vorsieht. Beides ist in Österreich auch in der bestehenden Lösung für Hebammen und der geplanten Lösung für Gesundheits- und Krankenpflege sowie MTD-Berufe vorgesehen.

Kapazitätsplanung wird in allen vier Vergleichsländern regelmäßig für den ärztlichen Bereich durchgeführt. Im nicht-ärztlichen Bereich erfolgt Planung regelmäßig in beiden Ländern mit staatlichem Gesundheitssystem, und zwar in Finnland eingebettet in eine Struktur, die alle Berufsfelder und deren Ausbildungswege auf die zukünftigen Erfordernisse abstimmen möchte, und in Großbritannien in ein ähnlich strukturiertes System, das 130 Ausbildungsprogramme für Gesundheitsfachkräfte umfasst. In den beiden anderen Vergleichsländern bestehen punktuell Projekte. In Deutschland ist uns ein Bundesland bekannt, das ein strukturiertes, umfassendes Berichtssystem aufbaut (Branchenmonitor Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz), aber – wohl mangels Registrierungsverpflichtung – ohne Bestandsdaten auszukommen versucht.

In Österreich wurde bisher noch keine an den zukünftigen Bedarfen für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe ausgerichtete Kapazitätsplanung eingerichtet. Dieser Mangel steht in direktem Zusammenhang mit einem Mangel an belastbaren Daten. Es besteht keine belastbare Informationsbasis für niedergelassene Berufstätige. Gerade diese Personen sind aber im Kontext der Primärversorgung von hohem Interesse. Die derzeitige Datenlage gibt lediglich Auskunft über Personal, das in Krankenanstalten angestellt ist, sowie über Studienabschlüsse in Berufen mit (Fach-)Hochschulabschluss. Selbst letztere Informationsquelle kann jedoch auch mittelfristig nicht eine regelmäßige und verlässliche Bestandserhebung der verfügbaren Personalkapazitäten ersetzen, da sie keine Informationen darüber enthält, ob und an welchem Ort (im In- oder Ausland) die Berufstätigkeit in welchem Ausmaß aufgenommen wird und ob ein Zustrom an Berufsangehörigen stattfindet. Eine Registrierungspflicht wäre geeignet, um diese Informationslücke zu schließen. Ist die Registrierungspflicht, wie bereits die bestehende Lösung für Hebammen, mit regelmäßiger und von Fortbildung und Berufsausübung abhängiger Reregistrierung verbunden, kann sie darüber hinaus einen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung leisten.

Inhalt

1. Einleitung	1
2. Hintergrund: Gesundheitsberufe in der österreichischen Gesundheitsreform	3
3. Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe in ausgewählten europäischen Ländern	5
3.1. Internationale Definition des Berufs.....	5
3.1.1. Gesundheits- und Krankenpflege.....	5
3.1.2. Physiotherapie.....	5
3.1.3. Ergotherapie.....	8
3.1.4. Logopädie.....	8
3.1.5. Diätologie.....	8
3.1.6. Hebammenwesen.....	9
3.2. Ausbildung.....	10
3.2.1. Gesundheits- und Krankenpflege.....	10
3.2.2. Physiotherapie.....	12
3.2.3. Ergotherapie.....	14
3.2.4. Logopädie.....	16
3.2.5. Diätologie.....	19
3.2.6. Hebammenwesen.....	21
3.3. Quantitative Dimension.....	23
3.3.1. Gesundheits- und Krankenpflege.....	23
3.3.2. Physiotherapie.....	28
3.3.3. Ergotherapie.....	29
3.3.4. Logopädie.....	30
3.3.5. Diätologie.....	30
3.3.6. Hebammenwesen.....	31
3.4. Registrierung.....	33
3.5. Kapazitätsplanung.....	37
4. Länderporträts	42
4.1. Deutschland.....	42
4.1.1. Gesundheits- und Krankenpflege.....	42
4.1.2. Physiotherapie.....	43
4.1.3. Ergotherapie.....	45

4.1.4.	Logopädie.....	46
4.1.5.	Diätologie	48
4.1.6.	Hebammenwesen.....	49
4.1.7.	Registrierung.....	50
4.1.8.	Kapazitätsplanung	51
4.1.9.	Beschäftigungssetting	53
4.2.	Finnland.....	55
4.2.1.	Gesundheits- und Krankenpflege.....	56
4.2.2.	Physiotherapie (Fysioterapeutti, Lääkintävoimistelja, Erikoislääkintävoimistelija).....	57
4.2.3.	Ergotherapie	58
4.2.4.	Logopädie.....	58
4.2.5.	Diätologie	58
4.2.6.	Hebammenwesen.....	59
4.2.7.	Registrierung.....	60
4.2.8.	Kapazitätsplanung	60
4.3.	Niederlande.....	65
4.3.1.	Gesundheits- und Krankenpflege.....	65
4.3.2.	Physiotherapie	67
4.3.3.	Ergotherapie	68
4.3.4.	Logopädie.....	69
4.3.5.	Diätologie	69
4.3.6.	Hebammenwesen.....	70
4.3.7.	Registrierung.....	71
4.3.8.	Kapazitätsplanung	72
4.4.	Österreich	74
4.4.1.	Gesundheits- und Krankenpflege.....	74
4.4.2.	Physiotherapie	75
4.4.3.	Ergotherapie	83
4.4.4.	Logopädie.....	88
4.4.5.	Diätologie	92
4.4.6.	Hebammenwesen.....	95
4.4.7.	Registrierung.....	101
4.4.8.	Kapazitätsplanung	102
4.5.	Vereinigtes Königreich	105
4.5.1.	Pflegeberufe	105
4.5.2.	Physiotherapie	108
4.5.3.	Ergotherapie	109
4.5.4.	Logopädie.....	110
4.5.5.	Diätologie	111
4.5.6.	Hebammenwesen.....	112
4.5.7.	Registrierung.....	113
4.5.8.	Kapazitätsplanung	113

5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für Österreich	121
5.1. Ausbildung.....	121
5.2. Registrierung.....	122
5.3. Daten und Kapazitätsplanung	123
6. Literaturverzeichnis	127

Tabellen

Tabelle 1: Fünfländervergleich der Pflegeausbildung	11
Tabelle 2: Fünfländervergleich der Physiotherapieausbildung	13
Tabelle 3: Fünfländervergleich der Ergotherapieausbildung	15
Tabelle 4: Fünfländervergleich der Logopädieausbildung	17
Tabelle 5: Fünfländervergleich der Diätologieausbildung	20
Tabelle 6: Fünfländervergleich der Hebammenausbildung	22
Tabelle 7: Fünfländervergleich der Charakteristika verpflichtender Registrierung	35
Tabelle 8: Fünfländervergleich der Registrierungspflicht nach Berufen (Stand 2015)	36
Tabelle 9: Fünfländervergleich der Kapazitätsplanung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe ...	38
Tabelle 10: Formen von Bachelorprogrammen in Logopädie in Deutschland	47
Tabelle 11: Beschäftigte in Gesundheitsberufen in Deutschland (Stichtag 31.12.2013)	54
Tabelle 12: Projektionsergebnisse für Finnland	64
Tabelle 13: Qualifikationsniveaus, Ausbildungsdauern und Tätigkeitsprofile in den Niederlanden	66
Tabelle 14: Datenerfordernisse für unterschiedliche Planungsansätze	126

Abbildungen

Abbildung 1: Berufsgruppen in der neuen Primärversorgungsstruktur	4
Abbildung 2: Unterschiede im Tätigkeitsspektrum der Physiotherapie nach Berechtigung zum Direktzugang	7
Abbildung 3: Akademische Ausbildungswege sowie Ausbildungsstrukturen für Logopädie im Vergleich ausgewählter europäischer Länder	18
Abbildung 4: Praktizierendes Krankenpflegepersonal pro 1.000 EinwohnerInnen (2013 oder letztverfügbares Jahr).....	24
Abbildung 5: Ratio von (Professional) Nurses und ÄrztInnen (2013 oder letztverfügbares Jahr)	25
Abbildung 6: Professional Nurses (und Hebammen) im Spitalssektor (2013 oder letztverfügbares Jahr).....	26
Abbildung 7: Verteilung ausgewählter Gesundheitsberufe in Krankenanstalten (2013 oder letztverfügbares Jahr).....	27
Abbildung 8: Praktizierende PhysiotherapeutInnen pro 100.000 EinwohnerInnen (2000 und 2013)	28
Abbildung 9: Praktizierende ErgotherapeutInnen pro 100.000 EinwohnerInnen (2007 und 2014)	29
Abbildung 10: LogopädInnen in Beschäftigung pro 100.000 EinwohnerInnen (2013)	30
Abbildung 11: Praktizierende Hebammen pro 100.000 EinwohnerInnen (2013 oder letztverfügbares Jahr).....	31
Abbildung 12: Praktizierende Hebammen pro 100.000 Lebendgeburten (2013 oder letztverfügbares Jahr).....	32
Abbildung 13: Organisation der Bedarfsplanung in Finnland	61
Abbildung 14: Planungsschritte und Modell	62
Abbildung 15: Methodik der Bedarfsplanung in Finnland	63
Abbildung 16: FH-AbsolventInnen des Bachelorstudiums Physiotherapie	77
Abbildung 17: PhysiotherapeutInnen in Krankenanstalten: Kopffzahlen nach Geschlecht, Vollzeitäquivalente (VZÄ) nach Fondszugehörigkeit	79
Abbildung 18: PhysiotherapeutInnen in Krankenanstalten: Kopffzahlen und VZÄ pro 100.000 EinwohnerInnen nach Bundesland (2014).....	79
Abbildung 19: Anteil der freiberuflich tätigen Mitglieder von Physio Austria in % (Stand November 2015)	80
Abbildung 20: Mitglieder und Freiberufler pro 100.000 EinwohnerInnen, Index: Österreich = 100 (Stand November 2015).....	81
Abbildung 21: PhysiotherapeutInnen und Organisationen, Auswertung des privaten Internetportals www.physiotherapie.at (Abfrage Oktober 2015)	82
Abbildung 22: FH-AbsolventInnen des Bachelorstudiums Ergotherapie	84
Abbildung 23: ErgotherapeutInnen in Krankenanstalten: Kopffzahlen nach Geschlecht, Vollzeitäquivalente (VZÄ) nach Fondszugehörigkeit	85

Abbildung 24: ErgotherapeutInnen in Krankenanstalten: Kopffzahlen und VZÄ pro 100.000 EinwohnerInnen nach Bundesland (2014).....	85
Abbildung 25: Ordentliche Mitglieder von Ergotherapie Austria pro 100.000 EinwohnerInnen (Stand November 2015)	86
Abbildung 26: ErgotherapeutInnen und Organisationen, Auswertung des privaten Internetportals www.ergotherapeuten.at (Abfrage Oktober 2015).....	87
Abbildung 27: FH-AbsolventInnen des Bachelorstudiums Logopädie (Logopädie-Phoniatrie-Audiologie)	89
Abbildung 28: Logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst in Krankenanstalten: Kopffzahlen nach Geschlecht, VZÄ nach Fondszugehörigkeit	90
Abbildung 29: Logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst in Krankenanstalten: Kopffzahlen und VZÄ pro 100.000 EinwohnerInnen nach Bundesland (2014)	90
Abbildung 30: logopädieaustria-Mitglieder mit freiem Therapieplatz pro 100.000 EinwohnerInnen (Februar 2016).....	91
Abbildung 31: LogopädInnen und Organisationen, Auswertung des privaten Internetportals www.logopaeden.at (Abfrage Oktober 2015)	92
Abbildung 32: FH-AbsolventInnen des Bachelorstudiums Diätologie	93
Abbildung 33: Diätdienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst in Krankenanstalten: Kopffzahlen nach Geschlecht, VZÄ nach Fondszugehörigkeit	94
Abbildung 34: Diätdienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst in Krankenanstalten: Kopffzahlen und VZÄ pro 100.000 EinwohnerInnen nach Bundesland (2014)	95
Abbildung 35: FH-Absolventinnen des Bachelorstudiums Hebamme	96
Abbildung 36: Hebammen in Krankenanstalten: Kopffzahlen nach Geschlecht, Vollzeitäquivalente (VZÄ) nach Fondszugehörigkeit	97
Abbildung 37: Hebammen in Krankenanstalten: Kopffzahlen und VZÄ pro 100.000 EinwohnerInnen nach Bundesland (2014).....	98
Abbildung 38: Gesamtübersicht der Hebammen in Österreich (absolut).....	99
Abbildung 39: Gesamtübersicht der Hebammen in Österreich pro 1.000 Lebendgeburten	100
Abbildung 40: Hebammen pro 1.000 Lebendgeburten	100
Abbildung 41: Organisation der Bedarfsplanung in England	114
Abbildung 42: Angebotssicherheit am Beispiel Nurses	115
Abbildung 43: Modellannahmen für die Berechnung des Angebots an Hebammen	117
Abbildung 44: Modellannahmen für die Berechnung des Bedarfs an Hebammen	118
Abbildung 45: Prognose für Hebammen 2011 – 2016	119
Abbildung 46: Prognose für Hebammen 2010 – 2019	120

1. Einleitung

Im Zuge der Implementierung der aktuellen Gesundheitsreform soll nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen nunmehr auch in Österreich eine bedeutendere Rolle zukommen. Das Wissen, was denkbar ist und welche Möglichkeiten sich daraus ergeben, ist aber noch sehr lückenhaft. Dieser Bericht beleuchtet die Rolle ausgewählter nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe der im Aufbau befindlichen Primärversorgungsstruktur in ausgewählten europäischen Ländern genauer.

Da der Hintergrund der Fragestellung in der Etablierung neuer Strukturen in der Primärversorgung liegt, ist die Ausprägung der Primärversorgung auch für die Auswahl der zu untersuchenden Länder von Bedeutung. Agieren die PrimärversorgerInnen als Koordinierungsstellen und Gatekeeper, erlangt ihre optimale Planung besondere Wichtigkeit. Starke Primärversorgung benötigt auch gut geplanten Zugang zu den GesundheitsdienstleisterInnen. Die entsprechenden Kapazitäten sollten optimalerweise „zur richtigen Zeit am richtigen Ort“ zur Verfügung stehen. Kringos et al. (2013) haben eine Klassifizierung europäischer Länder hinsichtlich der Stärke ihrer Primärversorgung (stark, mittel, schwach) erarbeitet. Die Klassifizierung basiert auf Indikatoren, die die Struktur der Primärversorgung (Governance, wirtschaftliche Bedingungen, Personalentwicklung) und den Primärversorgungsprozess (Zugänglichkeit, Leistungsumfang, Kontinuität der Versorgung, Koordination) mit einbeziehen. Die Länderauswahl konzentrierte sich daher auf jene Länder, deren Primärversorgungssysteme als stark klassifiziert wurden. Als zusätzliches Kriterium wurde die Datenverfügbarkeit herangezogen. Aus diesen Überlegungen heraus wurden die Länder **Deutschland¹, Finnland, Niederlande, Österreich und Vereinigtes Königreich (UK)** ausgewählt.

Dazu werden folgende Aspekte genauer betrachtet:

1. Der Zugang zum Beruf über die jeweiligen Ausbildungsinstitutionen wird verglichen und es wird dargestellt, ob und in welcher Form in den jeweiligen Ländern eine Registrierung vor Berufsausübung erforderlich ist.
2. Welche quantitative Bedeutung haben nicht-ärztliche medizinische Berufe in anderen europäischen Ländern? Die hierzu vorliegenden Daten werden für die einzelnen Berufe aufbereitet, um damit einen quantitativen Überblick zu schaffen, dem die österreichische Situation gegenübergestellt wird. Die beabsichtigte Einschätzung der österreichischen Situation sowie die Ableitung von Anpassungsnotwendigkeiten und

¹ Der Primärversorgung in Deutschland wird in der Studie von Kringos et al. (2013) nur eine mittlere Position zugestanden. Die Ähnlichkeit des deutschen und des österreichischen Gesundheitssystems einerseits und die relativ bessere Datenverfügbarkeit andererseits führten dennoch zur Auswahl von Deutschland als Vergleichsland. Spanien war als Vergleichsland angedacht, wurde aufgrund der schlechteren Datenlage jedoch nicht ausgewählt.

-möglichkeiten mussten jedoch unterbleiben, da die internationale Datenstruktur zu heterogen für belastbare Aussagen ist.

3. Besteht in den einzelnen Ländern Kapazitätsplanung für diese Berufe und, wenn ja, wie funktioniert diese? Schon im ärztlichen Bereich eine Herausforderung besteht noch weniger Wissen über die Kapazitätsplanung bei nicht-ärztlichen Berufen.

4. Das abschließende Kapitel zieht Schlussfolgerungen für Österreich.

Der vorliegende Bericht wäre nicht möglich gewesen ohne die Unterstützung zahlreicher Personen, die ihre Fachexpertise und/oder Zahlenmaterial bereitgestellt haben. Hierfür danken wir (in alphabetischer Reihenfolge) J.-A. Binder (MTD Austria), I. Bloemendaal (KIWA Niederlande), L. Gasser (Bundesministerium für Gesundheit), M. Hackl (Ergotherapie Austria), G. Jaksch (MTD Austria), G. Fülöp (GÖG), G. Hergovich (AQ Austria), J. Kühl (Deutscher Hebammenverband e. V.), I. Lauer (Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V.), D. Lehner (Statistik Austria), L. Meijer (BIG Register Niederlande), S. Mériaux-Kratochvila (Physio Austria), N. Muzar (Physio Austria), W. Schränkler (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.) und V. Slenter (Capaciteijtsorgaan, Niederlande).

2. Hintergrund: Gesundheitsberufe in der österreichischen Gesundheitsreform

Die Stärkung der Primärversorgung nach internationalem Vorbild wurde als zentrales Anliegen der aktuellen Gesundheitsreform in Österreich festgeschrieben. Die bestehende Form der Primärversorgung soll demnach dahin gehend weiterentwickelt werden, dass sie im Zusammenwirken von ÄrztInnen und den verschiedenen anderen Gesundheitsberufen im Vergleich zur heutigen Realität in einer organisatorisch gestärkten Form umfassende Funktionen übernehmen kann. Dabei soll insbesondere auch die Rolle der HausärztInnen bzw. der AllgemeinmedizinerInnen gestärkt werden. Als Zentrum der Neuausrichtung und Stärkung der Primärversorgung wird das Prinzip des Arbeitens in Netzwerken angesehen, sodass Gesundheitsdienstleistungen von strukturiert arbeitenden Teams aus ÄrztInnen und spezifischen Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens erbracht werden. Koordination und Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen sollen vertraglich abgesichert und damit letztendlich verbessert werden. (Zielsteuerung-Gesundheit 2015)

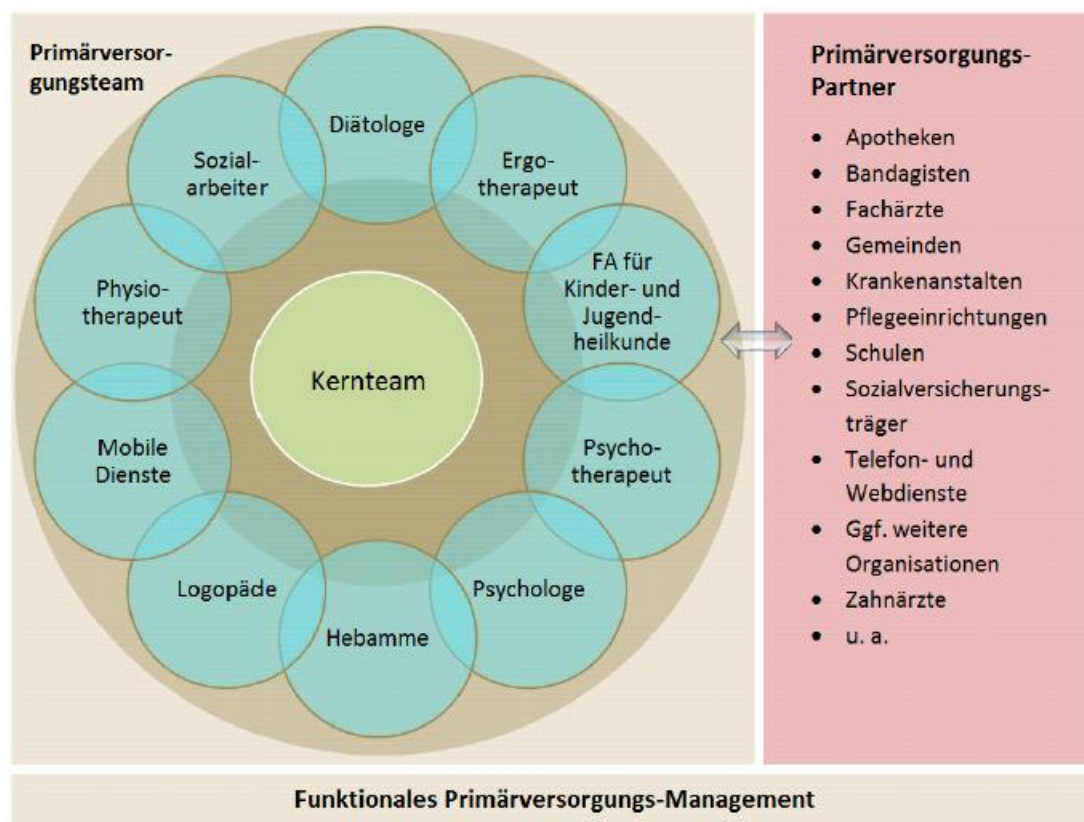
Primärversorgungsteams setzen sich aus einem Kernteam und weiteren strukturiert eingebundenen Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe zusammen. Die Festlegung von Art und Anzahl der vertretenen Berufsgruppen soll entsprechend den regionalen Erfordernissen (einschließlich der zeitlichen Erreichbarkeit) bedarfsorientiert auf Landesebene erfolgen.

In einem Primärversorgungsteam müssen zumindest die Berufsgruppen Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege sowie Ordinationsassistenten vertreten sein und das Team muss über Kompetenzen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, älteren Personen, PalliativpatientInnen sowie für Medikationsmanagement, Gesundheitsförderung und Prävention und psychosoziale Versorgung verfügen.

Die Einbindung weiterer Berufsgruppen in das Primärversorgungsteam erfolgt bedarfsabhängig. Eine Reihe von primärversorgungsrelevanten Berufsgruppen wird als vorrangig für eine verbindliche und strukturierte Einbindung in das Primärversorgungsteam genannt. Es sollen enger und regelmäßiger Kontakt (Teambesprechungen) sowie Austausch über die zu versorgenden Personen (Fallbesprechungen) zwischen Kernteam und den anderen Mitgliedern des Primärversorgungsteams bestehen.

Mit sogenannten PrimärversorgungspartnerInnen soll ebenfalls regelmäßiger Kontakt bestehen, jedoch ohne dass diese auch zu einem organisatorischen Teil der Primärversorgungsstruktur würden. Die möglichen in einer der beiden Funktionen (Teammitglied, PartnerIn) eingebundenen Berufsgruppen werden in Abbildung 1 aufgeführt.

Abbildung 1: Berufsgruppen in der neuen Primärversorgungsstruktur



Quelle: Zielsteuerung Gesundheit (2015).

Aus der in der Gesundheitsreform vorgesehenen Berufsstruktur der zukünftigen Primärversorgung in Österreich ergibt sich die Schwerpunktsetzung für den vorliegenden Bericht. Die Reform sieht, im Gegensatz zur aktuellen Situation, Gesundheits- und Krankenpflegekräfte zwingend als Mitglieder jedes Primärversorgungsteams vor, wenn auch das genaue zeitliche oder funktionelle Ausmaß ihrer Tätigkeit noch offen ist. Der vorliegende Bericht beschäftigt sich vorwiegend mit ausgewählten nicht-ärztlichen Berufen, die im Primärversorgungsteam vorgesehen sind und nicht dem Kernteam angehören. Mobiler Dienst, Psychologie und Psychotherapie wurden hierbei ausgeklammert, um den Umfang des Berichts nicht zu sprengen. Ebenso aus dem Bericht ausgeklammert bleiben die jeweiligen Hilfsqualifikationen, die zu den einzelnen Berufen bestehen (wie Pflegehilfe bzw. Pflegeassistenten).

3. Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe in ausgewählten europäischen Ländern

3.1. Internationale Definition des Berufs

3.1.1. Gesundheits- und Krankenpflege

Der International Council of Nursing (ICN) definiert eine Pflegeperson als eine Person, die eine grundlegende generalisierte Ausbildung abgeschlossen hat und von den zuständigen Regulierungsstellen im entsprechenden Land zur Ausübung des Pflegeberufs autorisiert wurde. Unter einer solchen Pflegeausbildung wird ein formal anerkanntes Ausbildungsprogramm verstanden, das eine breite und fundierte Grundlage in Verhaltens-, Lebens- und Pflegewissenschaften für die Ausübung der Pflege, für Führungsaufgaben und für weiterführende Ausbildung für spezialisierte Pflege oder Advanced Nursing Practice bietet. Pflegepersonen sind befähigt und befugt, (1) allgemeine Pflegeaufgaben auszuführen, einschließlich der Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung und Pflege von psychisch oder mental Erkrankten sowie beeinträchtigten Personen aller Altersstufen und in allen Gesundheitseinrichtungen und anderen Settings, (2) Gesundheitserziehung durchzuführen, (3) als vollwertige Mitglieder am Gesundheitsteam teilzunehmen, (4) Hilfskräfte in Pflege- und Gesundheitsberufen zu supervidieren und anzuleiten und (5) an Forschung teilzunehmen.²

3.1.2. Physiotherapie

Physiotherapie umfasst neben der Bewegungserziehung und krankengymnastischen Behandlungstechniken auch weitere meist physikalische Therapieformen wie Massage-, Elektro-, Licht- und Strahlentherapie sowie Hydro-, Balneo-, Thermo- und Inhalationstherapie. Zusätzlich werden in einzelnen Ländern unterschiedliche weitere Bereiche mit umfasst, wie Heilmassage in Österreich. (Lehmann et al. 2014:107)

Laut der World Confederation for Physical Therapy (WCPT), der internationalen physiotherapeutischen Berufsvertretung, besitzen PhysiotherapeutInnen folgende Qualifikationen und müssen diese auch ausüben:

- Durchführung umfassender Untersuchungen/Assessments von einzelnen PatientInnen oder den Bedürfnissen von PatientInnengruppen
- Evaluierung der Ergebnisse der Untersuchungen oder Assessments, um eine klinische Beurteilung zu treffen
- Formulierung von Diagnosen, Prognosen und Behandlungsplänen

² <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>

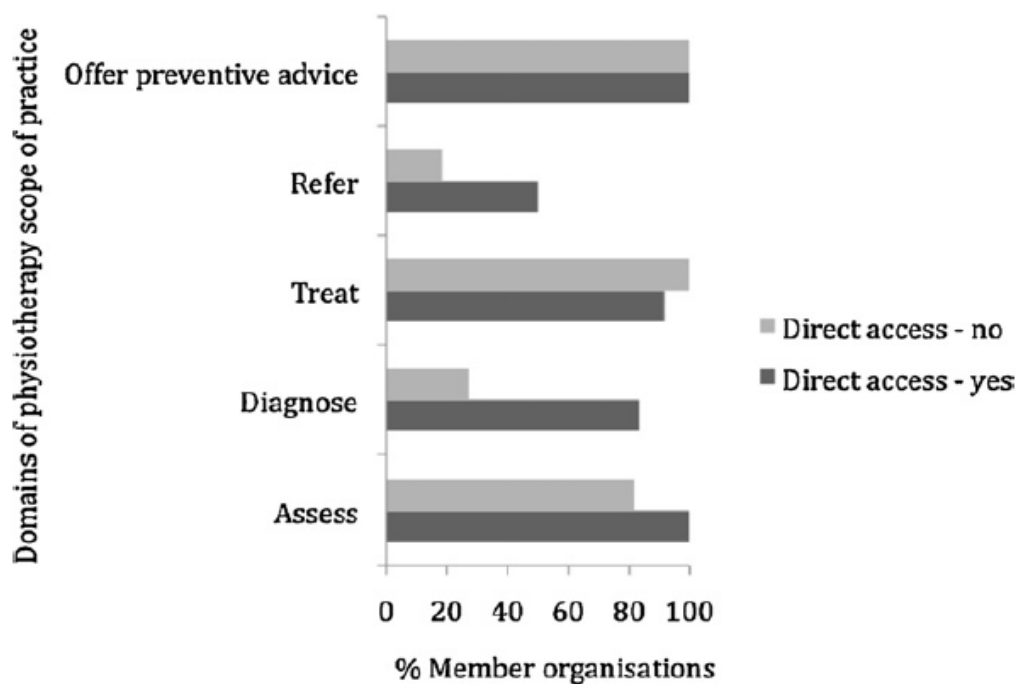
- Beratung innerhalb ihrer Expertise und Entscheidung, wenn PatientInnen an andere Gesundheitsberufe überwiesen werden sollten
- Durchführung der physiotherapeutischen Behandlungsplanung
- Bestimmung des Outcome von Interventionen oder Behandlungen
- Abgabe von Empfehlungen für das Selbstmanagement

Laut der WCPT agieren PhysiotherapeutInnen sowohl als unabhängige VersorgerInnen als auch als Mitglieder in Versorgungsteams. Sie haben die Fähigkeiten, um als Erstkontakt für PatientInnen zu fungieren, sodass PatientInnen auch ohne ärztliche Überweisung ihre Hilfe in Anspruch nehmen können.³

Das Tätigkeitsspektrum unterscheidet sich länderweise, insbesondere in Bezug auf die Erstellung von Diagnosen und das Recht, Überweisungen zu anderen GesundheitsdienstleisterInnen vorzunehmen (vgl. Abbildung 2). Eine von der WCPT durchgeführte Umfrage bei den nationalen Berufsvertretungen ergab, dass in 12 von 23 teilnehmenden EU-Mitgliedsstaaten direkter Zugang ohne ärztliche Überweisung regulatorisch vorgesehen ist, obwohl nach Auskunft der befragten Ländervertretungen die Ausbildung in 70 % der jeweiligen Länder ausreicht, um **Direktzugang zu Physiotherapie** zu rechtfertigen. Laut Umfrage besteht in Ländern, in denen Berufsneulinge noch nicht über diese Kompetenz verfügen, die Möglichkeit, die Kompetenzen über Masterprogramme oder eine bestimmte Zeitspanne supervidierter beruflicher Praxis oder beruflicher Weiterbildung zu erwerben. Wo das Recht zu überweisen, besteht, bezieht es allerdings meist nicht auf das öffentlich finanzierte Angebot. Generell lässt sich festhalten, dass in Ländern mit Direktzugang in der Regel auch das Tätigkeitsspektrum breiter ist. (Bury, Stokes 2013)

³ <http://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>

Abbildung 2: Unterschiede im Tätigkeitsspektrum der Physiotherapie nach Berechtigung zum Direktzugang



Quelle: Bury, Stokes (2013).

Ein Vergleich von direktem Zugang zu Physiotherapie versus ärztliches Überweisungserfordernis stellt dem direkten Zugang ein positives Zeugnis aus. Die inkludierten Studien enthielten statistisch signifikante Evidenz für höhere PatientInnenzufriedenheit und bessere Outcomes in der Interventionsgruppe, während die Zahl der Physiotherapiebehandlungen, der eingesetzten bildgebenden Verfahren und der Medikamentenverschreibungen niedriger als in der Kontrollgruppe mit ärztlicher Überweisung waren. Hinweise auf Nachteile für PatientInnen wurden nicht identifiziert. (Ojha et al. 2013)

Dementsprechend zählt die Erreichung des direkten Zugangs zu Physiotherapie, also ohne das Erfordernis einer ärztlichen Überweisung, auch zu den Zielen der WCPT. (WCPT 2014)

3.1.3. Ergotherapie

Die World Federation of Occupational Therapists (WFOT) versteht unter Ergotherapie einen klientInnenzentrierten Gesundheitsberuf, der durch Beschäftigung die Gesundheit fördert und das Wohlbefinden steigert. Das primäre Therapieziel liegt darin, Menschen die Teilhabe an den Aktivitäten des täglichen Lebens zu ermöglichen oder zu erleichtern. Ergotherapie erreicht dies durch Arbeit mit Einzelpersonen oder Gemeinschaften, um den Menschen die Ausübung jener Tätigkeiten zu erleichtern oder zu ermöglichen, die sie ausführen wollen, sollen oder die von ihnen erwartet werden, oder durch eine Modifikation der Tätigkeit oder der Umgebung in einer Weise, die die Ausübung der Aktivitäten unterstützt.⁴

3.1.4. Logopädie

Die International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP) sieht die Hauptaufgabe der Logopädie in der bestmöglichen Unterstützung von Personen mit Sprech- und Schluckbeschwerden, um deren Beschwerden zu verringern und ihre Lebensqualität zu verbessern. Hierzu beschäftigen sich LogopädInnen mit Prävention, Assessment, Interventionen, Management und Erforschung der menschlichen Kommunikations- und Schluckstörungen. Kommunikation schließt hierbei alle Prozesse und Funktionen bei der Sprachausübung, bei Verständnis und Produktion gesprochener und geschriebener Sprache wie auch der nonverbalen Kommunikation mit ein. Im logopädischen Kontext bezieht sich „Schlucken“ auf den sicheren Transport von Nahrung und Getränken durch den Mund- und Rachenraum, um optimale Ernährung zu ermöglichen (IALP 2009).

3.1.5. Diätologie

Die European Federation of the Associations of Dietitians (EFAD) hat sich im Jahr 2005 auf Kompetenz- und Performance-Indikatoren verständigt, die DiätologInnen aufweisen sollten. Diese Indikatoren wurden im Jahr 2014 erneut überprüft und liegen in unterschiedlichen Sprachen, einschließlich Deutsch, vor.⁵ Die EFAD versteht die Leistungsindikatoren als Leitlinien für ein Mindestmaß oder ein Fundament, sodass Ausbildungsinstitutionen in Zusammenarbeit mit praktizierenden DiätologInnen diese Leistungsindikatoren übernehmen und an ihren jeweiligen Kontext anpassen können. Dabei werden vier Bereiche unterschieden: ein Kompetenzbereich, der unabhängig vom spezifischen Einsatzgebiet abzudecken ist, und drei Kompetenzbereiche je nach dem spezifischen Arbeitssetting, nämlich klinischer Bereich, öffentliches oder lokales Gesundheitswesen und administrativer Bereich. Das beschriebene Kompetenzprofil fordert zwar nicht explizit einen Hochschulabschluss, die Beschreibung der geforderten Kompetenzen verdeutlicht diesen Anspruch jedoch recht eindeutig. So werden die übergreifenden Kompetenzen unter den

⁴ <http://www.wfot.org/aboutus/aboutoccupationaltherapy/definitionofoccupationaltherapy.aspx>

⁵ Frei zum Download unter <http://www.efad.org/everyone/1468/5/0/32>.

Titel „Allgemeinwissenschaftlich“ gestellt und umfassen unter anderem „1.5 Grundkenntnisse der wissenschaftlichen Forschung einschließlich der kritischen Beurteilung und Anwendung von Forschungsergebnissen“ und „1.6 Beschreibung grundlegender Forschungsmodelle“. DiätologInnen im öffentlichen und lokalen Gesundheitswesen sollen u. a. über die Kompetenz verfügen, „7.0 Forschung und Entwicklung in der Diätetik und ihrer wissenschaftlichen Komponente“ für ihre Arbeit zu nutzen.

3.1.6. Hebammenwesen

Die International Confederation of Midwives (ICM) hat grundlegende Kompetenzen für die Berufsausübung von Hebammen und darauf abgestimmt globale Standards für die Hebammenausbildung definiert. Auch hier verstehen sich die Standards als Mindestniveaus, die entsprechend den nationalen Gegebenheiten anzuheben oder zu erweitern sind.

3.2. Ausbildung

3.2.1. Gesundheits- und Krankenpflege

In vier der hier betrachteten Länder bestehen nebeneinander eine universitäre und eine nicht-universitäre Ausbildungsschiene für Gesundheits- und Krankenpflege. Allein das Vereinigte Königreich hat seit 2013 auf eine Graduate-only-Politik umgestellt und alle Berufsneulinge müssen nunmehr über einen Bachelorabschluss verfügen.⁶ Die Länge der Ausbildung beträgt – universitär wie nicht-universitär – zumindest drei Jahre in Vollzeit. Hierbei kommt der praktischen Ausbildung ein hoher Anteil der Ausbildungszeit zu.

⁶ In Österreich liegt ein Gesetzesentwurf vor, nach dem die Ausbildung in Krankenpflege im tertiären Sektor konzentriert werden und durch eine aufgewertete (zwei Ausbildungsjahre statt eines im Sekundarbereich), nunmehr als Pflegeassistenz bezeichnete Berufsgruppe ergänzt werden soll. Diese Planung dürfte allerdings erst mittelfristig wirksam werden. Die Erläuterungen zum Gesetzesentwurf nennen das Jahr 2024.

Tabelle 1: Fünfländervergleich der Pflegeausbildung

	Österreich	Deutschland	Finnland	Niederlande	Vereinigtes Königreich
Voraussetzung	(a) Erfolgreiche Absolvierung von zehn Schulstufen (b) Allgemeine Hochschulreife oder fachgebundene FH-Reife	(a) Abschluss einer Real- oder sonstigen zehnstufigen Schule (b) Allgemeine Hochschulreife oder fachgebundene FH-Reife	A-Level oder O-Level plus Berufsausbildung, d. h. eine Basisausbildung im sozialen oder Gesundheitsbereich Aufnahmeprüfung	(a) n. v. (b) Fachhochschulreife	Fünf GCSEs plus zwei A-levels oder äquivalent BA (30 Punkte) IELTS 7,0 Interview, Leumundszeugnis
Ausbildungsorganisation	(a) Schule für 1. Gesundheits- und Krankenpflege 2. Kinder- und Jugendlichenpflege 3. psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege (b) Fachhochschule	(a) Schule für Gesundheits- und Krankenpflege (b) Fachhochschule oder Universität	An angewandten Universitäten, auch Polytechnikum genannt, oder an Universitäten	(a) Berufsfachschule (b) Fachhochschule (Hogeschool)	Universität
Dauer	3 Jahre, 4.600 Stunden, bei definierten Vorerfahrungen auch kürzer	(a) 3 Jahre, 4.600 Stunden (b) Ab 3 Jahren	(a) Registered Nurse: 3,5 Jahre (b) Public Health Nurses und Paramedics: 4 Jahre	4 Jahre	3-4 Jahre
Praxisdauer	Hälfte der Ausbildungszeit, gesonderte Regelungen für (a) 2. und 3. Z. B. FH Campus Wien: 48 von 108 Unterrichtswochen klinische Praktika, FH Salzburg: 2.300 Stunden Praktika	(a) 2.500 Stunden praktische Ausbildung (b) Unterschiedlich	90 ECTS x 27 Stunden = 2.430 Stunden	n. v. n. v.	Hälfte der Ausbildungszeit
ECTS	(b) 180 ECTS	(b) Je nach Studiendauer mindestens 180 ECTS	(a) 210 ECTS für Vollzeitstudierende (Jugendliche), 180 ECTS berufsbegleitend (b) 240 ECTS	(b) 240 ECTS	180 ECTS
Abschluss	(a) Diplom (b) BSc inkl. Berufsberechtigung, Master ist möglich	(a) Diplom (b) BA oder BSc, Master ist möglich	BA Nach 3 Jahren im Beruf Spezialisierung mit einjährigem Master (50 ECTS) oder Ausbildung zur ANP möglich	BN (Berufsbezeichnung: Middelbaar Beroeps Opleiding, kurz MBO)	Seit 2013 nur noch BA. Master als NP oder CNS 9 Berufslevels für Nurses

3.2.2. Physiotherapie

Die Europaregion der WCPT formulierte 2014 eine Vision, die die Ausbildung in Physiotherapie bis 2020 erreicht haben soll (WCPT 2014:4). Demnach soll bereits die erste berufliche Qualifikation auf dem Abschluss eines Curriculums aufbauen, das die TherapeutInnen zur selbstständigen Berufsausübung befähigt. Bereits bei Berufseintritt soll ein tertiärer Bildungsabschluss (Bachelor) in Physiotherapie vorliegen, der den WCPT-Standards und -Empfehlungen entspricht. Die Physiotherapieausbildung sollte auf Master- und Doktoratsniveau fortgesetzt werden können.

Diese Anforderungen werden in den für diesen Bericht ausgewählten Ländern weitgehend erfüllt, zumindest bezogen auf neu in die Berufstätigkeit Eintretende. In allen Ländern außer Deutschland ist ein entsprechender Abschluss auf Bachelorniveau bereits die faktische⁷ Eingangsqualifikation. In Deutschland hingegen bilden nach wie vor Fachschulen die reguläre Ausbildungsschiene für Physiotherapie, während Ausbildungen an (Fach-) Hochschulen noch Modellcharakter haben. An Fachhochschulen bestehen duale Ausbildungen, bei denen eine reguläre Fachschulausbildung durch ein Fachhochschulprogramm ergänzt wird, sodass erfolgreiche AbsolventInnen schlussendlich über zwei anerkannte Abschlüsse verfügen: den zur Berufsausübung berechtigenden Fachschulabschluss und den akademischen Abschluss (Bachelor) der Fachhochschule.

Dennoch bestehen internationale Unterschiede, was besonders an der geforderten Mindestanzahl von Ausbildungsstunden deutlich wird: Diese liegt in den Niederlanden beim Doppelten des Vergleichswerts im Vereinigten Königreich. Die von der WCPT vorgesehene Dauer von zumindest 1.000 Stunden Ausbildungspraxis wird im Vereinigten Königreich erfüllt und in den anderen betrachteten Ländern meist überschritten. Auch wird bereits in allen betrachteten Ländern eine weiterführende Ausbildung auf zumindest Masterniveau angeboten. Auch hier hinkt Deutschland etwas nach.

⁷ In Österreich ist die Ausbildung an Akademien noch erlaubt. Allerdings haben bereits fast alle Ausbildungsstätten den Umstieg auf Fachhochschulen vollzogen. Die Erlaubnis für eine Ausbildung an Akademien läuft mit dem im Jahr 2019 beginnenden Ausbildungsjahrgang aus.

Tabelle 2: Fünfländervergleich der Physiotherapieausbildung

	Osterreich	Deutschland	Finnland	Niederlande	Vereinigtes Königreich
Voraussetzung	Allgemeine oder fachgebundene (Fach-) Hochschulreife	Zehnjährige Schulausbildung bzw. allgemeine oder fachgebundene (Fach-) Hochschulreife	Zulassung zu Universität oder Polytechnikum (entspricht Fachhochschule)	Allgemeine oder fachgebundene (Fach-) Hochschulreife	2 oder 3 A-levels, und fünf GCSEs (Note A-C), oder andere Qualifikation im Gesundheitsbereich
Ausbildungsorganisation	FH (Übergangsregelung bis 2019 für Akademien)	Traditionell nicht universitär, seit 2001 auch duale Ausbildung mit FHs, seit 2009 reine FH-Programme (Modellklausel)	Polytechnische Schulen	FH (Hogeschool)	Universität
Dauer	3 Jahre, 4.500 Stunden	3 Jahre, 4.500 Stunden Modellklausel: 3,5 – 4 Jahre, 6.300 Stunden	Alle Programme 3,5 – 4 Jahre	4 Jahre, ca. 6.500 Stunden	3 – 4 Jahre, mind. 3.000 Stunden
Praxisdauer	25 % des Gesamtarbeitsaufwands der 3 Jahre, d. h. mind. 1.125 Stunden	1.600 Stunden	53 ECTS x 27 Stunden = 1.431 Stunden	Mind. 1.200 Stunden klinische Praxis	Ca. 1.000 Stunden klinische Praxis
ECTS	180 ECTS	210 ECTS	210 ECTS	240 ECTS	180 ECTS
Abschluss	BSc Masterabschluss möglich	Berufszulassung und ggf. Bachelor	Bachelor Master- und Doktoratsabschluss möglich	Bachelor Master- und Doktoratsabschluss möglich	BSc (Hons) MSc in allen 4 Teilen des UK möglich

Quelle: IHS (2016).

3.2.3. Ergotherapie

Der Council of Occupational Therapy – European Region (COTEC), der europäische Zweig des internationalen Berufsverbands, vertritt die Ansicht, dass für die Anwendung von Ergotherapie eine Ausbildung auf Bachelorniveau die Minimalqualifikation darstellen sollte, und setzte in seiner Deklaration von 2002 das Jahr 2007 als Ziel für die Erreichung dieser Standards fest. Die World Federation of Occupational Therapy (WFOT) sieht Evidence-based Practice als Basis allen therapeutischen Handelns sowie der Ausbildungsprogramme für Ergotherapie in Europa an. Die Programme sollten weiters den von der WFOT ausgearbeiteten Mindeststandards entsprechen, die auch eine Weiterentwicklung der Qualitätsstandards unterstützen. Die Standards berücksichtigen die Dynamik bei der Entwicklung von Ausbildungsprogrammen sowie regionale Unterschiede. Die Standards sehen vor, dass Bachelor- und Diplomprogramme über mindestens 90 Wochen laufen müssen. Die Ausbildung soll Praxis im Umfang von mindestens 1.000 Stunden beinhalten, die über die Ausbildungslaufzeit verteilt sein sollen. (Sinclair 2005)

In vier der fünf Vergleichsländer wird von Berufsneulingen ein entsprechender akademischer Abschluss auf Bachelorniveau verlangt. In Deutschland besteht neben den Fachhochschulen nach wie vor eine große Anzahl von Fachschulen, die eine Ausbildung anbieten, die zur Ausübung von Ergotherapie berechtigt. Die Niederlande liegen mit einer generellen Ausbildungsdauer von vier Jahren am oberen Ende, Österreich und Deutschland mit drei Jahren am unteren Ende. Dementsprechende Unterschiede bestehen beim Studienumfang, der zwischen 180 ECTS (Österreich) und 240 ECTS (Niederlande) liegt. In allen Ausbildungsprogrammen wird auf den Erwerb praktischer Erfahrungen Wert gelegt und der Umfang der geforderten Ausbildungsstunden in diesem Bereich liegt auch über der von der WFOT formulierten Marke von 1.000 Stunden.

Tabelle 3: Fünfländervergleich der Ergotherapieausbildung

	Osterreich	Deutschland	Finnland	Niederlande	Vereinigtes Königreich
Voraussetzung	Allgemeine oder fachgebundene (Fach-) Hochschulreife	Zehnjährige Schulausbildung bzw. allgemeine oder fachgebundene (Fach-) Hochschulreife	Zulassung zu Universität oder Polytechnikum (entspricht Fachhochschule)	Allgemeine oder fachgebundene (Fach-) Hochschulreife	Hochschulreife
Ausbildungsorganisation	FHs (Übergangsregelung bis 2019 für Akademien, nicht ausgenutzt)	Traditionell nicht universitär Einzelne duale Ausbildungsprogramme im tertiärem Bereich Seit 2009 auch reine FH-Programme (Modellklausel)	Polytechnische Schulen	FH (Hogeschool)	Universität
Dauer	3 Jahre, 4.500 Stunden	3 Jahre Minimum, 4.400 Stunden	3,5 Jahre	4 Jahre	3 – 4 Jahre Kürzere Ausbildungen für PraktikerInnen
Praxisdauer	25 % des Gesamtarbeitsaufwands der 3 Jahre, demnach mind. 1.125 Stunden	1.700 Stunden	Ca. 1.250 Stunden	1.600 Stunden	Berufspraktikum von mind. 1.000 Stunden
ECTS	180 ECTS	Je nach Länge ab 180 ECTS	210 ECTS	240 ECTS	180 ECTS
Abschluss	BSc in Health Sciences MSc in Health Sciences möglich	Berufszulassung und ggf. BSc	Bachelor	Bachelor Masterstudium oder Postgraduate-Kurse möglich	Bachelor Weiterführender MA möglich

Quelle: IHS (2016).

3.2.4. Logopädie

Das Standing Liaison Committee of E.U. Speech and Language Therapists and Logopedists (CPLOL) sieht bereits in seiner Resolution von 2003 den Master als Einstiegsniveau für die Berufsausübung vor. Diese Voraussetzung wird allerdings derzeit nur in einem der Vergleichsländer erfüllt, nämlich in Finnland. In Österreich und den Niederlanden ist ein entsprechender Fachhochschulabschluss auf Bachelorniveau als Eingangsqualifikation für die Berufsausübung vorgesehen. In Deutschland bestehen neben den Fachhochschulen nach wie vor Fachschulen, die eine Logopädieausbildung anbieten. Im Vereinigten Königreich gibt es neben Ausbildungen auf Undergraduate-Niveau auch Postgraduate-Ausbildungen. Bei Vorliegen von Abschluss und Berufserfahrung in einer verwandten Disziplin kann ein kürzerer Ausbildungsweg absolviert werden. Damit verlangt Finnland die anspruchsvollste Ausbildung, mit einer generellen Ausbildungsdauer von fünf Jahren einschließlich absolvierten Masterprogramms. Deutschland liegt mit der Mindestqualifikation von drei Jahren Ausbildung, die nicht akademisch sein muss, am unteren Ende. Dementsprechende Unterschiede bestehen beim Studienumfang, der zwischen 300 ECTS (Finnland) und im akademischen Bereich 180 ECTS (Österreich) liegt.

Als Eingangsvoraussetzung für die Ausbildung ist in der Regel neben der (Fach-)Hochschulzulassung auch die Absolvierung eines Stimm- und/oder eines Sprachtests vorgesehen, im Vereinigten Königreich zusätzlich auch Berufserfahrung in einem Sozial- oder Gesundheitsberuf.

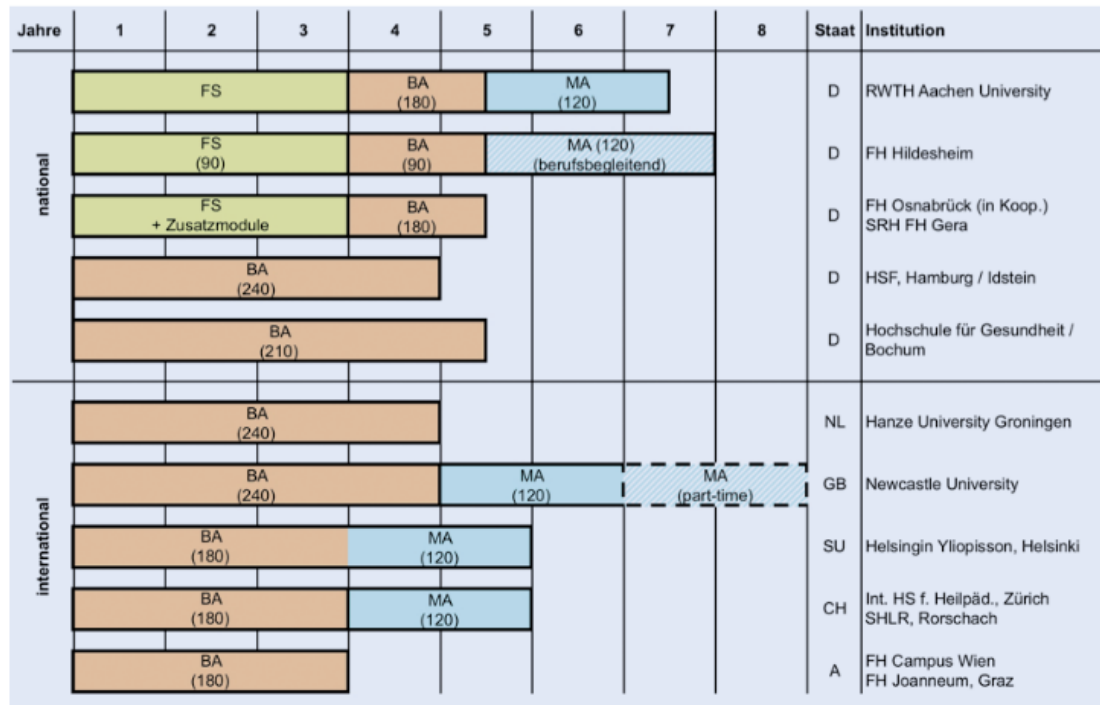
Tabelle 4: Fünfländervergleich der Logopädieausbildung

	Osterreich	Deutschland	Finnland	Niederlande	Vereinigtes Königreich
Voraussetzung	Allgemeine oder fachgebundene (Fach-) Hochschulreife	Zehnjährige Schulausbildung bzw. allgemeine oder fachgebundene (Fach-) Hochschulreife	Bachelor plus mündliche und schriftliche Aufnahmeprüfung (Plan: 10 – 30 Studierende an jeder der 5 Unis)	Hochschulzugangsberechtigung, Stimm- und Sprachtest	a) Zumindest 3 A-levels b) Bachelor in Logopädie oder zweijähriger Postgraduate-Kurs und Praxiserfahrung
Ausbildungsorganisation	FH bzw. Donau-Universität Krems (Übergangsregelung bis 2019 für Akademien, nicht ausgenutzt)	Traditionell nicht universitär Seit 2001 zusätzlich duale Ausbildung Seit 2009 FH-Programme mit Bachelor (Modellklausel)	Universität	(Fach-)Hochschulausbildung	Universität
Dauer	3 Jahre, 4.500 Stunden	a) 3 Jahre, 3.840 Stunden b) Dual: 3 Jahre Fachschule und 1,5 Jahre FH c) Bachelorprogramme: 3 – 4 Jahre Vollzeit, bei Teilzeit länger	5 Jahre (3 Jahre Bachelor plus 2 Jahre Master)	4 Jahre	a) Undergraduate: 3 – 4 Jahre b) Master
Praxisdauer	25 % des Gesamtarbeitsaufwands der 3 Jahre, d. h. mind. 1.125 Stunden	Nicht universitär 2.100 Stunden	n. v.	n. v.	n. v.
ECTS	180 ECTS	180 – 240 ECTS (Bachelor) 210 – 300 ECTS (Master)	300 ECTS	240 ECTS (Bachelor)	240 ECTS (Bachelor) 360 ECTS (Master)
Abschluss	BSc (FH) und MSc (Krems)	Berufszulassung und ggf. BSc Master möglich	Master Weiterführender PhD möglich	Bachelor Master (verschiedene Möglichkeiten)	Bachelor oder Master

Quelle: IHS (2016).

Scharff-Rehfeldt und Heinzelmann (2013) diskutieren primärqualifizierende Ausbildungen für Logopädie im Vergleich der Länder Deutschland, Finnland, Niederlande, Österreich, Schweiz und Vereinigtes Königreich. Bezogen auf die akademische Ausbildung in Deutschland kritisieren sie die längere Ausbildungsdauer im dualen Modell (dreijährige Fachschule plus 1,5 Jahre Bachelorprogramm) verglichen mit der primärqualifizierenden Variante. Mag dies bezüglich der Anzahl von Ausbildungsjahren auch berechtigt sein, so steht dem Argument doch das vergleichsweise jüngere Mindestalter bei Ausbildungseintritt entgegen, da primärqualifizierende Bachelorprogramme Abitur und damit mehr Schuljahre bei Ausbildungseintritt voraussetzen.

Abbildung 3: Akademische Ausbildungswege sowie Ausbildungsstrukturen für Logopädie im Vergleich ausgewählter europäischer Länder



Quelle: Scharff-Rehfeldt, Heinzelmann (2013).

3.2.5. Diätologie

In vier der fünf Vergleichsländer ist ein entsprechender (Fach-)Hochschulabschluss die notwendige Voraussetzung, um als DiätologIn (in der jeweils national üblichen Bezeichnung) zu arbeiten. In Deutschland besteht nach wie vor die Möglichkeit einer Fachschulausbildung zum Erwerb der Berufszulassung (vgl. Tabelle 5). Die Dauer der Ausbildung unterscheidet sich in den Ländern. In Deutschland, Österreich und dem Vereinigten Königreich ist eine Ausbildung von drei Jahren Mindeststandard, in den Niederlanden dauert die Ausbildung wie auch in den anderen hier besprochenen Gesundheitsberufen vier Jahre und in Finnland wird zusätzlich zur Ausbildung auf Bachelorniveau die Absolvierung eines Masterprogramms verlangt, was zu einer Ausbildungsdauer von fünf Jahren führt. Diese Ausbildungslänge erreichen Programme im Vereinigten Königreich dann, wenn eine (andere) Gesundheitsausbildung auf Bachelorniveau mit einem Master in Dietetics kombiniert wird.

Tabelle 5: Fünfländervergleich der Diätologieausbildung

	Osterreich	Deutschland	Finnland	Niederlande	Vereinigtes Königreich
Voraussetzung	Allgemeine oder fachgebundene (Fach-) Hochschulreife	Zehnjährige Schulausbildung (versch. Varianten) bzw. allgemeine oder fachgebundene (Fach-) Hochschulreife	Hochschulzulassung	Hochschulzulassung	Universitätszulassung (Abschlussnoten; Science-Fächer abgedeckt)
Ausbildungsorganisation	FH (Übergangsregelung bis 2019 für Akademien, nicht ausgenutzt)	Traditionell in Berufsfachschulen Zusätzlich FHs und Universitäten mit BSc-Programmen	Universitäten (Nutrition)	(Fach-)Hochschulen	Universität
Dauer	3 Jahre, 4.500 Stunden	Nicht universitär: 3 Jahre, 3.050 Stunden FH/Uni: 3 Jahre	5 Jahre	4 Jahre	Undergraduate: 3 – 4 Jahre (Vollzeit) Postgraduate: 2 Jahre (Vollzeit)
Praxisdauer	25 % des Gesamtarbeitsaufwands der drei Jahre, d. h. mind. 1.125 Stunden	Nicht universitär: 1.400 Stunden praktische Ausbildung, mind. 6 Wochen Krankenhauspraktikum	2 x 6 Wochen Praktikum	Mind. 20 Wochen	Mind. 1.000 Stunden
ECTS	180 ECTS	Variiert 180 – 210 ECTS	n. v.	240 ECTS	n. v.
Abschluss	BSc MSc in Ernährungsmedizin möglich (FH Joanneum)	Berufszulassung und ggf. BSc in Dietetics	Master	Bachelor	Undergraduate: BSc (Hons) in Dietetics Postgraduate: Postgraduate Diploma (PgDip) oder MSc in Dietetics

Quelle: IHS (2016).

3.2.6. Hebammenwesen

Zu den von der International Confederation of Midwives (ICM) beschlossenen Mindeststandards für die Hebammenausbildung (ICM 2010) zählen:

- Die Eingangsqualifikation für die Hebammenausbildung ist der Abschluss einer Schulbildung auf der Sekundarstufe.
- Die Mindestdauer eines grundständigen Ausbildungsprogramms ist drei Jahre.
- Die Mindestdauer eines Ausbildungsprogramms, das nach einer Ausbildung in Krankenpflege oder einem anderen Gesundheitsberuf anschließt, ist 18 Monate.
- Die Ausbildungszeit sollte mindestens 40 % Theorie und mindestens 50 % Praxis umfassen.

Die Anforderung an die Ausbildungslänge wird in allen fünf betrachteten Ländern erfüllt. In Finnland erfolgt dies, indem die Ausbildung zur Hebamme als 1,5-jährige Ergänzung zur Krankenpflegeausbildung vorgesehen ist. Die grundständige Hebammenausbildung im Vereinigten Königreich entspricht dem Standard. Auch die Ergänzungsausbildung für registrierte Nurses entspricht mit 18 Ausbildungsmonaten über drei Jahre den ICM-Standards. Nur in Deutschland ist aktuell noch eine nicht-universitäre Ausbildung Standard. Die Möglichkeit für eine universitäre Ausbildung wurde aber auch in diesem Beruf über die „Modellklausel“ eingeräumt.

Der Benchmark von (mindestens) 50 % Praxis in der Ausbildung wird in den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich erfüllt. Deutschland liegt mit 3.000 von 4.600 Stunden deutlich über dem Mindestmaß. Die gesetzliche Vorgabe in Österreich (mindestens 25 % Praxis) ermöglicht die Erfüllung dieses Standards, schreibt sie aber nicht vor.

Tabelle 6: Fünfländervergleich der Hebammenausbildung

	Osterreich	Deutschland	Finnland	Niederlande	Vereinigtes Königreich
Voraussetzung	Hochschulzugangsberechtigung oder einschlägige berufliche Qualifikation	Zehnjährige Schulausbildung (versch. Varianten) bzw. allgemeine oder fachgebundene (Fach-) Hochschulreife	Dreijährige Ausbildung zur Nurse	Hochschulzugangsberechtigung	Universitätszulassung (Science muss im Schulabschluss abgedeckt sein) und Aufnahmeprüfung
Ausbildungsorganisation	FH	Traditionell nicht universitär Seit 2009 (Fach-) Hochschulen (Modellklausel)	Universität	(Fach-)Hochschule	Colleges
Dauer	3 Jahre, 4.500 Stunden	Nicht universitär: 3 Jahre, 4.600 Stunden Modellklausel: 3 – 4 Jahre	1,5 Jahre	4 Jahre, 6.800 Stunden	3 Jahre zu je 45 Programmwochen oder 18 Monate für bereits registrierte Nurses
Praxisdauer	25 % des Gesamtarbeitsaufwands der drei Jahre, d. h. mind. 1.125 Stunden	3.000 Stunden	39 ECTS x 27 Stunden = 1.053 in praktischer Ausbildung	2 Jahre Praktika	2.500 Stunden Praxis
ECTS	180 ECTS	180 – 240 ECTS	270 ECTS	240 ECTS	180 ECTS
Abschluss	BSc	Berufszulassung bzw. BSc, in zwei Programmen BA	Bachelor	Bachelor Masterprogramm möglich, wenn Krankenhaustätigkeit angestrebt	BSc (Hons)

Quelle: IHS (2016).

3.3. Quantitative Dimension

3.3.1. Gesundheits- und Krankenpflege

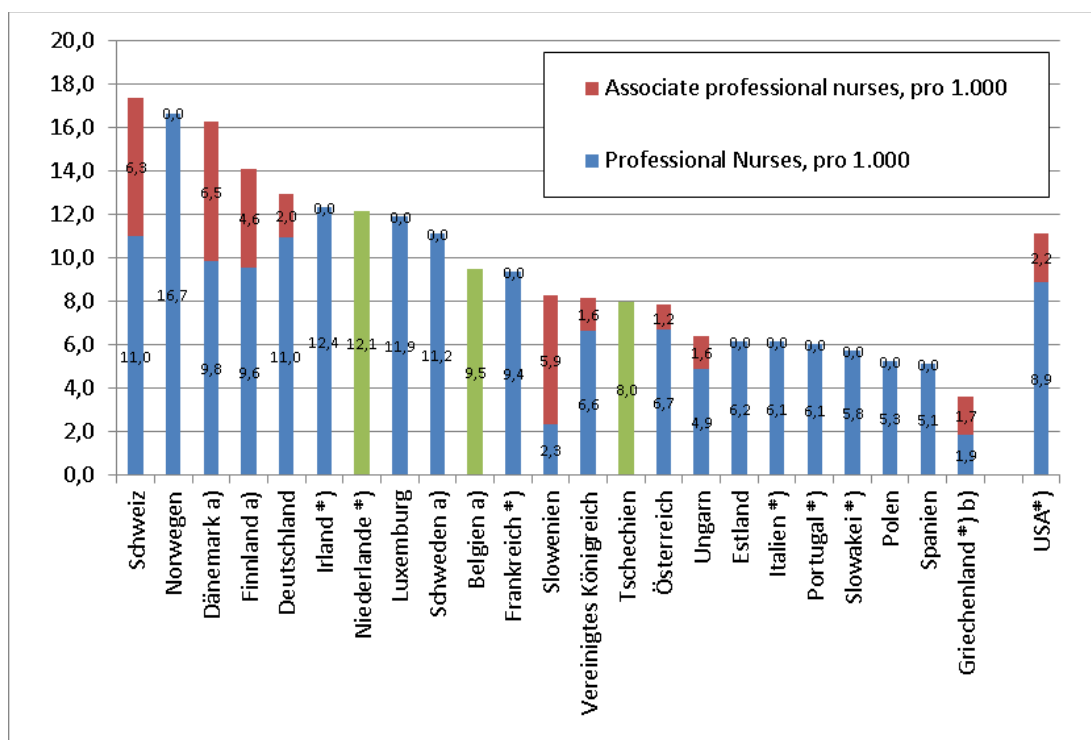
Die OECD unterscheidet in ihren Statistiken hinsichtlich des Krankenpflegepersonals zwischen (1) Professional Nurses⁸ und (2) Associate Professional Nurses⁹. In Österreich zählen die gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege (GKP) zu (1) bzw. Pflegehilfe zu (2). Ein Vergleich von Österreich mit den anderen OECD-Ländern ist nur sehr eingeschränkt möglich, da für Österreich lediglich Daten aus dem Bereich der Krankenanstalten vorliegen. Im OECD-Ländervergleich können insbesondere die Nordländer Norwegen, Dänemark und Finnland durch eine hohe Dichte an Krankenpflegepersonal charakterisiert werden, aber auch die Schweiz und Deutschland rangieren im Hinblick auf das Krankenpflegepersonal an der Spitze (vgl. Abbildung 4).

Im Verhältnis zum ärztlichen Personal gibt es beispielsweise in Finnland, Dänemark und der Schweiz viel Krankenpflegepersonal. In Finnland arbeiten beispielsweise rund fünfmal so viele Krankenpflegepersonen wie ÄrztInnen. In den südeuropäischen Ländern Italien, Spanien und Griechenland spielt die ärztliche Versorgung im Vergleich zur Versorgung mit Krankenpflegepersonal eine größere Rolle (vgl. Abbildung 5).

⁸ OECD-Definition: "Nursing professionals assume responsibility for the planning and management of the care of patients, including the supervision of other health care workers, working autonomously or in teams with medical doctors and others in the practical application of preventive and curative measures." Inclusion: Clinical nurse, District nurse, Nurse anaesthetist, Nurse educator, Nurse practitioner, Public health nurse, Specialist nurse.

⁹ OECD-Definition: "Nursing associate professionals generally work under the supervision of, and in support of implementation of health care, treatment and referrals plans established by medical, nursing and other health professionals." Inclusion: Assistant nurse, Enrolled nurse, Practical nurse.

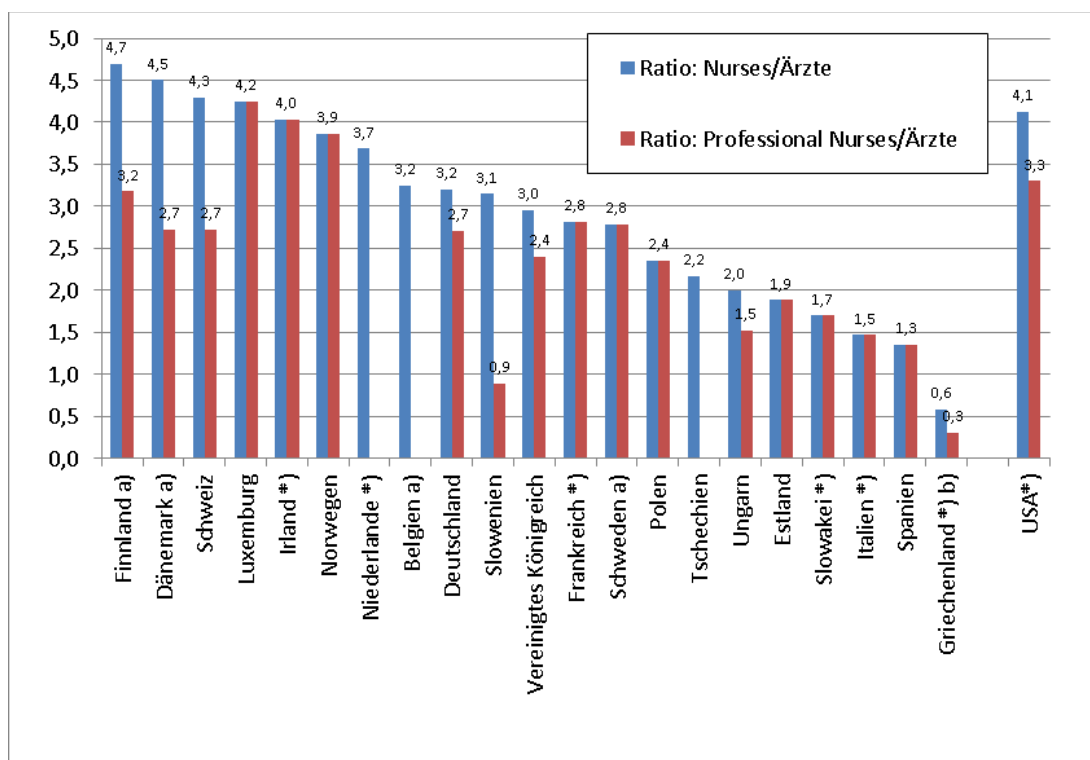
Abbildung 4: Praktizierendes Krankenpflegepersonal pro 1.000 EinwohnerInnen (2013 oder letztverfügbares Jahr)



Anmerkungen: Belgien, Niederlande und Tschechien: Differenzierung nicht verfügbar; Österreich: ausschließlich Krankenanstalten; a) 2012; b) 2011; *) Professionally Active Nurses (praktizierende GKP plus GKP in Verwaltung, Management oder Forschung)

Quelle: OECD Health Statistics (2015), IHS (2016).

Abbildung 5: Ratio von (Professional) Nurses und ÄrztInnen (2013 oder letztverfügbares Jahr)



Anmerkungen: Differenzierung für Belgien, Niederlande und Tschechien nicht verfügbar

a) 2012

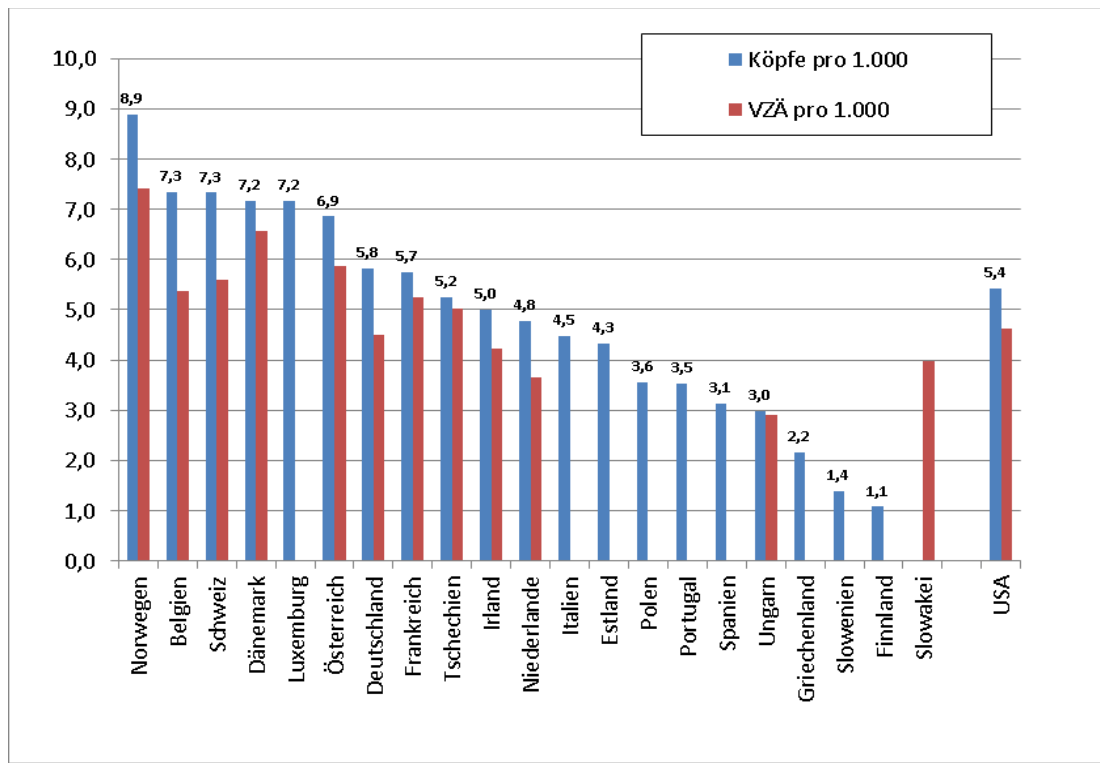
b) 2011

*) Professionally Active Nurses (praktizierendes GKP plus GKP in Verwaltung, Management oder Forschung)

Quelle: OECD Health Statistics (2015), IHS 2016.

Ein internationaler Vergleich Österreichs ist ausschließlich im Spitalssektor möglich. Die Spitallastigkeit Österreichs spiegelt sich in der Gegenüberstellung des vollzeitäquivalenten Krankenpflegepersonals (und Hebammen) pro 1.000 EinwohnerInnen wider. Hinter Norwegen und Dänemark rangiert Österreich an dritter Stelle (vgl. Abbildung 6). Was die Zusammensetzung des Personals in Krankenanstalten betrifft, weist Österreich einen leicht überdurchschnittlichen Anteil an ärztlichem Personal sowie ebenfalls einen überdurchschnittlichen Anteil an Personen des gehobenen Diensts der Gesundheits- und Krankenpflege auf.

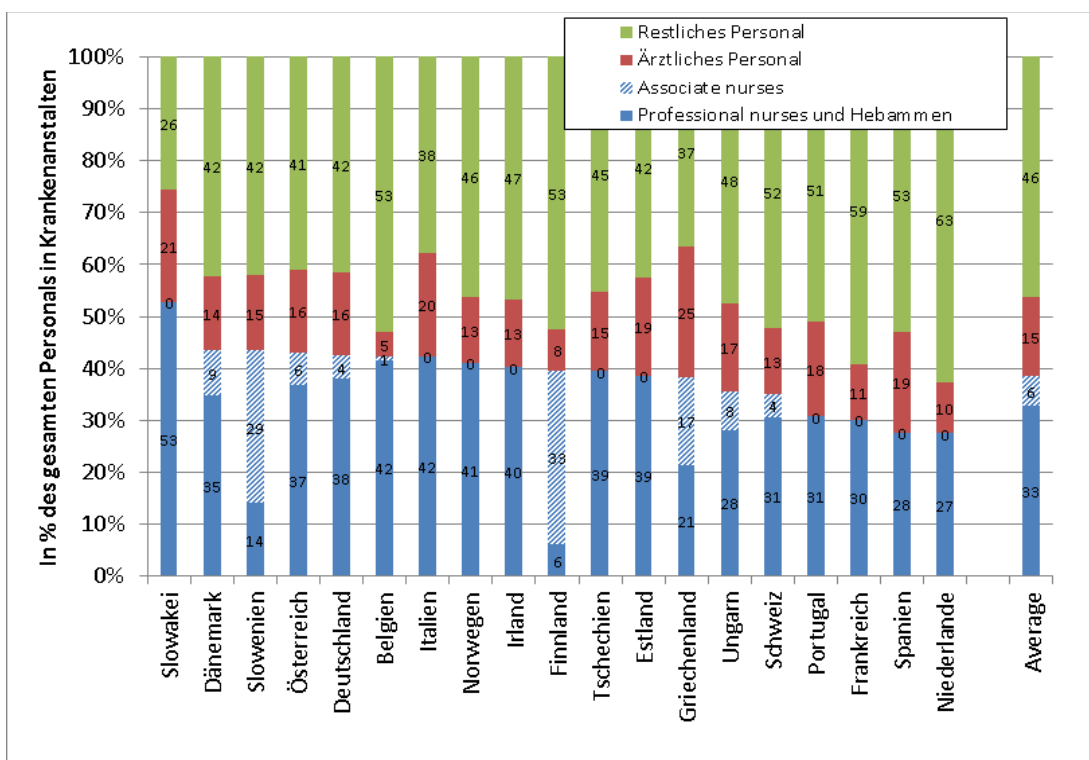
Abbildung 6: Professional Nurses (und Hebammen) im Spitalssektor (2013 oder letztverfügbares Jahr)



Anmerkungen: Belgien, Finnland, Italien, Dänemark: 2012; Griechenland: 2011

Quelle: OECD Health Statistics (2015), IHS (2016).

Abbildung 7: Verteilung ausgewählter Gesundheitsberufe in Krankenanstalten (2013 oder letztverfügbares Jahr)



Anmerkungen: Finnland, Griechenland, Italien, Portugal, Slowenien, Spanien: Köpfe; Belgien, Finnland, Italien: 2012; Griechenland: 2011

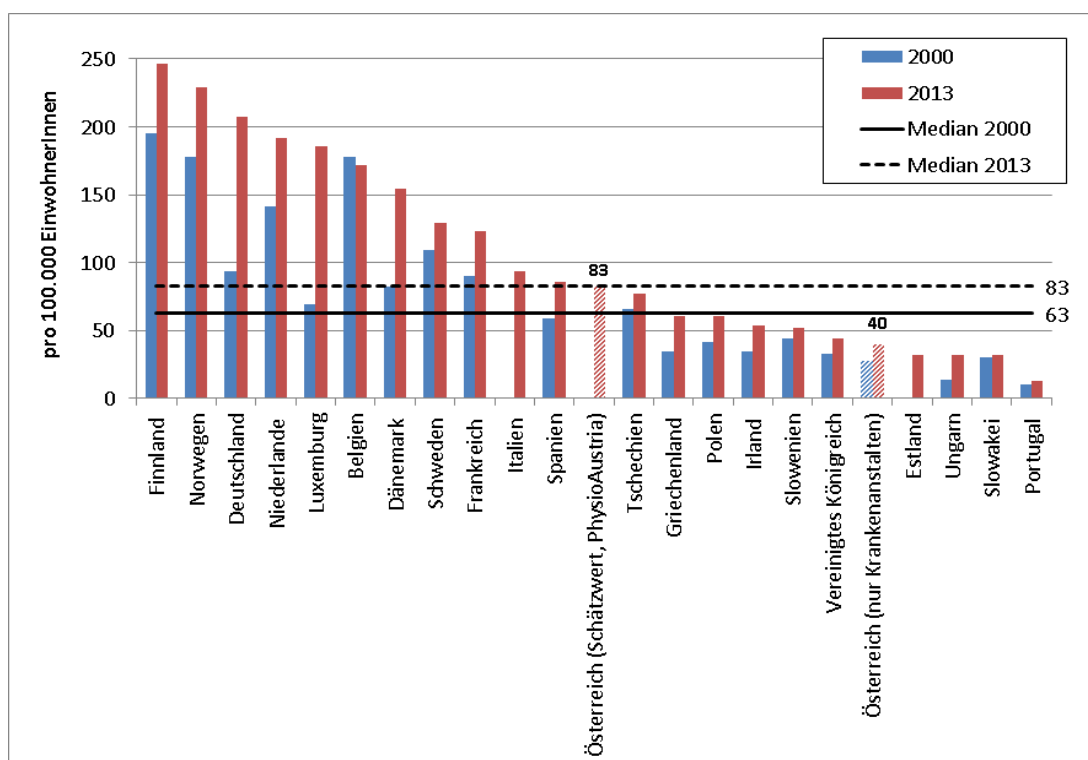
Quelle: OECD Health Statistics (2015), IHS (2016).

3.3.2. Physiotherapie

Der Berufsverband der PhysiotherapeutInnen Österreichs, Physio Austria, schätzt die Anzahl der praktizierenden PhysiotherapeutInnen in Österreich auf rund 7.000 Personen. Dies entspricht einem Wert von 83 PhysiotherapeutInnen pro 100.000 EinwohnerInnen. Österreich liegt damit bei der Dichte an PhysiotherapeutInnen im Mittelfeld des OECD-Ländersample (vgl. Abbildung 8). Durch eine hohe PhysiotherapeutInnendichte können insbesondere die nordischen Länder Finnland und Norwegen sowie die Beneluxstaaten charakterisiert werden, aber auch Deutschland weist eine hohe Dichte auf, wobei zugleich auffällt, dass sich diese seit dem Jahr 2000 sogar mehr als verdoppelt hat.

Der internationale Vergleich ist jedoch mit Vorsicht zu interpretieren. Die Datenlieferungen bestimmter Länder enthalten beispielsweise nur bestimmte Gesundheitssektoren (das Vereinigte Königreich z. B. nur den öffentlichen Sektor). Zudem decken die Daten einerseits nur an PatientInnen arbeitendes Personal (in Deutschland z. B. praktizierende PhysiotherapeutInnen) und andererseits auch Personal in Verwaltung, Management und Forschung (z. B. in den Niederlanden) ab.

Abbildung 8: Praktizierende PhysiotherapeutInnen pro 100.000 EinwohnerInnen (2000 und 2013)

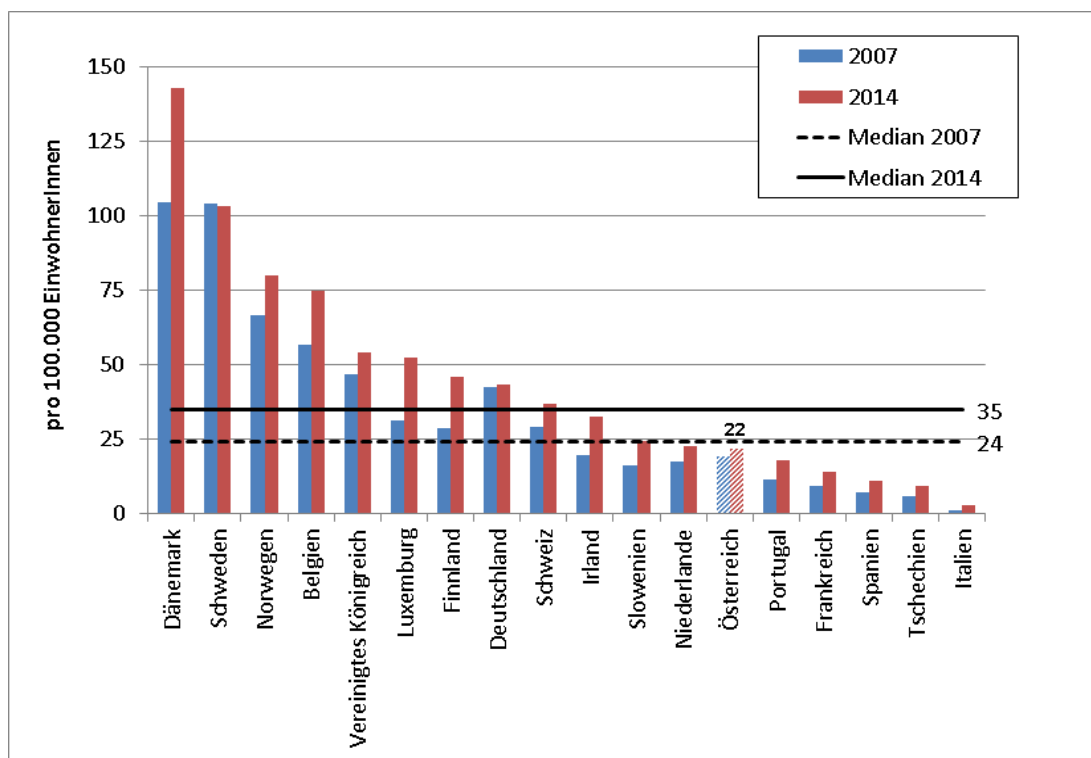


Anmerkungen: Der Schätzwert von Österreich bezieht sich auf praktizierende PhysiotherapeutInnen; Norwegen: 2002 – 2013; Dänemark, Schweden: 2000 – 2012; Spanien: 2006 – 2013; Tschechien: 2004 – 2013; Griechenland: 2008 – 2013; Polen: 2005 – 2013; Slowakei: 2009 – 2013
Quelle: OECD Health Statistics (2015), Schätzwert Österreich: Physio Austria, IHS (2016).

3.3.3. Ergotherapie

Der europäische Berufsverband der ErgotherapeutInnen COTEC (Council of Occupational Therapists for the European Countries) publiziert die Anzahl der praktizierenden ErgotherapeutInnen in Österreich mit rund 1.850 Personen, was einer Dichte von rund 22 ErgotherapeutInnen pro 100.000 EinwohnerInnen entspricht. Österreich liegt damit bei der Dichte an ErgotherapeutInnen im unteren Drittel des Ländersample (vgl. Abbildung 9). Durch eine hohe ErgotherapeutInnendichte können insbesondere die nordischen Länder Dänemark, Schweden und Norwegen charakterisiert werden. Eine besonders geringe Dichte an ErgotherapeutInnen gibt es in den beiden südeuropäischen Ländern Italien und Spanien sowie in Tschechien.

Abbildung 9: Praktizierende ErgotherapeutInnen pro 100.000 EinwohnerInnen (2007 und 2014)

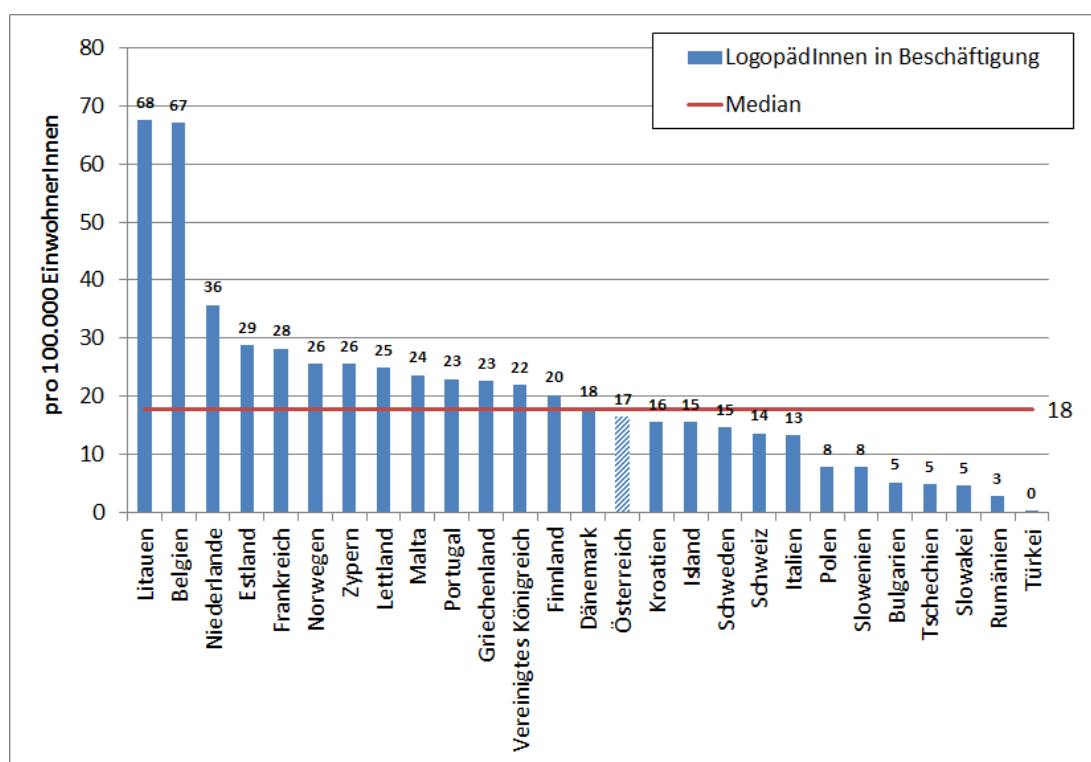


Quelle: Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC): Summary 2007 und 2015, IHS (2016).

3.3.4. Logopädie

Der europäische Berufsverband der LogopädInnen CPLOL (Standing Liaison Committee of E.U. Speech and Language Therapists and Logopedists) schätzt die Anzahl der LogopädInnen in Beschäftigung in Österreich auf rund 1.400 Personen. Dies entspricht einer Dichte von 17 LogopädInnen pro 100.000 EinwohnerInnen. Österreich liegt damit bei der Dichte an LogopädInnen im Mittelfeld des Ländersample (vgl. Abbildung 10). Eine besonders hohe Dichte an LogopädInnen gibt es in Litauen und in Belgien. Eine besonders geringe Dichte verzeichnen u. a. die osteuropäischen Staaten Bulgarien, Tschechien, Slowakei und Rumänien.

Abbildung 10: LogopädInnen in Beschäftigung pro 100.000 EinwohnerInnen (2013)



Quelle: Standing Liaison Committee of E.U. Speech and Language Therapists and Logopedists (CPLOL): Summary profile of key features of SLT education across EU country (2013), WHO Health for all database (2015), IHS (2016).

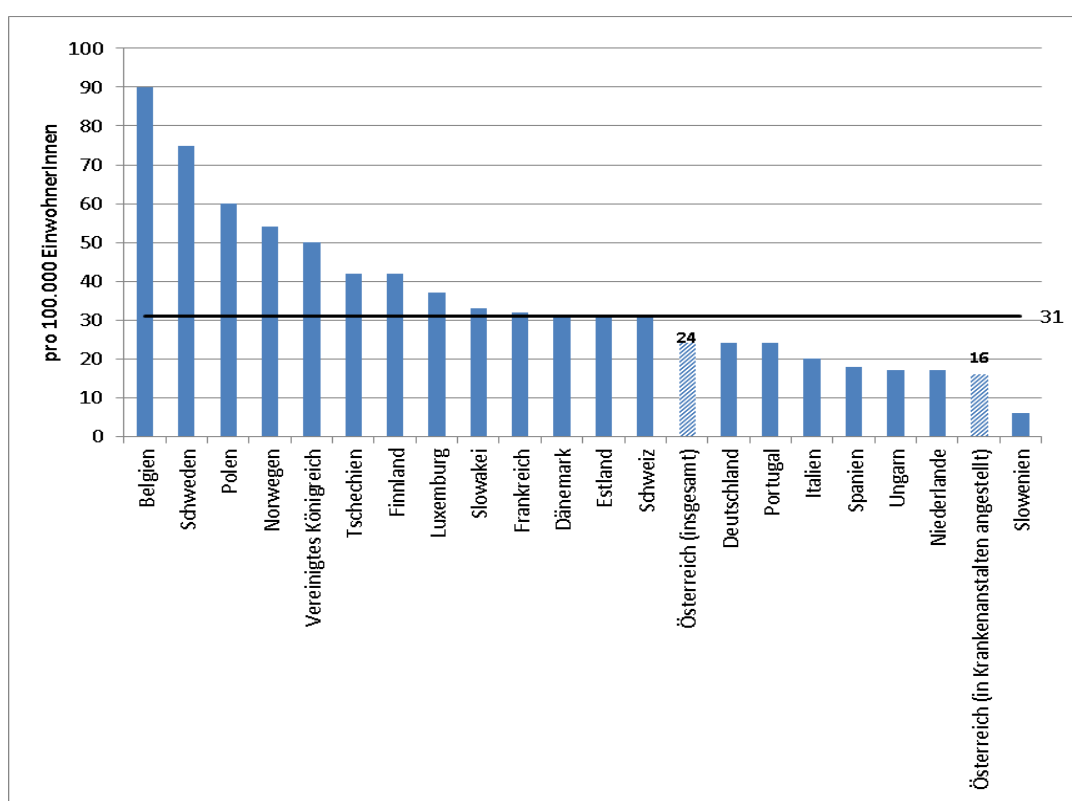
3.3.5. Diätologie

Eine aktuelle internationale Zusammenschau der quantitativen Dimension von DiätologInnen konnte nicht gefunden werden.

3.3.6. Hebammenwesen

In Österreich gab es im Jahr 2014 insgesamt 2.100 Hebammen, was einer Dichte von 24 Hebammen pro 100.000 EinwohnerInnen oder 26 Hebammen pro 1.000 Lebendgeborenen entspricht. Bei beiden Kennzahlen rangiert Österreich unter der medianen Dichte des OECD-Ländersample. Belgien und Schweden weisen sehr hohe Dichten auf, während es beispielsweise in Slowenien bezogen auf die Bevölkerung bzw. Lebendgeburten wenige Hebammen gibt.

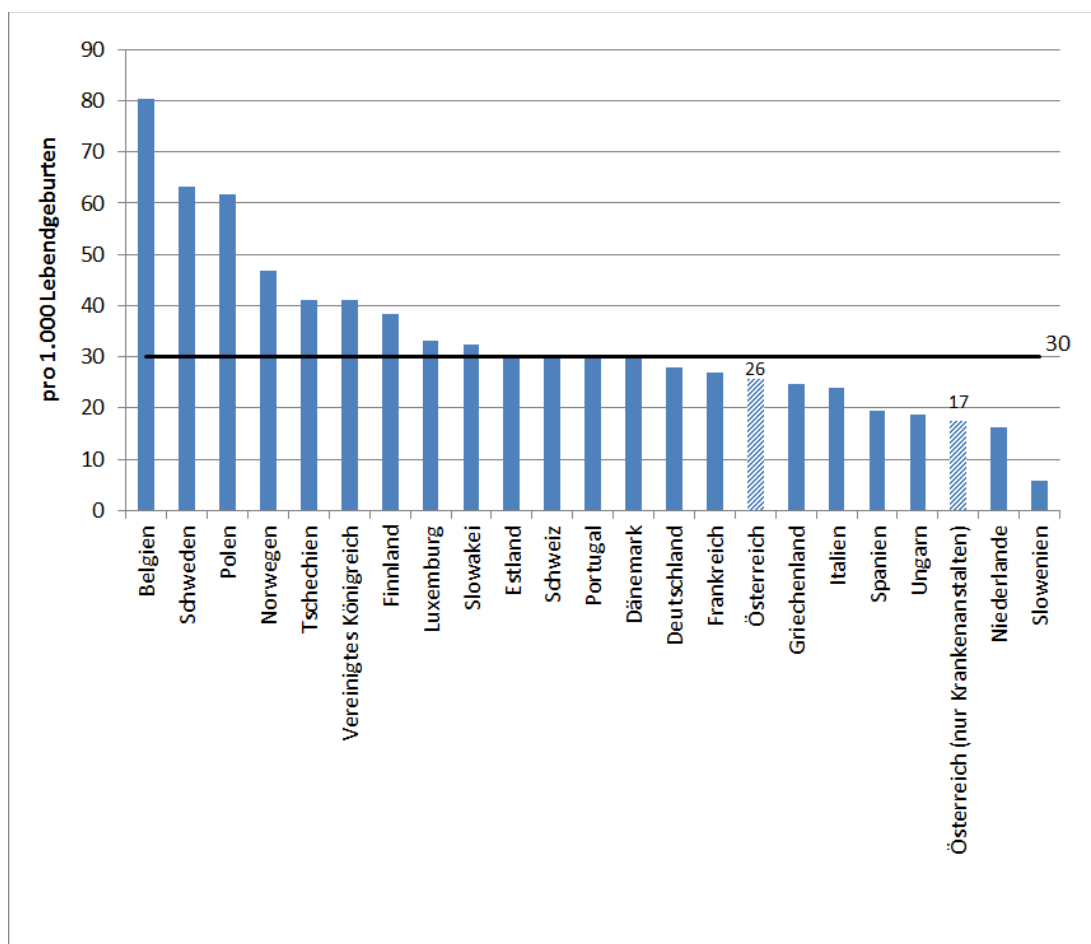
Abbildung 11: Praktizierende Hebammen pro 100.000 EinwohnerInnen (2013 oder letztverfügbares Jahr)



Anmerkungen: Dänemark, Finnland, Niederlande, Schweden: 2012; Belgien und Spanien: licensed to practice; Italien, Portugal, Slowakei: professionally active; Österreich 2014 inkludiert: Hebammen, die ausschließlich frei praktizieren, ausschließlich angestellt sind (z. B. in einer Krankenanstalt oder gynäkologischen Praxen), in Freipraxis und angestellt tätig sind, sowie karenzierte Hebammen und teilzeitbeschäftigte Hebammen. Diese Anzahl entspricht der Anzahl der registrierten Hebammen.

Quelle: OECD Health Statistics (2015), Österreich (in Krankenanstalten angestellt): Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Österreich (insgesamt): Österreichisches Hebammengremium, IHS (2016).

Abbildung 12: Praktizierende Hebammen pro 100.000 Lebendgeburten (2013 oder letztverfügbares Jahr)



Anmerkungen:

Dänemark, Finnland, Griechenland, Niederlande, Schweden: 2012;

Belgien Spanien: licensed to practice;

Griechenland, Italien, Portugal, Slowakei: professionally active;

Österreich inkludiert: Hebammen, die ausschließlich freipraktizierend, ausschließlich angestellt (z. B. in Krankenanstalten oder gynäkologischen Praxen), in Freipraxis und angestellt tätig sind, sowie karenzierte Hebammen und teilzeitbeschäftigte Hebammen. Diese Anzahl entspricht der Anzahl der registrierten Hebammen.

Quelle: OECD Health Statistics (2015), Österreich (in Krankenanstalten angestellt): Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Österreich (insgesamt): Österreichisches Hebammengremium, IHS (2016).

3.4. Registrierung

In den fünf Vergleichsländern ist die Registrierung der hier betrachteten Gesundheitsberufe großteils länderweise einheitlich für alle Berufe geregelt (Ausnahme: Hebammen in Österreich und den Niederlanden). So ist eine verpflichtende Registrierung vor Aufnahme der Berufstätigkeit in Finnland und im Vereinigten Königreich sowie in drei der sechs betrachteten Berufe in den Niederlanden vorgesehen, aber (noch) nicht in Deutschland und Österreich (vgl. Tabelle 8).

Während die Registrierung in Finnland nur einmalig erfolgt, ist in den Niederlanden alle fünf, im Vereinigten Königreich alle zwei bzw. drei Jahre eine Reregistrierung für den Erhalt der Qualifikation erforderlich. Die Reregistrierung ist an ein Mindestmaß an Berufsausübung bzw. Weiterbildung geknüpft. Im Vereinigten Königreich erfolgt der Nachweis der Berufserfahrung bzw. des Trainings nach eigenen Angaben und wird stichprobenartig überprüft. Seit 2016 gelten spezifischere Regeln für Nurses und Hebammen. In den Niederlanden müssen die entsprechenden Nachweise beim Verlängerungsantrag über die Website hochgeladen werden. Die Wiederregistrierung ist in beiden Ländern an eine Gebühr geknüpft. In den Niederlanden beträgt sie 85 Euro, in Finnland beträgt die Gebühr mindestens 750 Euro.

Der primäre Zweck der Registrierung besteht in allen drei Ländern mit verbreiteter Registrierungspflicht in der Qualitätssicherung. In beiden Ländern mit verpflichtender Reregistrierung bestehen Websites, die der Öffentlichkeit die Möglichkeit geben, sich über die Berufsberechtigung von einzelnen Personen kundig zu machen. Außerdem ist das englische Onlinesystem nutzbar, um die Angehörigen der jeweiligen Berufe in einer bestimmten Umgebung aufzufinden. Auch in den Niederlanden sind bei der Registrierung Wohn- und hauptsächlicher Arbeitsort anzugeben, scheinen aber nicht online für die Öffentlichkeit auf.

In den drei Ländern mit verbreiteter Registrierungspflicht führt eine Institution diese Register, die sich speziell mit Belangen der Gesundheitsberufe beschäftigen (vgl. Tabelle 7). So führt das BIG-Register in den Niederlanden im Auftrag des Ministeriums für Volksgesundheit, Wohlfahrt und Sport ein Register mit über 350.000 Personen in Gesundheitsberufen. In dem Register sind außer Berufsberechtigungen auch Spezialisierungen und allfällige Einschränkungen bei der Berufsausübung ersichtlich. Die Zuständigkeit des BIG erstreckt sich über insgesamt 24 Gesundheitsberufe (einschließlich Arzt, Apotheker, Gesundheitspsychologe, Krankenpflege), was in einem speziellen Gesetz verankert ist. Dieselbe Institution ist auch für die Anerkennung ausländischer Berufsberechtigungen zuständig.

In den Niederlanden ist es darüber hinaus möglich, sich im zentralen Register der Berufsvertretung eintragen zu lassen, wenn und solange man die speziellen Qualitätskriterien erfüllt.

Im Vereinigten Königreich erfolgt die Registrierung über den Health and Care Professions Council (HCPC), der für eine Reihe von Gesundheitsberufen zuständig ist (16 Berufe, allerdings ohne ÄrztInnen und Apotheker). Nur wer beim HCPC registriert ist, darf den entsprechenden Berufstitel (wie beispielsweise PhysiotherapeutIn) führen. Um die Eintragung ins Register zu erlangen, müssen verschiedene vom HCPC vorgegebene Standards erfüllt werden. Diese Standards beziehen sich auf Charakter, Gesundheit, Professionalität, Verhalten, Leistungsfähigkeit und Ethik, berufliche Weiterbildung sowie Verschreibungsstandards und podologische Eingriffe.

Nurses und Hebammen müssen sich beim Nursing and Midwifery Council (NMC) registrieren. Das Register ist in drei Teile geteilt: Nurses, Hebammen und Specialist Community Public Health Nurses (SCPHNs). Seit 2016 muss alle drei Jahre eine Revalidierung erfolgen. Darin eingeschlossen sind in den letzten drei Jahren 450 Praxisstunden (oder 900 Stunden, wenn eine Revalidierung als Nurse und Hebamme erfolgen soll). Weiters müssen 35 Stunden Weiterbildung und davon 20 Stunden praktische Anwendung in der Weiterbildung vorgewiesen werden. Außerdem verlangt werden fünf schriftliche Feedbacks (von PatientInnen oder Vorgesetzten), fünf Intervisionsgespräche, die mittels Formular belegt werden müssen, eine Reflexionsdiskussion, eine Erklärung über Gesundheit und Charakter, eine Rechtsschutzversicherung sowie eine Bestätigung bzw. Empfehlung (Confirmation) der/des Vorgesetzten.

Die Registrierungsbehörde in Finnland Valvira untersteht dem Sozial- und Gesundheitsministerium und hat ein breiteres Aufgabenspektrum. Die Agenden von Valvira umfassen berufliche Lizenzierungen, aber auch jene von Gesundheitsprodukten, Agenden in Zusammenhang mit Gewebe, Sterilisation, IVF, Adoption sowie eine Aufsichtsfunktion in damit zusammenhängenden Bereichen sowie Tabak und Alkohol. In den Zuständigkeitsbereich von Valvira fallen 17 Gesundheitsberufe (einschließlich Arzt/Ärztin, Apotheke, Krankenpflege) bezüglich Registrierung von im Inland oder Ausland erworbenen Qualifikationen. Eine Reregistrierung ist nicht vorgesehen.

In Österreich und Deutschland ist derzeit noch keine verpflichtende Registrierung vorgesehen. In beiden Ländern ist jedoch die Einführung eines Registers in Vorbereitung, was sich – ebenfalls in beiden Ländern – als ein langwieriger Prozess herausstellt. Während in Österreich der Gesetzesentwurf eine verpflichtende Registrierung vorsieht, ist die Registrierung in Deutschland als Voraussetzung für die Ausstellung elektronisch nutzbarer Berufsausweise vorgesehen, was wiederum zur besseren Nutzung der Gesundheitskarte der Versicherten führt.

Tabelle 7: Fünfländervergleich der Charakteristika verpflichtender Registrierung

	Österreich	Deutschland	Finnland	Niederlande	Vereinigtes Königreich
Registerführende Stelle	Hebammen: Hebammen-Gremium Andere: Gesetzesentwurf (GE) 2015: Bundesarbeitskammer	--	Valvira (National Supervisory Authority for Welfare and Health) untersteht dem Gesundheits- und Sozialministerium	BIG-Register (Regulierungsbehörde für die Registrierung von Gesundheitsberufen) untersteht dem Gesundheits- und Sportministerium	a) HCPC (Regulierungsorgan für Gesundheits-, Sozial- und psychologische Berufe) b) NMC reguliert Nurses und Hebammen
Frequenz der Reregistrierung	Hebammen, Pflege: 5 Jahre Andere laut GE 2015: offen	--	Keine, einmalige Registrierung	Alle 5 Jahre, Nachweis von Berufstätigkeit und Fortbildung	a) Alle 2 Jahre, Selbsterklärung über Qualifikation b) Alle 3 Jahre, spezifische Vorgaben
Ortsangabe	Berufssitz bzw. Arbeitsort		Örtliche Registrierung, nicht öffentlich einsehbar	Privat- und Hauptarbeitsadresse sind anzugeben, nicht öffentlich einsehbar	Arbeits- und Privatadresse sind anzugeben, nur Region öffentlich einsehbar

Quelle: IHS (2016).

Tabelle 8: Fünfländervergleich der Registrierungspflicht nach Berufen (Stand 2015)

	Österreich	Deutschland	Finnland	Niederlande	Vereinigtes Königreich
Pflege	Nein, Gesetzesentwurf 2015: ja	Nein	Ja	Ja	Ja
Physiotherapie	Nein, Gesetzesentwurf 2015: ja	Nein	Ja	Ja	Ja
Ergotherapie	Nein, Gesetzesentwurf 2015: ja	Nein	Ja	Nein	Ja
Logopädie	Nein, Gesetzesentwurf 2015: ja	Nein	Ja	Nein	Ja
Diätologie	Nein, Gesetzesentwurf 2015: ja	Nein	Ja	Nein	Ja
Hebammen	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja

Quelle: IHS (2016).

In den Ländern mit verpflichtender Registrierung steht der Qualitätssicherungsaspekt im Vordergrund. Unter Qualitätssicherung wird hierbei verstanden, dass unter den jeweiligen Berufstiteln nur Personen mit gültiger Berufsberechtigung tätig werden dürfen und sich (potenzielle) ArbeitgeberInnen und PatientInnen leicht (Onlineregister) über das Vorliegen dieser Berufsberechtigung vergewissern können. In Finnland ist dieser Effekt sicher am schwächsten ausgeprägt, aufgrund des Fehlens des Erfordernisses einer regelmäßigen Reregistrierung. Im Vereinigten Königreich, in den Niederlanden und in dem für Österreich vorgesehenen Entwurf bzw. der bestehenden Regelung für Hebammen ist dieser Qualitätssicherungsaspekt hingegen gegeben, wobei insbesondere die neuen Regeln des NMC im Vereinigten Königreich durch umfangreiche Dokumentationspflichten, die auch die unmittelbare PatientInnenperspektive mit einschließen, auffallen.

3.5. Kapazitätsplanung

In zwei der Vergleichsländer, Finnland und Vereinigtes Königreich, bestehen institutionalisierte und umfassende Planungsaktivitäten für Gesundheitsberufe. Diese stammen im Fall Finnlands aus der alle Berufe umfassenden Arbeitsmarktplanung, stellen also nicht speziell auf die Gesundheitsberufe ab. Im Fall des Vereinigten Königreichs beziehen sie sich auf die Gesundheitsberufe im Speziellen und werden von einem Konsortium bestehend aus Health Education England und Local Education and Training Boards durchgeführt.

In den Niederlanden und in Deutschland ist für die meisten der hier behandelten Gesundheitsberufe keine regelmäßige und systematische staatliche Planung implementiert. In den Niederlanden besteht jedoch Planungserfahrung für den Bereich der hausärztlichen Versorgung und kürzlich wurde das durchführende Institut NIVEL auch mit der zukünftigen Planung für den physiotherapeutischen Bereich betraut. Planung im Pflegebereich (und in der Sozialarbeit) wurde bereits durchgeführt, ist aber nicht in der uns zugänglichen Literatur dokumentiert und wurde kürzlich an ein neues Konsortium vergeben. Unter Einbindung unterschiedlicher Stakeholder führt dieses Konsortium regelmäßig im Auftrag des Gesundheitsministeriums Projektionsrechnungen für die nächsten fünf Jahre durch. In Deutschland werden fallweise Projektionsrechnungen für den Pflegebereich durchgeführt. Ein systematisches Projekt wird im Bundesland Rheinland-Pfalz durchgeführt, verfolgt aber den für Planungszwecke etwas unorthodoxen Matchingansatz und stellt nur auf Flows und nicht auf Stocks ab (Bieräugel et al. 2012). Dies interpretieren wir im Zusammenhang mit der in Deutschland fehlenden Registrierungspflicht und der dementsprechend lückenhaften Datenlage.

In Österreich lieferte der ÖSG 2012 unter dem Titel „Strukturplanung“ Informationen zur Versorgung im Gesundheitssektor. Die Abdeckung des extramuralen Bereichs war im ÖSG 2012 zwar vorgesehen, scheiterte aber an der Verfügbarkeit aktueller und umfassender Basisinformationen. So bezogen sich die Angaben für die dort erfassten MTD-Berufe auf das Jahr 2004. Abgestellt wurde hier jedoch auf eine Darstellung des Iststands, also nicht auf Planung im eigentlichen Sinne.

Tabelle 9: Fünfländervergleich der Kapazitätsplanung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe

	Osterreich	Deutschland	Finnland	Niederlande	Vereinigtes Königreich (England)
Federführende Stelle	Keine staatliche Planung	Keine staatliche Planung Einzelprojekte verschiedener Institutionen	Bildungsministerium und National Board of Education	Staatliche Planung: KWA und CAOP	Staatliche Planung: HEE (Health Education England) und 13 LETBs (Local Education and Training Boards)
Planungsregion	--	Unterschiedlich	Auf staatlicher Ebene, aber parallel auch für alle 19 finnischen Regionen	Landesweit plus Tool für regionale Projektionen	Landesweit und 10 Regionen
Intervall	--	Ad hoc	Alle 4 Jahre	Jährlich	- Jährliche Workforce-Pläne - 5-Jahres-Prognosen - 15-jährige Strategien
Erfasste Berufe	--	Unterschiedlich	Alle Sektoren und Berufe	Pflege und Sozialarbeit	Der gesamte Gesundheitssektor (130 Ausbildungsgänge)
Planungs- gegenstand	--	Unterschiedlich	- Langzeit-Forecasts für den Arbeitskräftebedarf - Prognosen für Bildungsbedarf - Aufnahmequoten für die einzelnen Ausbildungen	Arbeitskräfteangebot (Köpfe und FTE) Öffentlicher Finanzierungsbedarf	Ermittlung von Studien- und Ausbildungsplätzen für Gesundheitsfachkräfte
Projektionen	--	Von unterschiedlichen Forschungseinrichtungen, z. B. DW (2010) bis 2050 für Pflege	- Gesundheitsausgaben - Baseline-Szenario - Optimist. Szenario (höheres Wachstum, Effizienzsteigerungen und Reformen)	- 5-Jahres-Horizont	- Langfristige Prognosemodelle (Arbeitskräfte, Bedarf) - Steuerung von Personal- ressourcen durch lokale Budgetallokation
Maßnahmen/ Zielsetzung der Planung	--		Aufnahmequoten, Monitoring	Information für Arbeitsmarkt, Bildungseinrichtungen, Regierung	Lokale Budgets

Quelle: IHS (2016).

Da sich die bestehende Literatur zur Planung der Gesundheitsberufe zum größten Teil auf den ärztlichen Beruf bezieht, beziehen wir auch Erkenntnisse aus diesen Arbeiten in die Diskussion ein. Welche Institutionen sich mit der Kapazitätsplanung in den Gesundheitsberufen beschäftigen, wie verbindlich diese Planung ist und worauf sie sich konkret bezieht (national oder subnational, welche Berufe), unterscheidet sich stark zwischen den Ländern. Dies steht in engem Zusammenhang mit der unterschiedlich guten quantitativen Datenverfügbarkeit zu den Gesundheitsberufen. Eine aktuelle Untersuchung der Zusammenhänge zwischen diesen Parametern in europäischen Ländern (Batenburg 2015) kommt zu dem Schluss, dass die Datenverfügbarkeit zwar eng mit dem Einsatz von Planungsmodellen korreliert, dass aber beide Indikatoren nur wenig mit dem Ausmaß der Institutionalisierung von darauf spezialisierten Behörden einhergehen. So weisen die Niederlande und das Vereinigte Königreich zwar hohe Werte für modellbasierte Planung, nicht aber für institutionalisierte Planung auf. In anderen, insbesondere neuen EU-Ländern verhält es sich umgekehrt (Bulgarien, Rumänien, Lettland, Tschechien). Länder mit nationalen Gesundheitssystemen weisen im Hinblick auf alle drei Planungsindikatoren (Datenverfügbarkeit, Institutionalisierung, modellbasierte Planung) höhere Durchschnittswerte auf als die Ländergruppen mit Sozialversicherungs- bzw. gemischten Systemen. Die Indikatoren für Datenverfügbarkeit und für modellbasierte Planung steigen mit der Stärke der Primärversorgung im Sinne von Kringos et al. (2013), nicht aber der Indikator für Institutionalisierung (Batenburg 2015:1539f). Bezüglich der Positionierung der Länder ist es wenig erstaunlich, dass Länder mit nationalen Gesundheitssystemen und starker Primärversorgung (Dänemark, Finnland, Vereinigtes Königreich, Spanien) die höchsten Werte bei allen Planungsaspekten aufweisen, während Länder mit Sozialversicherungssystemen und schwacher Primärversorgungsstruktur die niedrigsten Werte erreichen (Österreich, Bulgarien, Ungarn, Island, Luxemburg, Slowakei) (Batenburg 2015:1543).¹⁰

Welche Daten für die Durchführung der Planung benötigt werden, hängt auch vom **Planungsziel** ab. Man kann drei mögliche Planungsziele unterscheiden, die aufeinander aufbauend und von zunehmender Komplexität sind (Matrix Insight 2012):

- **Monitoring:** Daten über das aktuelle Arbeitskräftepotenzial werden gesammelt, um die Leistungsfähigkeit zu beurteilen und Projektions- oder Prognoserechnungen daran zu knüpfen (z. B. für Ausgaben).
- **Analyse:** Daten sollen Anhaltspunkte dafür liefern, wie innerhalb der gegebenen Rahmenbedingungen ein Ausgleich zwischen Arbeitskräfteangebot und -nachfrage erzielt werden kann.

¹⁰ Hingegen finden Gerlinger und Küpper (2015:9), dass sich der Gesundheitssystemtyp nicht in der Wahl des angewendeten Planungsverfahrens niederschlägt, also in der Wahl zwischen Planung über Regulierung der Aus- und Weiterbildung, über Anreizsysteme für Standortwahl und Pensionierungszeitpunkt oder über organisatorische Eingriffe.

- Strategische Planung: Diese dient der längerfristigen Ausrichtung des Gesundheitssystems einschließlich der Ressourcenallokation, der Systemcharakteristika und der Förderung eines nachhaltigen Arbeitskräftepotenzials.

Matrix Insight (2012) stuft die meisten EU-Länder einschließlich Deutschland, Niederlande und Österreich in die zweite Kategorie (Planung zu Analyse Zwecken) ein und Finnland, Vereinigtes Königreich und zwei weitere Länder in die Kategorie Planung zur strategischen Ausrichtung.

Vor dem Hintergrund so unterschiedlicher Zielsetzungen der Planung ist es daher nicht verwunderlich, dass in der Literatur bislang kein Konsens darüber erzielt wurde, welcher Planungsansatz denn der „beste“ sei (Amorim Lopes et al. 2015). In einer Übersicht der **Planungsansätze und -methoden** im Bereich des Gesundheitspersonals¹¹ über immerhin 60 Jahre unterscheiden Amorim Lopes et al. drei Phasen:

Die erste Phase, beginnend in den 1950er-Jahren, war vom Aufbau der nationalen und der krankenversicherungsgeprägten Gesundheitssysteme gekennzeichnet. Dementsprechend war die vorherrschende Sichtweise in den Arbeiten zur Planung der Gesundheitsberufe jene, die auf das Gesundheitspersonal als Produktionsfaktor im Gesundheitswesen fokussierte. Bereits in dieser Phase berücksichtigten die Angebotsmodelle Informationen über den Bestand sowie über Zuflüsse und Abflüsse, auch wenn sich der Terminus „Stock-and-Flow-Modell“ erst später hierfür einbürgerte. Bezüglich Nachfragemodellen wurde bereits auf die notwendige Unterscheidung zwischen medizinischem oder epidemiologisch bedingtem Bedarf und der sich konstituierenden effektiven Nachfrage hingewiesen und damit schlussendlich auf ökonomische Faktoren. Die Brücke zwischen Angebots- und Nachfragemodellen wurde nur vereinzelt geschlagen.

In der zweiten Phase (späte 1970er- bis in die 1990er-Jahre) wurde diese Verbindung schon häufig hergestellt. Viele Arbeiten setzten die Ratio Berufsangehörige je Bevölkerungseinheit als wichtigste Messlatte ein. Die Angehörigen der Gesundheitsberufe wurden als ökonomische AkteureInnen verstanden, die auf externe Anreize reagieren. Da in dieser Phase zum Teil bereits ein Angebotsüberschuss konstatiert wurde und die Gesundheitsausgaben vieler Länder stark stiegen, fanden Themen wie Lizenzierung und angebotsinduzierte Nachfrage Eingang in die Planungsliteratur. Einzelne Modelle berücksichtigten beispielsweise Faktoren, die die Produktivität beeinflussen, oder Substitution zwischen Berufen.

¹¹ Die Übersicht spezifiziert nicht näher, auf welche Qualifikation oder welche Gesundheitsberufe abgestellt wird. Die referierten Arbeiten beziehen sich alle entweder auf die (gesamte) Health Workforce, ÄrztInnen, ZahnärztInnen oder das Pflegepersonal. Andere Berufe werden – außer gelegentlich im Kontext der Substitutionsmöglichkeiten – nicht erwähnt.

In der dritten und damit aktuellen Phase verschiebt sich der Fokus auf die Gesundheitsberufe als notwendige Ressource. Regionale Asymmetrien in der Versorgung werden ebenso thematisiert wie der Braindrain von ärmeren in reichere Länder. Die Arbeiten verfolgen einen integrierten Ansatz, in dem möglichst vollständig jene Faktoren berücksichtigt werden, die die zukünftige Lücke zwischen Angebot und Nachfrage beeinflussen können. Regelmäßig wird betont, dass der epidemiologische Bedarf wesentlicher Bestandteil der Planungsgrundlagen sein muss, und bei Angebotsfaktoren gewinnt die Beachtung des Skillmix an Bedeutung. Zunehmend werden politische Maßnahmen als Einflussfaktoren eingerechnet.

Uns ist eine einzige aktuelle **Evaluation** der Genauigkeit von Gesundheitspersonalprojektionen bekannt, nämlich bezogen auf die niederländischen GP-Projektionen (van Greuningen et al. 2013). Zweck des niederländischen GP-Modells ist die Bestimmung der Ausbildungskapazität für GP. Die Ergebnisse der Projektionen fließen seit dem Jahr 2000 regelmäßig in die Festlegung der Anzahl der Ausbildungsplätze ein (obwohl dies nicht gesetzlich verlangt wird). In der Evaluation wurde der Zusammenhang zwischen Projektionsgenauigkeit und Zeitreihenlänge der Basisdaten (fünf, zehn und 15 Jahre) bzw. Projektionszeitraum (ebenfalls fünf, zehn und 15 Jahre) untersucht. Zu diesem Zweck wurde Backtesting angewendet. Das heißt, es wurde untersucht, wie genau die Projektionen in der Vergangenheit ausgefallen wären, hätte man das aktuelle Modell mit den damals vorliegenden Daten laufen lassen. Die Projektionen ergaben generell eine große Bandbreite: Die Prognosefehler beliefen sich auf ein Drittel bis zum 2,5-Fachen der jährlichen Stellen für den Beginn einer GP-Ausbildung. Den Erwartungen entsprechend erwiesen sich Projektionen über einen kurzen Zeitraum im Vergleich zu längerfristigen Projektionen als genauer. Konkret sind Projektionen mit Fünfjahreshorizont doppelt so genau wie jene mit Zehnjahreshorizont und viermal so genau wie jene mit 15-Jahres-Horizont. Entgegen den Erwartungen erwies sich jedoch eine längere Zeitreihe als Basis der Projektionen nicht als förderlich für die Genauigkeit, eher im Gegenteil. Auch stieg die Projektionsgenauigkeit im Zeitablauf. Letzteres hängt möglicherweise mit der steigenden Zahl an GP zusammen, denn eine größere Grundgesamtheit erhöht in der Regel die statistische Genauigkeit und die Niederlande verzeichneten steigende GP-Zahlen im Analysezeitraum. Die bessere Qualität von Projektionen mit kürzerer Datenreihe könnte daher stammen, dass sich die Verhältnisse und Rahmenbedingungen ändern, sodass Informationen aus der jüngeren Vergangenheit relevantere Informationen enthalten als ältere Informationen.

4. Länderporträts

4.1. Deutschland

Die Ausbildung für die hier betrachteten Gesundheitsberufe ist in Deutschland noch vergleichsweise wenig im tertiären Sektor verankert. Wiewohl an Fachhochschulen und Universitäten in den letzten Jahren eine Vielzahl von Ausbildungsprogrammen – vor allem, aber nicht nur auf Bachelorniveau – entstanden ist, knüpft die gesetzliche Voraussetzung für die Berufsausübung nach wie vor an eine im Sekundarbereich absolvierte Ausbildung an.

Die Ausbildung für Gesundheitsfachberufe ist weder dem dualen System noch einheitlich in allen Bundesländern dem Berufsschulsystem zuzuordnen. Die Ausbildungsstätten sind häufig (Berufsfach-)Schulen für Gesundheitswesen, die überwiegend räumlich und organisatorisch mit Krankenhäusern verbunden sind, wobei die Verantwortung für die Ausbildung primär bei den Schulen liegt (Lehmann et al. 2014:29).

Die Berufsgesetze – eigentlich die Berufszulassungsgesetze – und die dazugehörigen Verordnungen in den Gesundheitsberufen regeln den Schutz des Berufstitels, Ausbildungsziel, Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung, Ausbildungsdauer und -struktur sowie das Ausbildungsverhältnis. Weitere Fragen der Ausbildung liegen in Länderkompetenz und werden unterschiedlich und unterschiedlich detailliert geregelt. Beispielsweise ist es den Ländern überlassen, in welcher Schulform der Unterricht erfolgt (Lehmann et al. 2014:30).

Anders als im sonstigen Bildungswesen ist nicht das Bundesinstitut für Berufsbildung mit der Sicherung und Weiterentwicklung der Ausbildungsqualität betraut und es wurde Nachholbedarf in der systematischen und strukturierten Qualitätsentwicklungspraxis und Evaluationskultur bei der Ausbildung für Gesundheitsfachberufe konstatiert (Lehmann et al. 2014:30).

4.1.1. Gesundheits- und Krankenpflege

In Deutschland bestehen drei grundständig ausgebildete Pflegeberufe nebeneinander: Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege.

Die traditionelle **Ausbildung** erfolgt im Sekundarbereich. Daneben bestehen mittlerweile rund 40 grundständige Pflegestudiengänge, die allerdings eine hohe inhaltliche und strukturelle Heterogenität aufweisen (ADS-DBfK 2015).

Die im Sekundarbereich angesiedelte Ausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege dauert in Vollzeit drei Jahre (Teilzeit maximal fünf Jahre) und schließt mit staatlicher Prüfung ab. Sie besteht aus theoretischem und

praktischem Unterricht im Ausmaß von 2.100 Stunden und einer praktischen Ausbildung im Ausmaß von 2.500 Stunden. Der Unterricht erfolgt an staatlich anerkannten Schulen in Krankenhäusern oder in staatlich anerkannten Schulen, die mit Krankenhäusern verbunden sind, sowie geeigneten ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen. (Krankenpflegegesetz § 4) Die Regelungen des Bundesgesetzes können durch Landesgesetze ergänzt werden.

Als Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung gilt neben der gesundheitlichen Eignung der Abschluss einer Realschule oder einer anderen gleichwertigen Schulbildung oder einer sonstigen zehnjährigen allgemeinen Schulausbildung. Es bestehen weitere Alternativen für Personen mit erfolgreich abgeschlossener Berufsausbildung mit einer vorgesehenen Mindestausbildungsdauer von zwei Jahren, in Kranken- bzw. Altenpflegehilfe auch von einem Jahr. (Krankenpflegegesetz § 4)

In den letzten Jahren ist eine Vielzahl von Ausbildungsprogrammen an Fachhochschulen und Universitäten entstanden. Es bestehen Programme u. a. in Pflegewissenschaft (Bachelor, Master), aber auch Pflege- bzw. Pflege- und Gesundheitsmanagement oder Pflegepädagogik. Die Curricula unterscheiden sich auch innerhalb der Studiengänge in Pflegewissenschaft im Ausmaß an Praxiseinheiten, in der Gesamtlänge und im Modus (dual oder rein universitär).

In der öffentlichen Diskussion zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe hat in den letzten Jahren – neben dem generellen Thema der Akademisierung der Pflege – insbesondere die Frage der Delegation ärztlicher Tätigkeiten breiten Raum eingenommen.

4.1.2. Physiotherapie

In Deutschland arbeiteten im Jahr 2013 163.000 der insgesamt 222.000 PhysiotherapeutInnen im ambulanten Bereich. Das entspricht 73 %. Von diesen arbeiteten rund 2.000 Personen in ärztlichen Praxen und 160.000 in Praxen sonstiger medizinischer Berufe (Statistisches Bundesamt 2015), also vermutlich überwiegend in eigenen Praxen.

Physiotherapeutische Leistungen werden auf ärztliche Anordnung hin erbracht, die auch die Entscheidung über die anzuwendende Therapiemaßnahme beinhaltet. Eigenständige Befundung und Screening auf Risikofaktoren gehören in Deutschland derzeit nicht zum Kompetenzprofil der Physiotherapie (Lehmann et al. 2014:107f). Die Abgrenzung der Kompetenzen ist aber in Diskussion und es wurde ein Modellprojekt gestartet, in dem PhysiotherapeutInnen zwar auf ärztliche Diagnose hin arbeiten, aber Auswahl der therapeutischen Maßnahme, Dauer der Behandlungsserie sowie Frequenz der Behandlungseinheiten selbst bestimmen. Eine erste Trendanalyse der Ergebnisse, die als randomisierte Kontrollgruppenstudie angelegt ist, deutet auf höhere PatientInnenzufriedenheit, stärkere Reduktion von Schmerzen und größere Verbesserung

des allgemeinen Gesundheitszustands in der Modellgruppe hin. Allerdings beruhen diese Ergebnisse noch auf einer zu kleinen Stichprobe, um sichere Schlussfolgerungen ableiten zu können (Repschläger 2013).

Das Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG) und die **Ausbildungs-** und Prüfungsverordnung (PhysTh-APrV) bilden einen groben bundeseinheitlichen Rahmen für die rund 270 Physiotherapieschulen in Deutschland. Die Ausbildung dauert drei Jahre und umfasst mindestens 2.900 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht sowie 1.600 Stunden praktische Ausbildung an PatientInnen. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung listet die abzudeckenden Ausbildungsthemen auf, wobei die Bereiche „Krankengymnastische Behandlungstechniken“ mit 500 Stunden und „Methodische Anwendung der Physiotherapie in den medizinischen Fachgebieten“ mit 700 Stunden die größten Blöcke darstellen. Für die praktische Ausbildung wird vorgeschrieben, dass sie in Krankenhäusern oder anderen geeigneten Einrichtungen erfolgen und sich über die Bereiche Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie, Pädiatrie, Psychiatrie und Gynäkologie erstrecken muss. Während der Ausbildung sollen schulische und klinische Ausbildung möglichst integriert vermittelt werden. Den Abschluss bildet eine staatliche Prüfung mit schriftlichem, mündlichem und praktischem Teil.¹² Darüber hinausgehende Regelungen zu Curriculum oder etwa Qualitätssicherung sind auf Länderebene zu verankern. Der Berufsverband hat ein unverbindliches Curriculum erstellt, das zur Orientierung genutzt werden kann.

In der Regel wird die Ausbildung in Physiotherapie im sekundären Bildungssektor durchgeführt. Als gesetzliche Zugangsvoraussetzung gelten unterschiedliche Varianten zehnjähriger Schulabschlüsse. Seit 2001 gibt es ergänzend duale Studienangebote, die einen Abschluss im sekundären Sektor mit einem ersten akademischen Abschluss verbinden. Seit 2009 sind auch grundständige berufszulassende Bachelorstudiengänge an Fachhochschulen und Universitäten gesetzlich zur Erprobung zugelassen (Modellklausel) und eine Reihe von Hochschulen hat bereits entsprechende Studienprogramme eingerichtet. Diese dauern meist dreieinhalb bis vier Jahre. Als Zugangsvoraussetzung gilt die allgemeine oder fachgebundene (Fach-)Hochschulreife (Lehmann et al. 2014:111ff). Die Ausbildung im Rahmen der Modellklausel war bis 31.12.2015 zu evaluieren; eine Synopse der in den einzelnen Bundesländern und unterschiedlich strukturierten Modellen gemachten Erfahrungen lag uns zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vor.

Zur Weiterqualifizierung bestehen außeruniversitär sowohl fachspezifische Angebote als auch solche, die für Lehre oder Führungsaufgaben befähigen sollen. Außerdem werden inzwischen auch Master- und Promotionsstudiengänge angeboten.

¹² <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/beruf-und-bildung/ausbildung.html>

Es bestehen keine spezifischen Assistenz- oder Hilfsqualifikationen im Bereich der Physiotherapie.

Von BerufsmigrantInnen, die die deutsche Arbeitspraxis mit jener in den Niederlanden vergleichen können, wurde die stark hierarchisch geprägte Zusammenarbeit ebenso hervorgehoben wie die im Vergleich kleinere Autonomie und Entscheidungsbefugnis. Im Vergleich zu den Niederlanden, aber auch Großbritannien wird mehr Zeit in der direkten therapeutischen Arbeit mit PatientInnen verbracht und weniger mit Schreibearbeiten sowie Beratung und Schulung von PatientInnen. Als positiv an der deutschen Ausbildung hoben BerufsmigrantInnen, aber auch befragte ExpertInnen hervor, dass viel und bereits früh mit „echten“ PatientInnen gearbeitet wird, im Gegensatz zu theoretischem Unterricht und praktischen Übungen an KollegInnen. Reflektiertes, wissenschaftliches und evidenzbasiertes Arbeiten wird hingegen, so die Einschätzung der MigrantInnen, in der deutschen Ausbildung nicht gefördert. Auch hinterfragten einige MigrantInnen, dass Weiterbildung in Deutschland stark zum Erwerb jener Berechtigungen genutzt wird, die zu weiteren Abrechnungspositionen mit der Krankenversicherung führen (Lehmann et al. 2014:117ff).

Eine Befragung von ExpertInnen zur Angemessenheit der Ausbildung problematisierte die starke qualitative Heterogenität in der Ausbildung, die sich durch die erlaubten unterschiedlichen Zugangswege (sekundäre Schulen, Bachelorstudiengänge) und die bundesländerspezifischen Regelungen ergibt (Lehmann et al. 2014:121).

4.1.3. Ergotherapie

Im Jahr 2013 waren in Deutschland rund 56.000 Personen in Berufen der Ergotherapie tätig, davon rund 20.000 Personen in stationären oder teilstationären Einrichtungen und rund 26.000 Personen in Praxen sonstiger (d. h. nicht-ärztlicher) medizinischer Berufe (Statistisches Bundesamt 2015).

Zur **Ausbildung** wird gemäß Ergotherapeutengesetz zugelassen, wer eine abgeschlossene Realschulbildung, eine andere gleichwertige Ausbildung oder eine nach Hauptschulabschluss abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer nachweisen kann. Darüber hinaus haben sehr viele Ergotherapieschulen weitere Zulassungsvoraussetzungen wie zum Beispiel die Empfehlung eines Vorpraktikums. Die darüber hinausgehenden konkreten Auswahlverfahren unterscheiden sich zwischen den Schulen. Die dreijährige Ausbildung umfasst mindestens 2.700 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht und 1.700 Stunden praktische Ausbildung. Die rechtlichen Grundlagen definieren kein Ausbildungsziel, aber die Anlage zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung umreißt die Inhalte des theoretischen und praktischen Unterrichts sowie der praktischen Ausbildung.

Im nicht-universitären Bereich wird die Ausbildung in zwei Schultypen angeboten. Fast die Hälfte der Ausbildungen in Ergotherapie fand im Schuljahr 2011/12 an Berufsfachschulen statt, etwas mehr an Schulen des Gesundheitswesens. Allerdings ist im Bereich der Berufsfachschulen ein starker Rückgang in den Ausbildungszahlen zu verzeichnen, während die Zahl an den Schulen des Gesundheitswesens relativ konstant bleibt (Zöllner 2014:22).

Seit einigen Jahren besteht die Möglichkeit, als Erweiterung der schulischen Ausbildung im Rahmen eines Studiums einen Bachelorabschluss in Ergotherapie zu machen, sodass zwei Abschlüsse erworben werden. Auch die primärqualifizierenden Studiengänge, die im Rahmen der Modellklausel im Ergotherapeutengesetz seit 2009 erlaubt sind, führen zu zwei Abschlüssen in Ergotherapie (herkömmliche Berufszulassung und Bachelor). Es bestehen verschiedene Programmvarianten, die auch mit unterschiedlicher Gesamtlänge und Anzahl an Ausbildungsstunden verbunden sind.

Die Ausbildung im Rahmen der Modellklausel war bis 31.12.2015 zu evaluieren; eine Synopse der in den einzelnen Bundesländern und unterschiedlich strukturierten Modellen gemachten Erfahrungen lag uns zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vor.

4.1.4. Logopädie

Im Jahr 2013 waren in Deutschland rund 26.000 Personen in Berufen der Sprachtherapie tätig, davon rund 3.000 Personen in stationären oder teilstationären Einrichtungen und rund 19.000 Personen in Praxen sonstiger (d. h. nicht ärztlicher) medizinischer Berufe (Statistisches Bundesamt 2015).

Voraussetzung für den Zugang zur **Ausbildung** ist eine abgeschlossene Realschulbildung, eine andere gleichwertige Ausbildung oder eine nach Hauptschulabschluss abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer. Erfahrungsgemäß verfügt aber die Mehrzahl der LogopädInnen über eine Hochschulzugangsberechtigung¹³. Im nicht-universitären Bereich umfasst die dreijährige Ausbildung theoretischen und praktischen Unterricht im Umfang von mindestens 1.740 Stunden und praktische Ausbildung von 2.100 Stunden. Im entsprechenden Gesetz wurde kein Ausbildungsziel definiert, aber die Anlage 1 zur Ausbildungs- und Prüfungsordnung für LogopädInnen gibt eine grobe Stundenverteilung nach Fächern in der Ausbildung vor.

Bis 2009 erfolgte primärqualifizierende Ausbildung allein an schulischen Ausbildungsstätten. Zusätzlich werden im Anschluss an die dreijährige Fachschulausbildung seit über einer Dekade Add-on-Modelle zur akademischen Nachqualifizierung angeboten, die dann zum international anerkannten Bachelorabschluss führen. Mit Einführung der Modellklausel 2009 (§ 4 Absatz 5 LogopG) wurde auch für die Logopädie die Etablierung primärqualifizierender

¹³ <https://www.dbl-ev.de>

Studiengänge an (Fach-)Hochschulen ermöglicht. Die Zugangsvoraussetzungen hierfür entsprechen den allgemeinen Voraussetzungen für den Hochschulzugang. Die Regelstudienzeit eines Vollzeit-Bachelorstudiengangs umfasst sechs bis acht Semester, für die 180 bis 240 ECTS angerechnet werden. Berufsbegleitende Studiengänge können eine längere Studiendauer umfassen.

Es besteht auch die Möglichkeit, im Anschluss an eine Fachschulausbildung ein entsprechend auf drei bis fünf Semester verkürztes FH-Programm zu absolvieren, das dann ebenfalls zu einem BSc-Abschluss führt. Die Berufsvereinigung Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. fasst die verschiedenen Möglichkeiten, ein Bachelorprogramm in Logopädie zu absolvieren, zusammen (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10: Formen von Bachelorprogrammen in Logopädie in Deutschland

Art	Semester	Voraussetzung	Abschluss
Primärqualifizierend (Modellklausel)	6-8 Semester	(Fach-)Hochschulreife	Staatsexamen Logopädie und Bachelorabschluss
Additiv	3-5 Semester	Erfolgreich abgeschlossene Berufsausbildung	(Staatsexamen Logopädie liegt bereits vor) Bachelorabschluss
Integrierend	2-3 Semester	Parallel zur Schulausbildung (und sich daran anschließend)	Staatsexamen Logopädie mit anschließendem Bachelorabschluss

Quelle: www.dbl-ev.de.

Nach erfolgreichem Abschluss des Fachhochschulprogramms liegen somit zwei Abschlüsse vor: die Berufszulassung für Logopädie und der Bachelor. An den auf Fachschulniveau konzipierten Ausbildungsinhalten wird kritisiert, dass sie zurzeit oftmals nur unzureichend auf zukünftige Anforderungen an LogopädInnen vorbereiten (Scharff-Rehfeldt, Heinzelmann 2013).

Im nicht-universitären Bereich wird die Ausbildung in zwei Schultypen angeboten. Im Schuljahr 2011/12 wurden 78,8 % der angehenden LogopädInnen in Schulen des Gesundheitswesens ausgebildet, Tendenz steigend. Entsprechend geht der prozentuale Anteil der angehenden LogopädInnen an Berufsfachschulen zurück und stand im gleichen Schuljahr bei 21,2 %. Der Frauenanteil in der Ausbildung liegt bei 95 % (Zöllner 2014:37).

4.1.5. Diätologie

Im Jahr 2013 waren in Deutschland rund 9.000 Personen in Berufen der Diät- und Ernährungstherapie tätig, davon rund 3.000 Personen in stationären oder teilstationären Einrichtungen und weitere rund 3.000 Personen in sonstigen Einrichtungen, die sich weder ambulanten noch stationären Gesundheitseinrichtungen zurechnen lassen (Statistisches Bundesamt 2015).

In Deutschland ist die **Bezeichnung** DiätologIn nicht üblich. Gebräuchlich und im Gesetz über den Beruf der DiätassistentIn (DiätAssG) von 1994 verankert ist die Bezeichnung Diätassistentin oder -assistent.

Die traditionelle **Ausbildung** darf ausschließlich von einer staatlich anerkannten Schule durchgeführt werden und schließt mit einer mündlichen, schriftlichen und praktischen Prüfung ab. Das erfolgreiche Bestehen der Ausbildung berechtigt zum Führen des gesetzlich geschützten Titels „Diätassistentin/Diätassistent“. Die Ausbildung zur DiätassistentIn soll insbesondere die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur eigenverantwortlichen Durchführung diättherapeutischer und ernährungsmedizinischer Maßnahmen auf ärztliche Anordnung oder im Rahmen ärztlicher Verordnung wie dem Erstellen von Diätplänen, dem Planen, Berechnen und Herstellen wissenschaftlich anerkannter Diätformen befähigen sowie dazu, bei der Prävention und Therapie von Krankheiten mitzuwirken und ernährungstherapeutische Beratungen und Schulungen durchzuführen.

Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung ist neben der gesundheitlichen Eignung zur Berufsausübung 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.

Die Ausbildung dauert drei Jahre und besteht aus theoretischem und praktischem Unterricht im Ausmaß von 3.050 Stunden und einer praktischen Ausbildung im Ausmaß von 1.400 Stunden. (Zöller 2014) Schulen, die nicht in einem Krankenhaus angesiedelt sind, haben durch Kooperation mit Krankenhäusern für die praktische Ausbildung vorzusorgen. Innerhalb der praktischen Ausbildung ist ein Praktikum von sechs Wochen in Krankenhäusern vorgesehen, um die Auszubildenden mit den dort notwendigen Arbeitsabläufen vertraut zu machen und in Verrichtungen und Fertigkeiten der Krankenpflege, die für die Berufstätigkeit von Bedeutung sind, praktisch zu unterweisen.

Im Jahr 2011 beklagte der Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. noch die fehlende Akademisierung in seiner Profession, da nur Deutschland und Frankreich keine akademische Ausbildung vorsehen. Inzwischen wurden in Deutschland an einigen

(Fach-)Hochschulen Programme installiert, die zu einem Abschluss Bachelor of Science in Diätetik führen. Beispielsweise bietet die Fachhochschule Fulda seit Herbst 2015 in Kooperation mit fünf staatlichen Berufsfachschulen für Diätassistenz (Diätschulen) das erste duale Programm an, das zum BSc Diätetik führt. Es ist auf eine Laufzeit von neun Semestern (Vollzeit) angelegt, wovon die ersten sechs Semester parallel an Diätschule und FH stattfinden, die letzten drei Semester in Vollzeit an der FH. Damit wird im Zuge der Ausbildung auch der traditionelle Abschluss als Diätassistentin oder -assistent erworben.

Die inzwischen errichteten Möglichkeiten einer universitären Ausbildung bestehen neben der nach wie vor gültigen traditionellen Ausbildungsschiene an Fachschulen.

4.1.6. Hebammenwesen

Im Jahr 2013 waren in Deutschland rund 23.000 Personen in Berufen der Geburtshilfe und Entbindungspflege tätig, davon rund 9.000 Personen in stationären oder teilstationären Einrichtungen und rund 13.000 Personen in Praxen sonstiger (d. h. nicht-ärztlicher) medizinischer Berufe (Statistisches Bundesamt 2015).

Die **Ausbildung** findet traditionell an staatlich anerkannten Hebammenschulen in Krankenhäusern statt und soll laut Hebammengesetz insbesondere dazu befähigen, 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. Die Ausbildung hat insbesondere diejenigen Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln, die zur eigenverantwortlichen Durchführung der Tätigkeiten und Aufgaben befähigen, die in den entsprechenden EU-Regelungen über die Anerkennung von Berufsqualifikationen gefordert werden.

Zur Leistung von Geburtshilfe sind, außer in Notfällen, neben ÄrztInnen nur zugelassene Hebammen bzw. Entbindungspfleger berechtigt. ÄrztInnen sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass bei einer Entbindung eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger zugezogen wird.

Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung ist neben der gesundheitlichen Eignung zur Ausübung des Berufs der Abschluss einer zehnjährigen Schule, Realschule oder gleichwertigen Schule oder der Abschluss einer Hauptschule oder gleichwertigen Schule plus einer mindestens zweijährigen Pflegevorschule oder einer anderen mindestens zweijährigen Berufsausbildung oder die Berufsberechtigung in Krankenpflegehilfe.

Die Ausbildung dauert drei Jahre und besteht aus theoretischem und praktischem Unterricht im Umfang von 1.600 Stunden und einer praktischen Ausbildung im Umfang von 3.000

Stunden. Bei Vorliegen eines anderen Gesundheitsberufs kann sich die Ausbildungsdauer auf Antrag verkürzen, beispielsweise bei Krankenpflege um zwölf Monate.

Im Rahmen der schulischen Ausbildung schlossen im Schuljahr 2011/12 9,7 % der angehenden Hebammen – der Frauenanteil in dieser Berufsausbildung liegt bei 100 % – die Ausbildung in einer Berufsfachschule ab und 90,3 % in einer Schule des Gesundheitswesens. (Zöllner 2014:35)

Wie auch bei anderen Gesundheitsberufen enthält das Berufsgesetz eine Modellklausel, die zeitlich befristet eine Ausbildung an Hochschulen (statt Fachschulen) erlaubt, sofern die Absolvierung der geforderten Praxis durch Kooperation mit Krankenhäusern gewährleistet ist. Zahlreiche weitere Studiengänge im Bereich der Gesundheits- und Pflegewissenschaften richten sich ebenfalls explizit an studieninteressierte Hebammenschülerinnen bzw. Hebammen. Hier wurden meist Modelle entwickelt, bei denen das Studium eng mit der Ausbildung an einer Fachschule verzahnt ist. Je nach konkreter Ausbildungsform dauern die Programme meist sechs bis acht, in Ausnahmefällen vier oder neun Semester und umfassen 180 bis 240 ECTS.¹⁴ Seit September 2009 wird außerdem ein European Master of Science in Midwifery an der Medizinischen Hochschule Hannover angeboten.

4.1.7. Registrierung

In Deutschland besteht, wie in Österreich, zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch kein verpflichtendes Register für Gesundheitsberufe. Ein Gesundheitsberuferegister ist aber im Aufbau begriffen.¹⁵ Das länderübergreifende elektronische Gesundheitsberuferegister (eGBR) soll künftig die Ausgabe von elektronischen Heilberufs- und Berufsausweisen (eHBA/eBA) an die Angehörigen von Gesundheitsfachberufen oder einem Gesundheitshandwerk und an sonstige ErbringerInnen ärztlich verordneter Leistungen (also inklusive der in diesem Bericht umfassten Berufe) übernehmen.

Zu den Kernaufgaben des eGBR werden die sichere Identifizierung der Antragstellenden für einen elektronischen Heilberufs- oder Berufsausweis (eHBA/eBA) und die Überprüfung der Berufserlaubnis/Berufsurkunde in Zusammenarbeit mit den zuständigen Berufsbehörden der Bundesländer gehören. Das Register soll auch die Zuständigkeit haben, bei Änderungen oder Widerruf der Berufserlaubnis/Berufsurkunde geänderte Ausweise zur Verfügung zu stellen oder ggf. Ausweise zu sperren und einzuziehen.

Es ist vorgesehen, dass das Register elektronische Verzeichnisdienste betreibt, die eine aktuelle Online-Überprüfung der Gültigkeit der Ausweise ermöglichen. Dies soll im Bedarfsfall die kurzfristige elektronische Sperrung eines Ausweises ermöglichen (z. B. bei

¹⁴ Eine konkrete Übersicht über Studienprogramme zum Zeitpunkt Juli 2015 liefert www.hebammenverband.de.

¹⁵ <http://www.egbr.de>

Verlust). Da die Ausweise – abhängig von der Berufsqualifikation – zum Zugriff auf Daten und Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte und zur Benutzung der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen berechtigen, ist diese Möglichkeit wichtig. Nach derzeitigem Wissensstand ist genau dies – die Ermöglichung eines elektronischen Nachweises für den Zugang zur elektronischen Gesundheitskarte und zu den damit verbundenen PatientInnendaten – der Hintergrund für die Einführung der Berufsausweise und deren Überprüfung der Grund für die Einführung eines Registers. Eine verpflichtende Registrierung, um gewisse Berufe ausüben zu dürfen, scheint nicht geplant zu sein.

Seit Herbst 2011 läuft ein Pilotversuch, im Rahmen dessen Ausweisausgabe und Register mit ausgewählten Berufsgruppen auf ihre Praxistauglichkeit getestet werden. Konkret wurden an rund 1.000 Physiotherapeutinnen und -therapeuten in Nordrhein-Westfalen Vorläufermodelle der Ausweise ausgegeben, die bereits die technischen Voraussetzungen für elektronische Signaturen und Verschlüsselung beinhalten. Aufbauend auf den Erfahrungen aus diesem Pilotprojekt ist geplant, stufenweise weitere Berufsgruppen einzubeziehen und mit Berufsausweisen auszustatten.

Als Sitz des Registers ist der Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen vorgesehen. Zu den Partnerorganisationen des Gesundheitscampus zählen u. a. die Hochschule für Gesundheit, an der seit dem Wintersemester 2010/11 die grundständigen Studiengänge Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie, Pflege und Physiotherapie belegt werden können, das Krebsregister NRW sowie Landeseinrichtungen für die Gesundheit am Arbeitsplatz.

4.1.8. Kapazitätsplanung

In eingeschränktem Maß wird Planung für den ärztlichen Beruf einschließlich Psychotherapie durchgeführt. Laut SGB V muss der Gemeinsame Bundesausschuss für die ambulante Versorgung Richtlinien zur vertragsärztlichen Bedarfsplanung erlassen. So sind einheitliche Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung sowie Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur zu erlassen. Allerdings besteht keine staatliche Planung von Kapazitäten im Bereich der nicht-ärztlichen Berufe. Für den Bereich der Pflege liegen einzelne Projektionsrechnungen von Forschungsinstituten vor, die sich in Methodik und Ergebnissen jedoch unterscheiden. Das Gesundheitsministerium etwa verweist zum Thema Personalknappheit in der Pflege auf die Arbeit des DIW aus dem Jahr 2010.¹⁶

Gesundheitspersonalplanung ist auch für die Länder und die Berufsvereinigungen nicht verpflichtend. Da die Ausbildungskapazitäten auf Länderebene bestimmt werden, wären Planungszahlen auch für die Bundesländer von hohem Interesse.

¹⁶ <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegekraefte/pflegefachkraeftemangel.html>

So laufen im Bundesland Rheinland-Pfalz unter dem Titel „Branchenmonitoring“ seit 2002 Arbeiten, die sich anfangs auf Pflegeberufe konzentrierten und seit 2010 die 18 sogenannten Gesundheitsfachberufe umfassen (Bieräugel et al. 2012). In einem Matchingansatz werden hierbei auf Basis der einzelnen Berufe Angebot und Nachfrage mit dem Ziel gegenübergestellt, aktuellen und bevorstehenden Fachkräftemangel zu identifizieren und Handlungsempfehlungen abzuleiten. Die Ergebnisse werden nach Landkreisen ausgewiesen. Das Datenproblem wurde in dieser Projektreihe so gelöst, dass das Angebot an den jeweiligen Fachkräften im Sinne von Arbeitssuchenden (also AbsolventInnen der Ausbildungseinrichtungen plus vermittelbare arbeitslose Fachkräfte) verstanden wurde, die dann der Nachfrage nach Fachkräften aus den Gesundheitseinrichtungen gegenübergestellt wurden, sodass die Bestandszahlen nicht in die Analyse eingingen. Der Branchenmonitor ist mit anderen Projektteilen abgestimmt (wie einem Arbeitsstättenmonitor) und wird jeweils in mehrjährigem Abstand durchgeführt. Aktuell (Jänner 2016) laufen die Vorbereitungen für eine neue Welle.

Auf nationaler Ebene werden im Rahmen des QuBe-Projekts regelmäßig Projektionsrechnungen für zahlreiche Berufsfelder sämtlicher Wirtschaftsbereiche vorgenommen. Das Projekt steht unter gemeinsamer Leitung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) und wird in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforschung (GWS) und dem Fraunhofer Institut für Angewandte Informationstechnik (FIT) durchgeführt. Es erarbeitet einen langfristigen Überblick über die voraussichtliche Entwicklung des Arbeitskräftebedarfs und -angebots nach Qualifikationen und Berufen. Dabei werden alle Berechnungen auf Grundlage von 54 tätigkeitshomogenen Berufsfeldern durchgeführt. Berechnungen bezogen auf einzelne Berufe, auf die der vorliegende Bericht fokussiert, wären demnach Sonderauswertungen. Beispielsweise wurde das BIBB-IAB Modell für Berechnungen für den Bereich der Pflege angewendet (Maier, Afentakis 2013). Für diese Berechnungen lagen jedoch keine originären Berufsinformationen im BIBB-IAB-Datensatz vor, sondern auf diese mussten aus anderen inkludierten Informationen (Ausbildung, Branche etc.) rückgeschlossen werden, was zu Unschärfen führt.

Eine E-Mail-Befragung der Berufsvertretungen bezüglich Planungsaktivitäten ergab keine Berichte über bestehende Planungsaktivitäten für die jeweiligen Berufe.

4.1.9. Beschäftigungssetting

Wiewohl in den Gesundheitsberufen keine Registrierungspflicht besteht, veröffentlicht das Statistische Bundesamt in Deutschland jährlich umfangreiches Zahlenmaterial über das Personal im Gesundheitswesen, das auch Aufschluss über das Setting der Beschäftigten gibt. Hierzu werden Informationen aus bis zu 30 verschiedenen Quellen kombiniert und abgestimmt. Der letzte Band bezieht sich auf das Jahr 2013 (Statistisches Bundesamt 2015).

Die verwendete Berufsklassifikation bildet allerdings die betrachteten Berufe leider nicht exakt, sondern nur näherungsweise ab. Bezogen auf die im vorliegenden Bericht besprochenen Berufe ist der im ambulanten Bereich arbeitende Anteil der Berufsangehörigen in den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie und Geburtshilfe besonders groß, wenn auf Vollzeitäquivalente abgestellt wird auch in der Diätologie (vgl. Tabelle 11). Innerhalb der ambulanten Versorgung sind nur die Berufe der Diät- und Ernährungstherapie (50 %) sowie die Gesundheits- und Krankenpflege (13 %) in nennenswertem Ausmaß in ärztlichen Praxen vertreten, Hebammen sowie Angehörige der Physio- und Ergotherapie hingegen nur selten.

Tabelle 11: Beschäftigte in Gesundheitsberufen in Deutschland (Stichtag 31.12.2013)

Systematik	Bezeichnung	Anteile (Köpfe)			Rest
		Ambulante Einrichtungen	davon Arztpraxen (1)	(teil-)stationäre Einrichtungen	
81302, 8131, 8132, 8138	Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege	17 %	13 %	69 %	14 %
8171	Berufe in der Physiotherapie	73 %	1 %	16 %	10 %
8172	Berufe in der Ergotherapie	50 %	4 %	36 %	14 %
8173	Berufe in der Sprachtherapie	8 %	0 %	12 %	81 %
8176	Berufe in der Diät- und Ernährungstherapie	22 %	50 %	33 %	44 %
8135	Berufe in der Geburtshilfe und Entbindungspflege	57 %	0 %	39 %	4 %
		Anteile (VZÄ)			
81302, 8131, 8132, 8138	Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege	16 %	13 %	72 %	13 %
8171	Berufe in der Physiotherapie	73 %	1 %	18 %	9 %
8172	Berufe in der Ergotherapie	48 %	0 %	38 %	15 %
8173	Berufe in der Sprachtherapie	83 %	0 %	11 %	6 %
8176	Berufe in der Diät- und Ernährungstherapie	17 %	0 %	33 %	50 %
8135	Berufe in der Geburtshilfe und Entbindungspflege	63 %	0 %	38 %	0 %

Anmerkung: Die Berufsnummern beziehen sich auf die Klassifikation der Berufe 2010.

(1) Anteilig an allen im ambulanten Bereich Tätigen.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2015).

4.2. Finnland

Das finnische Gesundheitssystem orientiert sich stark an den Entwicklungen in den anderen skandinavischen Ländern, insbesondere in Schweden. Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung ist in Finnland Aufgabe der staatlichen Behörden. Die Organisation der Gesundheitsleistungen fällt dabei in die Zuständigkeit der knapp 450 Gemeinden. Das öffentliche Gesundheitssystem wird im Wesentlichen über Steuern finanziert. Der Zuschuss aus staatlichen Steuermitteln für die Gemeinden erfolgt formelfinanziert und berücksichtigt in erster Linie die Altersstruktur. Darüber hinaus werden aber auch Kriterien wie die Arbeitslosenrate, die Anzahl der Invalidenrenten und die Bevölkerungsdichte als Kriterien berücksichtigt. (Grunenberg 2004)

Die Grundversorgung wird in landesweit etwa 270 Gesundheitszentren erbracht. Das sind regional tätige Organisationen, die die Grundversorgung der Bevölkerung mit präventiven, kurativen und Vorsorgeleistungen sicherstellen. Das Personal umfasst dabei Allgemein- und FachärztInnen, Krankenpflegekräfte, Hebammen, SozialarbeiterInnen, PhysiotherapeutInnen, PsychologInnen, Verwaltungsangestellte etc., die alle bei den Gemeinden angestellt sind. Das Leistungsspektrum der Gesundheitszentren ist entsprechend umfangreich, variiert jedoch mit der Bevölkerungsdichte. In entlegenen, bevölkerungsarmen Gebieten werden lediglich Angebote der Basis- und Notfallmedizin bereitgestellt. Die Leistungen eines Gesundheitszentrums erstrecken sich auf ambulante und stationäre Versorgung, Präventivleistungen, zahnärztliche Leistungen, Leistungen bei Mutterschaft und für Kinder, medizinische Versorgung von Schulkindern, Leistungen für SeniorInnen und bei Pflegebedürftigkeit, Familienplanung, Physiotherapie und betriebsärztliche Leistungen. Das Gesetz sieht dabei allerdings keine genaue Definition vor, wie die Leistungen zu erbringen sind. Dies liegt allein im Ermessen der Gemeinden, die zunehmend auch bestimmte Leistungen auf dem Privatsektor einkaufen. Die sekundäre und tertiäre Versorgung wird in Krankenhäusern ambulant oder stationär von FachärztInnen erbracht. Finnland ist in 19 Krankenhausbezirke eingeteilt und verfügt über fünf Universitätskliniken, 15 zentrale Krankenhäuser und 40 Fachkliniken (Grunenberg 2004).

Finnland hat in den letzten Jahren große Veränderungen im Bereich der Gesundheitsversorgung angestrengt. Auslöser für die Umgestaltungen sind eine alternde Bevölkerung und die steigende Nachfrage nach Pflege- und Gesundheitsdienstleistungen sowie eine Knappheit an niedergelassenen ÄrztInnen. Im Bereich der Pflege ist eine starke Verlagerung der Leistungen in den ambulanten Sektor zu beobachten. Angebote an häuslichen Pflege-, Tages- und Teilzeitpflegeeinrichtungen wurden ausgebaut.

Insbesondere in den entlegeneren Regionen Finnlands droht eine medizinische Unterversorgung, auch aufgrund der in den nächsten Jahren steigenden Zahl von Pensionierungen der ansässigen Gesundheitsversorgenden. In vielen Gemeinden und Krankenpflegeorganisationen führte dies zum Andenken von neuen Modellen: Das finnische

Ministerium für Gesundheit und Soziales hat im Jahr 2002 die Reorganisation zukünftiger Gesundheitsservices auf Basis einer Neuorganisation von Aufgabengebieten und Verantwortlichkeiten empfohlen (Fagerström 2009). Zwischen 2003 und 2004 wurden in Folge dessen 31 Pilotprojekte durchgeführt und ausgewertet, in denen ärztliche Aufgaben auf Nurses, Public Health Nurses sowie andere nicht-ärztliche Berufsgruppen neu verteilt wurden. (Hukkanen, Vallimes-Patomäki 2005)

4.2.1. Gesundheits- und Krankenpflege

In Finnland gibt es mehrere Arten von eigentlichen Nurses (EK 2000):

1. **Nurse** (Sairaanhoitaja/Sjuksöterska): generell oder mit Zusatzspezialisierung (3,5 Jahre)
2. **Public Health Nurse** (Terveydenhoitaja/Hälsovårdare): generell oder mit Zusatzspezialisierung. Ihre Ausbildung dauert länger (4 Jahre, 240 ECTS) und sie wird im Bereich der Social Services im Alltagsleben in Vorbeugung und Rehabilitation eingesetzt.¹⁷
3. Hebamme (Kättilö/Bammorska): Sie hat einen Berufstitel als Nurse und zusätzlich auch als Hebamme.
4. Practical Nurse (Lähihoitaja/Närvårdare): Sie ist eine Nurse niedrigeren Rangs, kann einige Aufgaben unabhängig erledigen, aber arbeitet meist mit den Nurses in Krankenhäusern zusammen. Diese Berufsgruppe wurde mit dem Ausbildungsstart einer zweijährigen Ausbildung im Jahr 1987 gegründet und mehrmals bezüglich Ausbildung und Aufgaben umgeformt, bis die Ausbildung 1994 nicht mehr fortgesetzt wurde.
5. New **Practical Nurse** (Lähihoitaja/Närvårdare): Ausbildungsstart 1995, seither ein dreijähriger Kurs. Die Hälfte dieser Nurses arbeitet im Bereich Social Services.
6. ANPs: Nurses mit zusätzlicher Masterausbildung

2012 vermeldete Statistics Finland 79.600 Nurses, davon 94 % Frauen, mit einem Durchschnittsalter von ca. 43 Jahren und einem Durchschnittseinkommen von 3.091 Euro/Monat, wenn sie auf Gemeindeebene beschäftigt sind (Statistics Finland 2012).

Die **Ausbildung** zur Nurse erfolgt in Finnland parallel über die sogenannten polytechnischen Schulen (multidisziplinäre und regionale Hochschulbildungseinrichtungen) oder über die Universitäten.

Die Ausbildung zur registrierten Nurse dauert in Finnland 3,5 Jahre (210 ECTS) und vier Jahre (240 ECTS) zur Public Health Nurse (Robinson, Griffiths 2007). Die Ausbildung als Hebamme dauert ein zusätzliches Jahr. Die Ausbildung schließt mit einem BA ab. Nach drei

¹⁷ <http://www.metropolia.fi/en/degree-programmes/health-care-and-nursing/nursing/public-health-nursing/>

Berufsjahren kann mit 50 ECTS ein Master aufgesetzt werden (ein Jahr), um sich zu spezialisieren. Auf die Ausbildung zur Nurse kann die Ausbildung zur ANP aufsetzen, die ebenfalls mit einem MA abschließt. (EK 2013)

Die schwedische Universität Skövde war die erste Universität in den skandinavischen Ländern, die 2003 mit der Ausbildung von ANPs begann. Dies war von höchster Relevanz für die Entwicklung der ANPs in Finnland. Um die Weiterbildung zur ANP in Finnland zu ermöglichen und dementsprechende Ausbildungslehrgänge einzurichten, begann die University of Applied Sciences in Vaasa 2004 mit der Forschung zur Berufsgruppe der ANPs.

Der erste Ausbildungsgang zur ANP wurde als 40-wöchiger Kurs (60 ECTS) von 2005 bis 2006 aufgezogen, um das Bachelorstudium (210 ECTS in 3,5 Jahren) deutlich zu vertiefen. Die erste AbsolventInnengruppe umfasste 19 Personen mit Fokus auf zwei Hauptgebiete: Anamnese akuter Erkrankungen und Verletzungen wie Infektionen und kleinerer Unfälle sowie Pflege und Betreuung bei chronischen Erkrankungen. Dieser Kurs endete ohne offizielles Examen, aber die Lehrinhalte wurden schließlich in ein Masterprogramm umgewandelt, das 2006 als MA in Advanced Clinical Care an der Svenska yrkeshögskolan (SYH) startete. Das Studium ist als berufsbegleitende Ausbildung auf nordischem Level gedacht und soll in 2,5 Jahren abgeschlossen werden.

2012 wurde in Finnland ANPs das Recht eingeräumt, Rezepte zu schreiben. Dazu gibt es den eigenen Lehrgang Nurse Prescribers mit 45 ECTS-Punkten, der privat zu bezahlen ist. Der Lehrgang umfasst u. a. Pharmazie und medikamentöse Anwendungspraxis und schließt mit Zertifikat ab.

4.2.2. Physiotherapie (Fysioterapeutti, Lääkintävoimistelija, Erikoislääkintävoimistelija)

Ende 2013 praktizierten 13.368 PhysiotherapeutInnen in Finnland. Das Verhältnis von Frauen und Männern ist sechs zu eins.¹⁸ Besondere Arbeitsschwerpunkte in der Physiotherapie sind auch hier Neurologie, Orthopädie, Gesundheit am Arbeitsplatz, ältere Menschen, Frauen, Kinder, Sport, Ausbildung, psychische Gesundheit und tierärztlicher Bereich. Es gibt 15 universitäre Ausbildungsprogramme, die alle mit einem BA abschließen und 3,5 Jahre dauern.

Finnische PhysiotherapeutInnen haben ausgewiesene Praxisstandards und einen Code of Conduct. Es kann in einer eigenen Praxis gearbeitet werden oder in Gemeinschaftspraxen bzw. Kliniken. Das Aufgabengebiet umfasst Erstkontakt mit PatientInnen, Anamnese, Behandlung und Prävention. Es braucht keine Überweisung. Ohne ärztliche Überweisung muss aber privat bezahlt werden.

¹⁸ <http://www.wcpt.org/node/24127/cds>

4.2.3. Ergotherapie

Laut Register von Valvira waren im Jahr 2011 2.518 ErgotherapeutInnen registriert. Jedes Jahr schließen weitere 100 neue ErgotherapeutInnen ihre Berufsausbildung ab. Die Ausbildung dauert 3,5 Jahre und kann an den sieben polytechnischen Schulen des Lands erworben werden. Die meisten ErgotherapeutInnen arbeiten im öffentlichen Bereich. 40 % sind in der Pädiatrie tätig, 30 % im Bereich Psychiatrie, 20 % in der Neurologie für Erwachsene und 10 % im Bereich Innere Medizin.¹⁹

Seit 2012 gibt es ein wissenschaftliches Kolloquium in Finnland, bei dem alle ErgotherapeutInnen mitarbeiten können. Die Ergotherapie wurde in einem Consensus Dictum als Berufsgruppe anerkannt, die als Teil eines multiprofessionellen Teams bei der Schlaganfallrehabilitation zuzuziehen ist, die im Bereich der Altenpflege ausgebaut werden muss und für die in jedem Bereich der Geriatrie und Gerontologie eine Professionalisierung zu erfolgen hat.²⁰

4.2.4. Logopädie

Gegenwärtig gibt es in Finnland etwa 1.100 LogopädInnen.²¹ Als Einstiegsvoraussetzung für die Logopädie-Ausbildung ist ein Bakkalaureat bzw. ein A-Level-Abschluss erforderlich. Zusätzlich ist eine schriftliche und mündliche Aufnahmeprüfung zu absolvieren. Jährlich werden 20 Studierende aufgenommen.

Seit 2005 gilt für Logopädie die Bologna-Regelung. 300 ECTS sind nötig, um das Programm mit einem MA abzuschließen. Erst danach kann eine Akkreditierung als SLT erfolgen; d. h. die Einstiegsvoraussetzung für den Berufseintritt in SLT ist ein MA-Abschluss. Studieninhalte sind theoretische Logopädie, Psychologie, Linguistik, Medizin und wissenschaftliches Arbeiten. Neben BA- und MA-Arbeiten ist ein großes Programm an praktischer Erfahrung zu absolvieren. Ein Weiterstudium zum PhD in Logopädie ist möglich.

4.2.5. Diätologie

Der Berufstitel lautet auf Finnisch „lailistettu ravitsemusterapeutti“ oder übersetzt registrierte NutritionistIn.

Ein MA-Abschluss ist die Grundvoraussetzung für die Arbeit als DiätologIn. Die Ausbildung dauert mindestens fünf Jahre und beinhaltet eine praktische Ausbildung von zweimal sechs Wochen. Gegenwärtig bietet diese Ausbildung in Finnland genau eine Institution an.

¹⁹ <http://www.toimintaterapeuttilitto.fi>

²⁰ www.duodecim.fi/konsensus

²¹ http://www.helsinki.fi/speechsciences/studying/education_programme_SLT.htm

Die Anzahl von DiätologInnen wird mit 150²² angegeben (o. J.). DiätologInnen arbeiten üblicherweise als Angestellte in Krankenhäusern, Community Health Centres, Gemeinde- oder privaten Praxen und in den Bereichen Lebensmittel, Landwirtschaft, Lebensmittelservices, Gastwirtschaft, Lebensmittelherstellung, Lebensmittelindustrie, Pharmaindustrie, Bildung und Forschung sowie bei Diabetesgesellschaften, zöliakischen Gesellschaften, anderen Gesundheitseinrichtungen und den Medien.

4.2.6. Hebammenwesen

Die ersten Direktiven für Hebammen wurden 1711 in Schweden-Finnland erlassen. Die Hebamme ist verantwortlich für die von ihr geleisteten Pflegedienste bei der Geburt, Geburtsvorbereitung und -nachbereitung. Dennoch liegt die Endverantwortung bei GynäkologInnen und ÄrztInnen. 2000 erfolgten 78 % aller Geburten mithilfe von Hebammen (Emons, Luiten 2001), 2012 erfolgten aber nur 20 bis 30 registrierte Hausgeburten. Fast alle Hebammen (99,9 %) sind im öffentlichen Sektor angestellt. 2012 gab es nur etwa fünf unabhängige Hebammen.²³ 2000 waren 2.000 der 4.220 registrierten Hebammen aktiv. Die Geburten pro Hebamme lagen bei etwa 28. (Emons, Luiten 2000)

In Finnland (wie auch in Großbritannien) wird von einer steigenden Verdrängung des Berufsstands der Hebamme aufgrund von Medikalisierung gesprochen. Es wird berichtet, dass Regierung und Universitätskrankenhäuser bestrebt sind, kleine Geburtsstationen (unter 1.000 Geburten im Jahr) zu schließen und das Gebären zu zentralisieren. Es wird mit der Gefahr von Geburten in kleinen Krankenhäusern argumentiert, da hier oft keine Möglichkeit besteht, Kaiserschnitte zu setzen. Die Anzahl der Epiduralprozeduren (Kreuzstich) liegt bspw. im Krankenhaus Tampere bei 85 % und die der Kaiserschnitte bei 15%. Finnische NGOs wie Missä haluat synnyttää? (Where do you want to give birth?) und Aktiivinen synnytys versuchen, alternative Geburten und Heimgeburten weiterhin für die Bevölkerung zu erhalten.²⁴

Die Ausbildung zur Hebamme schließt in Finnland an die dreijährige Ausbildung zur Nurse an. Nach einem 1,5-jährigen universitären Lehrgang, der rund 1.000 Praxisstunden beinhaltet, schließt die Hebamme mit einem BA ihre Berufsausbildung ab.

²² <http://www.internationaldietetics.org/NDAs/Finland.aspx>

²³ <https://midwiferytoday.com/international/Finland.asp>

²⁴ <https://midwiferytoday.com/international/Finland.asp>

4.2.7. Registrierung

Bei Valvira, der National Supervisory Authority for Welfare and Health, müssen sich laut finnischer Gesetzeslage 17 Berufsgruppen, die der Lizenzierungspflicht unterliegen, registrieren lassen. Dazu gehören u. a. ÄrztInnen, ZahnärztInnen, ApothekerInnen, PsychologInnen, SprachtherapeutInnen, DiätologInnen, Nurses, Hebammen, PhysiotherapeutInnen, medizinisch-technische AssistentInnen, RadiologInnen, ZahnpflegerInnen, ErgotherapeutInnen, OptikerInnen und ZahntechnikerInnen. Die Ausübung dieser Berufe ist in Folge nur lizenzierten ProfessionistInnen erlaubt.²⁵

Die geschützten 13 Berufstitel sind OrthopädietechnikerIn, PodiatristIn, MasseurIn, ChiropraktikerIn, NaprapathIn, OsteopathIn, Practical Nurse, PsychotherapeutIn, KrankenhausphysiostIn, KrankenhausgenetikerIn, KrankenhausapothekerIn, KrankenhausmikrobiologIn und KrankenhauszellbiologIn. Die Berufe dürfen auch von Menschen praktiziert werden, die die entsprechende Ausbildung vorweisen können und nicht registriert sind. Ohne Registrierung ist es allerdings nicht erlaubt, den jeweiligen Berufstitel zu führen.

Das onlinebasierte nationale JulkiTerhikki²⁶ ist (teilweise) öffentlich einsichtig. Hier können Registrierungsnummer, Name, Geburtsjahr und Spezialgebiete des Gesundheitspersonals eingesehen werden. Die Registrierung erfolgt einmalig. Eine Reregistrierung ist nicht erforderlich.

4.2.8. Kapazitätsplanung

Als einziges Land der OECD strebt Finnland seit 1991 an, die Workforce für die gesamte Wirtschaft zu planen. (Im Vergleich dazu plant in der EU etwa Italien für 22 Gesundheitsberufe, Irland plant für den ärztlichen Bereich, Nurses und anderes Gesundheitspersonal, Frankreich und Deutschland planen teilweise auch für Nurses, während in Belgien, Dänemark, den Niederlanden und im Vereinigten Königreich nur für ÄrztInnen und ZahnärztInnen geplant wird (OECD 2013).) Mit diesem für die OECD-Staaten umfassendsten Planungsansatz verfolgt Finnland zwei Ziele: einerseits eine bessere Balance zwischen Bildungsangebot und dem Bedarf des Arbeitsmarkts und andererseits, allen jungen Menschen zwischen 16 und 21 Jahren eine Berufsausbildung zu ermöglichen.

In Finnland erfolgt die Planung der Gesundheitsberufe im Rahmen einer nationalen, alle Berufe mit einbeziehenden Planung der Arbeitskräfte. Hauptfokus bei der Organisation der Berufsstände ist es, Planzahlen für Studierende an den Universitäten und polytechnischen Schulen sowie für AnfängerInnen in Berufsausbildungen zu erstellen, um somit das

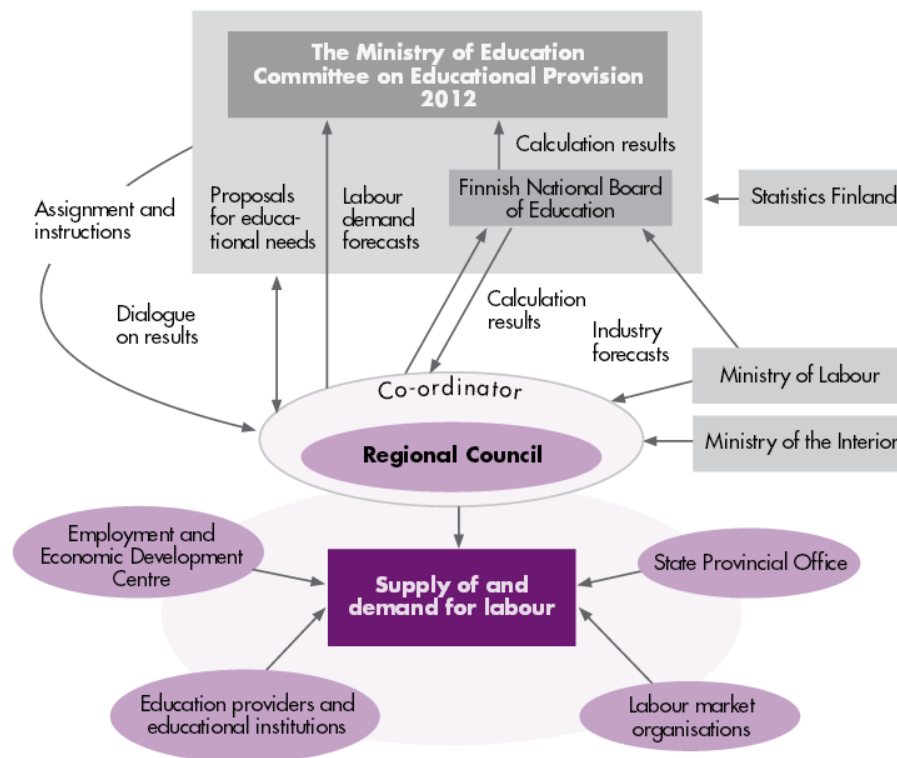
²⁵ https://www.valvira.fi/w eb/en/healthcare/professional_practice_rights

²⁶ https://www.valvira.fi/w eb/en/healthcare/professional_practice_rights/terhikki_register

zukünftige Angebot an Fachkräften an den erwarteten Bedarf anzunähern. Die Planung erfolgt zentral, aber parallel dazu auch gleichermaßen für alle 19 finnischen Regionen.

Die Planung erfolgt in mehreren Schritten: Im ersten Schritt erstellt das staatliche Institute for Economic Research auf Basis von Statistics-Finland-Daten **Langzeitprojektionen für den Bedarf an Arbeitskräften** in den unterschiedlichen Sektoren und Berufen, was in Kooperation mit vier Ministerien (Beschäftigung und Wirtschaft, Finanzen, Bildung und Kultur, Soziale Belange und Gesundheit) erfolgt. Im zweiten Schritt setzt das National Board of Education des Bildungs- und Kulturministeriums auf diese Projektionen **Bedarfsanalysen für den Bildungsbereich** auf und erstellt Zielvorgaben für die Aufnahme von SchülerInnen und Studierenden. Das Ministerium ermittelt dann mithilfe einer Gruppe von ExpertInnen aus unterschiedlichen Bereichen konkrete Erwartungen für zukünftige Bildungsbedarfe.

Abbildung 13: Organisation der Bedarfsplanung in Finnland

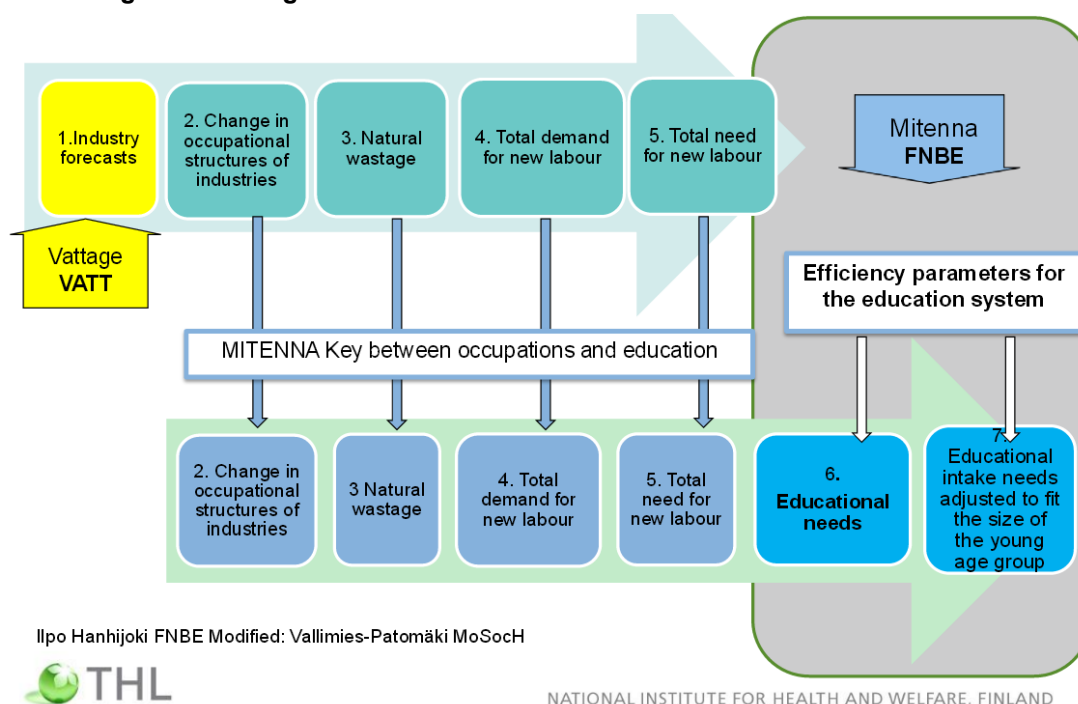


Quelle: Hanhijoki et al. (2009:6).

Darauf basierend werden **Aufnahmequoten für die einzelnen Ausbildungen** festgesetzt. Diese Quoten für BildungsanfängerInnen werden alle vier Jahre neu bestimmt und in den Entwicklungsplan für Bildung und universitäre Forschung aufgenommen. Die gegenwärtigen Langzeitprojektionen reichen von 2008 bis 2025, während die Einstiegsquoten von 2011 bis 2016 liefern. Das zukünftige Beschäftigungswachstum im Bereich Gesundheit wird mittels

BIP-Wachstumsprognosen und von der EU bzw. dem Sozialministerium prognostizierten Gesundheitsausgaben geschätzt. Die Beschäftigungsnachfrage orientiert sich hier an erstens veränderten Bedarfen pro Sektor, zweitens Ausgleichsbedarfen für aus der Labor Force ausgeschiedene Arbeitskräfte bzw. Bevölkerungsalterung und drittens der Bevölkerungsentwicklung der jungen Generation. Interaktionen und Substitution zwischen Berufsgruppen bleiben ausgeklammert.

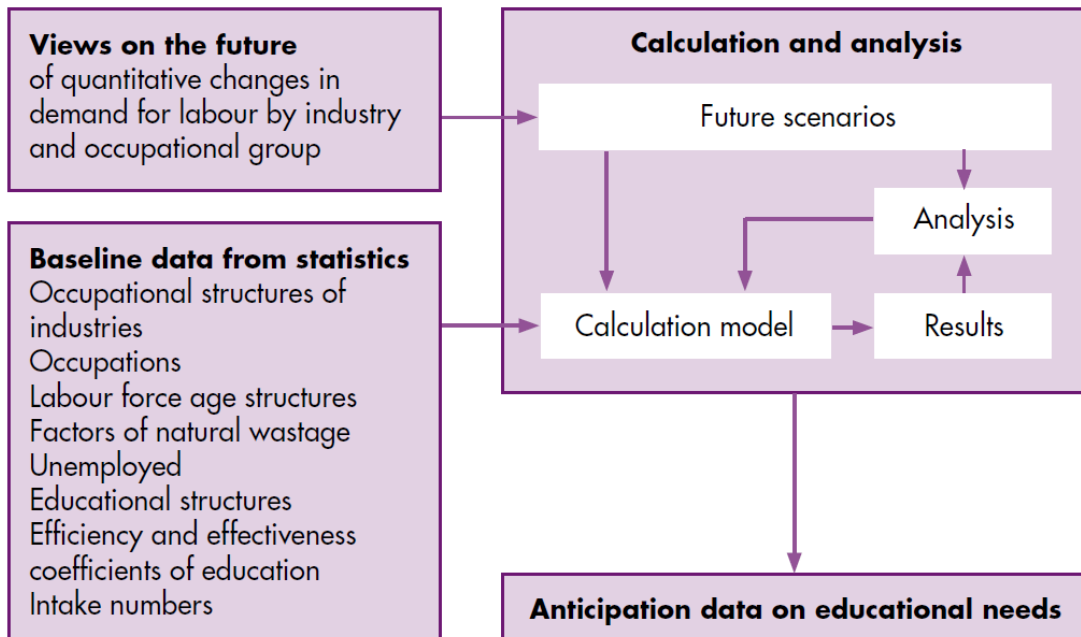
Abbildung 14: Planungsschritte und Modell



Quelle: Ailasmaa (2015).

In den abgebildeten Planungsschritten findet sich neben dem Dateninput für die Industrieprognosen mittels Applied General Equilibrium Model (VATTAGE) des Government Institute for Economic Research (VATT) das Modell MITENNA des finnischen National Board of Education (FNBE), das die relevanten Parameter für die Bildungsbedarfe generiert.

Etwas vereinfachter ist die Darstellung in der Abbildung zur Methodik (Abbildung 15).

Abbildung 15: Methodik der Bedarfsplanung in Finnland

Quelle: Hanhijoki et al. (2009:12).

Methodisch werden die Erwartungen für den Arbeitskräftebedarf in Bildungsbedarfe konvertiert. Für 400 Berufsgruppen wurde ein eigener Korrespondenzschlüssel erstellt, mit dem der Arbeitskräftebedarf in den Bildungsbedarf umgesetzt wird. Als weiterer Schritt werden Effizienz- und Effektivitätskriterien in die Kalkulation mit einbezogen, d. h. erfolgreiche Abschlüsse und Weiterbildung bzw. Beschäftigungsquoten der AbsolventInnen.

Das Prognosemodell umfasst Prognosen für Gesundheitsausgaben, ein Basisszenario und ein optimistisches Zielszenario. Beim Basisszenario wird mit 1,7 % BIP-Wachstum gerechnet, beim optimistischen Targetszenario mit 2,3 %. In diesem Szenario wird außerdem von Effizienzsteigerungen und Reformen im Gesundheitsbereich ausgegangen. (OECD 2013) Ein drittes Szenario basiert auf den Ausgabenprognosen des Ministeriums für Gesundheit und Soziales. Die Ergebnisse für die drei Szenarien grenzen die für die Bedarfsdeckung nötigen Studierendenzahlen nach oben und unten ein.

In Tabelle 12 werden exemplarisch die Projektionsergebnisse für Finnland für den Sektor Human Health Activities und für die Berufsgruppen im Gesundheitsbereich für die beiden Szenarien dargestellt.

Tabelle 12: Projektionsergebnisse für Finnland

INDUSTRIES	Number of employed people			Basic scenario			Change % 2004- 2020	Target scenario			Change % 2004- 2020
	1995	2000	2004	2010	2015	2020		2010	2015	2020	
23 Human health activities	136,933	154,285	165,635	174,800	182,700	187,300	13	179,200	185,500	193,000	17

OCCUPATIONAL GROUPS	Median age ¹⁾	Number of employed people ¹⁾	Natural wastage	Basic scenario		Target scenario	
				Change	Job openings	Change	Job openings
7 HEALTH AND SOCIAL WORK	43	290,700	121,600	59,100	180,700	88,700	210,300
7.1 Practical nurses	43	56,900	24,100	9,500	33,600	14,900	39,000
7.2 Nurses and other health care professionals	42	81,100	29,000	22,800	51,800	31,400	60,400
7.3 Medical doctors and other health professionals	44	24,300	9,800	4,100	13,900	7,500	17,300
7.4 Social services workers and instructors	43	115,400	52,400	17,100	69,500	24,500	76,900
7.5 Social work professionals	44	8,100	3,500	5,800	9,300	9,800	13,300
7.6 Health and social services managers	49	4,900	2,800	-200	2,600	600	3,400

Quelle: Hanhijoki et al. (2009:49 und 52).

Zusätzlich zu den geplanten Prognosen und den daraus resultierenden Aufnahmequoten sollen Monitoringelemente die Strategie unterstützen. Dazu gehören ein Workforce-Monitoring im Bereich Gesundheit durch das National Institute for Health and Welfare, Informationen über Knappheiten bei ÄrztInnen und ZahnärztInnen durch die Ärztekammer auf Gemeindeebene und alle vier Jahre erstellt das Gesundheitsministerium einen Bericht, in dem der Gesundheitsstatus und die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung analysiert werden. (OECD 2013)

4.3. Niederlande

In den Niederlanden wird Primärversorgung zunehmend in größeren organisatorischen Einheiten erbracht, in denen Versorgung oft in multidisziplinären Teams erfolgt, in denen auch administratives Personal und zum Teil Angehörige von in Österreich unüblichen Berufen wie Physician Assistants mitarbeiten. Oft besteht auch eine formelle Kooperation mit Apotheken. Fachärztliche Versorgung erfolgt vor allem in Krankenhäusern; eigene extramurale Ordinationen sind in den Niederlanden unüblich. (Schäfer et al. 2010)

Die EU-Direktive zur Beschränkung der Wochenarbeitszeit auf 56 Stunden hat auch in den Niederlanden das öffentliche Interesse an Berufen, die die Ärzteschaft ergänzen und entlasten könnten, beflügelt. Steuerung, Regulierung und Qualitätssicherung liegen auf allen Bildungsstufen in den Händen des Staats, lassen aber oft breiten Gestaltungsspielraum für die TrägerInnen der Ausbildungseinrichtungen. Ein Konzept dualer Berufsbildung wie in Deutschland oder Österreich gibt es in den Niederlanden so nicht. Das Ausbildungssystem ist schulisch orientiert. In der Sekundarstufe bestehen parallel drei Schienen mit unterschiedlicher Dauer (drei bis sechs Jahre) und berufsorientierter bzw. wissenschaftlicher Orientierung. Je nach absolviertem Schultyp wird die Berechtigung zum späteren Besuch einer Hogeschool (etwa Fachhochschule) oder Universität erworben (Lehmann et al. 2014:33f).

4.3.1. Gesundheits- und Krankenpflege

Die **Ausbildung** in Krankenpflege ist in den Niederlanden seit dem Jahr 2000 in ein fünfstufiges System mit jeweils unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen und Abschlussqualifikationen gegliedert. Die Stufen bauen aufeinander auf, bilden aber selbstständige abgeschlossene Qualifizierungsangebote. Sie bilden ein durchlässiges System, das nach Absolvieren einer Stufe den Übertritt in die jeweils höhere Stufe ermöglicht. Auf allen Stufen wird breit ausgebildet, sodass die Ausgebildeten in allen Bereichen der Pflege eingesetzt werden können. Ende der 1990er-Jahre ging die Verantwortung für die Ausbildung vom Gesundheits- auf das Bildungsressort über und die berufliche Pflegeausbildung wurde voll in das reguläre öffentliche Bildungssystem integriert (de Jong, Landenberger 2005).

Die fünf Ausbildungsstufen sind einander in Tabelle 13 gegenübergestellt. Je nach gewählter Ausbildungseinrichtung bestehen im Bereich der Pflege gleichwertige parallele Ausbildungswege, entweder als betriebliche duale Ausbildung oder als schulische Ausbildung. In beiden Ausbildungsarten wird unterschiedlich hoher Wert auf theoretische bzw. praktische Ausbildung gelegt, mit entsprechenden Unterschieden in der Verteilung des Stundenvolumens, aber gleich lautendem Abschlusstitel (Middelbaar Beroeps Opleiding, MBO-V). Nach der Anfangsphase mit generalisierten Inhalten erfolgt in der Differenzierungsphase eine Spezialisierung auf ein Versorgungssetting wie

Allgemeinkrankenhaus, Alten- und Pflegeheim sowie Hauskrankenpflege, Psychiatrie und Behindertenpflege. Die Stufe-5-Ausbildung (Hoger Beroeps Opleiding, HBO-V) wird nur an FHs angeboten und differenziert sich in der zweiten Hälfte in die Spezialisierungen Allgemeine Pflege, Psychiatrische Pflege oder Public Health und schließt mit dem Bachelor of Nursing (BN) ab. AbsolventInnen dieser Ausbildungsform sind für spezialisierte oder koordinierende Funktionen vorgesehen, jene der intermediären Ausbildungsform für die allgemeine Krankheits- und Gesundheitspflege. Akademische Ausbildung auf Bachelor- und Masterniveau wird an Universitäten und sogenannten Hogeschoolen (in etwa Fachhochschulen) angeboten. Unabhängig vom Spezialgebiet während der Ausbildung wird der einheitliche Berufstitel „Verpleegkundige“ geführt, mit nachgestellter Form (MBO oder HBO) und ergänzender Beschreibung. Die Spezialisierung führt zu keiner Einschränkung des Betätigungsfelds (de Jong, Landenberger 2005, Schäfer et al. 2010:137f, Lehmann et al. 2014:144).

Tabelle 13: Qualifikationsniveaus, Ausbildungsdauern und Tätigkeitsprofile in den Niederlanden

Beruf/Abschluss	Stufe	Ausbildungseinrichtung	Dauer in Jahren	Funktion/Tätigkeit
Assistierende	1	Berufsschule	1	Vorwiegend häusliche, hauswirtschaftliche Pflege
PflegehelferIn	2	Berufsschule	2	Vorw. häusliche Pflege
SozialpflegerIn	3	Berufsfachschule	3	Medizinisch wenig komplexe Pflegesituationen
Pflegekraft (Verpleegkundige MBO)	4	Berufsfachschule und FH	4	Medizinisch komplexe Pflegesituationen
Pflegekraft (Verpleegkundige HBO-V)	5	FH	4	Casemanagement, medizinisch hochkomplexe Pflegesituationen

Quelle: de Jong, Landenberger (2005).

Pflegepersonen des höheren Ausbildungswegs können sich bei entsprechender Berufserfahrung zum relativ neuen Beruf Nurse Specialist weiterbilden. Nurse Specialists dürfen selbstständig bestimmte PatientInnengruppen versorgen, beispielsweise bei chronischen Krankheiten. Eine beschränkte Zahl von Spezialisierungen aus den Bereichen Prävention, Akutversorgung mit körperlichen chronischen Leiden, Intensivpflege und psychische Gesundheit sind hierfür anerkannt. Wichtigstes Erfordernis auf dem Weg zum Beruf Nurse Specialist ist der Abschluss eines entsprechenden Masterprogramms. Zur Zeit der Erstellung des HiT Netherlands 2010 war das einzige solche Masterprogramm noch jenes für Advanced Nursing Practice. Weitere waren in Vorbereitung (Schäfer et al. 2010:138).

Fortbildung für Pflegepersonen ist nicht verpflichtend auf nationaler Ebene geregelt, sondern liegt meist im Ermessen der ArbeitgeberInnen. Für den Weiterbestand der Lizenz ist neben der Registrierung eine Mindeststundenanzahl beruflicher Tätigkeit erforderlich. Es wurde jedoch ein „Qualitätsregister“ errichtet, in das Nurses auf freiwilliger Basis ihre Fort- und Weiterbildungsaktivitäten in ein Onlinesystem einmelden und in weiterer Folge z. B. im Zuge von Bewerbungen nutzen können. Die registerführende Institution (die Berufsvereinigung der Pflege V&VN) definiert 184 Stunden Weiterbildung in einem Zeitraum von fünf Jahren als ausreichend für den Erhalt der Mindestqualität (Schäfer et al. 2010:138).

4.3.2. Physiotherapie

In den Niederlanden wird das physiotherapeutische Berufsprofil breiter verstanden als in Deutschland oder Österreich. So kann Physiotherapie auf ärztliche Anordnung, seit 2006 aber auch im direkten Zugang in Anspruch genommen werden. Dementsprechend werden auch eigenständige Befundung sowie Screening auf Risikofaktoren in der Ausbildung vermittelt.

In den Niederlanden findet die **Ausbildung** regulär im Hochschulsektor statt. Primärqualifizierende Studiengänge an Hogescholen (in etwa Fachhochschulen) führen in vier Jahren zum Bachelorabschluss.²⁷ Zugangsvoraussetzung sind zwölf Schuljahre mit Abschluss, wofür mehrere verschiedene Möglichkeiten anerkannt werden. Die im Vergleich zu den anderen betrachteten Ländern lange Studiendauer ist auch mit einem höheren Maß an Ausbildungsstunden verbunden, die zu einem verhältnismäßig hohen Anteil (vier Fünftel) theoretisch angelegt sind. Das Ausbildungsziel ist explizit in Form zu erwerbender Kompetenzen formuliert. Die Ausarbeitung der konkreten Curricula liegt dann in der Verantwortung der einzelnen Hogescholen. (Lehmann et al. 2014)

Im Zuge von Master- und Promotionsstudien können weiterführende Kenntnisse erworben werden, die sowohl auf eine Spezialisierung wie auch auf Forschungstätigkeit ausgerichtet sein können.

Bevor die Berufstätigkeit aufgenommen werden darf, ist eine **Registrierung** im BIG-Register vorzunehmen (vgl. Abschnitt 4.3.7). Zusätzlich besteht ein zentrales Melderegister beim Berufsverband, in dem die Berufsangehörigen aufgelistet sind, die den Qualitätsansprüchen des Berufsverbands genügen. Diese Anforderungen beziehen sich auf Fachkenntnisse, Arbeitserfahrungen, die Bereitschaft, innerhalb der Richtlinien zu arbeiten, aber auch Umgang mit KollegInnen und Beschwerden sowie die Einhaltung des Ethikkodex (<https://www.fysionet.nl/english/quality-assurance-clinical-guidelines.html>).

²⁷ Das Programm in Amsterdam ist auf drei Jahre konzentriert, verzichtet aber auf Ferien.

Spezifische Assistenz- oder Hilfsqualifikationen für Physiotherapie gibt es in den Niederlanden nicht.

BerufsmigrantInnen, die die Arbeitspraxis in Deutschland und den Niederlanden miteinander vergleichen können, hoben die angenehmere Arbeitsatmosphäre in den Niederlanden durch weniger hierarchische Barrieren bei gleichzeitig größerer Wertschätzung hervor. Die größere Autonomie durch den üblichen Direktzugang empfanden sie eher als Befreiung denn als Belastung. Des Weiteren wurden die größere Heterogenität zwischen den Versicherungspaketen und die damit einhergehenden Unterschiede in der Verrechenbarkeit von Leistungen betont. Die stärkere Belastung durch Schreibarbeiten wurde im Zusammenhang mit größerem Verantwortungsbereich gesehen. Im Umgang mit PatientInnen nimmt die direkte Therapiearbeit weniger Stellenwert, Schulung, Anleitung und Motivation zur Selbstständigkeit dafür einen höheren Stellenwert ein als in der deutschen Berufspraxis. (Lehmann et al. 2014:117f)

4.3.3. Ergotherapie

Der Bereich Ergotherapie gehört in den Niederlanden zu den am stärksten wachsenden Gesundheitsberufen (Schäfer et al. 2010:126). Nach Angaben der europäischen Berufsvereinigung COTEC arbeiteten im Jahr 2014 in den Niederlanden 22 Ergotherapeutinnen und -therapeuten je 100.000 EinwohnerInnen. (COTEC 2015)

Die Zugangsvoraussetzung zur **Ausbildung** ist ein Schulabschluss nach typischerweise 13 Schuljahren. Neben dem VWO-Diplom (das in etwa der allgemeinen Hochschulreife entspricht) und dem HAVO-Diplom (Fachhochschulreife) bestehen weitere Varianten. Die Ausbildung dauert vier Jahre und schließt 1.600 Stunden praktische Ausbildung mit ein. Die Ausbildung schließt mit Bachelor ab. Im Jahr 2014 wurde in den Niederlanden in vier von der World Federation of Occupational Therapists akkreditierten Einrichtungen eine Ausbildung in Ergotherapie angeboten sowie in einer nicht akkreditierten Einrichtung. Pro Jahr schließen rund 200 Personen die Ausbildung ab. Es besteht die Möglichkeit, nach Erwerb des Bachelorabschlusses die Ausbildung mit einem Masterabschluss in Ergotherapie oder mit postgradualen Kursen über Spezialgebiete fortzusetzen. Der Erwerb eines Doktors in Ergotherapie ist nicht vorgesehen. (COTEC 2014)

Um in den Niederlanden als ErgotherapeutIn arbeiten zu dürfen, ist zwar keine **Registrierung** im BIG-Register notwendig, allerdings ist das BIG zuständig für die Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen in Ergotherapie. Die Mitgliedschaft im holländischen Berufsverband (Ergotherapie Nederland) ist freiwillig.

4.3.4. Logopädie

Die **Ausbildung** wird vom Bildungs-, Kultur- und Wissenschaftsministerium geregelt. Neben der Fachhochschulzugangsberechtigung (HAVO) wird als Aufnahmebedingung die positive Absolvierung eines Stimm- und Sprachtests verlangt. Die Ausbildung in Logopädie erfolgt in den Niederlanden an Hogescholen, dauert vier Jahre und umfasst 240 ECTS. Im Jahr 2009 boten sieben Einrichtungen Programme an, im Rahmen derer pro Jahr 500 bis 600 Studierende eine Ausbildung aufnahmen. Die Programme schließen mit Bachelor of Health ab. Nach Abschluss des Bachelorprogramms kann die Ausbildung an einer Universität mit einem Masterprogramm in Logopädie, Sprech- und Sprachpathologie, Neurolinguistik oder Linguistik fortgesetzt werden. (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie 2009)

Die Berufsberechtigung wird bereits durch den Erhalt des Bachelordiploms verliehen, das durch die staatlichen Stellen anerkannt wird. Darüber hinaus können sich LogopädInnen freiwillig im Qualitätsregister Paramedici **registrieren**, was aber nicht zwingend notwendig ist. Ebenfalls auf freiwilliger Basis ist eine Reregistrierung nach fünf Jahren möglich, bei der auch Aspekte wie Inter- und Supervision, berufliche Weiterbildung und wissenschaftliche Forschung Berücksichtigung finden können (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie 2009).

4.3.5. Diätologie

Im Jahr 2006 waren in den Niederlanden 2.600 Beschäftigte im Bereich Diätologie tätig (Schäfer et al. 2010:126). Die niederländische Berufsvereinigung gibt 3.200 berufsausübende DiätologInnen an (o. J.²⁸).

DiätologInnen und PsychologInnen sind die einzigen Gesundheitsberufe im Bereich der Primärversorgung, für deren Inanspruchnahme eine ärztliche Überweisung notwendig ist (Schäfer et al. 2010:151).

Als **Ausbildung** für DiätologInnen, deren Berufsbezeichnung „Diëtist“ gesetzlich geschützt ist, wird ein Bachelorabschluss nach mindestens vierjährigem einschlägigem Studium verlangt. Das Studium beinhaltet u. a. ein Praktikum von mindestens 20 Wochen Länge. Vier Ausbildungseinrichtungen bieten die Ausbildung zur/zum DiëtistIn an.²⁹

Eine **Registrierung** ist nicht verpflichtend für die Berufsausübung. Eine freiwillige Registrierung im Qualitätsregister für Gesundheitsberufe (Stichting Qualitätsregister Paramedici) ist möglich.³⁰ Die Weiterbildungsverpflichtung schreibt die Absolvierung von

²⁸ <http://www.internationaldietetics.org/NDAs/Netherlands.aspx>

²⁹ <http://www.internationaldietetics.org/NDAs/Netherlands.aspx>

³⁰ https://www.bigregister.nl/en/registration/overview_professions/dietist.aspx

mindestens 160 Ausbildungsstunden innerhalb von fünf Jahren vor, um den Erhalt der Qualifizierung zu sichern.³¹

4.3.6. Hebammenwesen

Im Jahr 2014 arbeiteten in den Niederlanden 2.980 Hebammen, von denen 29 % in Krankenhäusern beschäftigt waren. Die meisten Hebammen arbeiteten in einer der 518 selbstständigen Primärversorgungspraxen (Stand 2014), die meist Gruppenpraxen von drei bis vier Hebammen sind. 4,9 % der Hebammen in der Primärversorgung arbeiten in Solopraxen. Da in Hebammenpraxen eine 24/7-Rufbereitschaft besteht, arbeiten Inhaberinnen von Solopraxen oft zusammen, um diese besser abdecken zu können. Im Lauf eines Jahres versorgt eine vollzeitbeschäftigte Hebamme im Schnitt 105 Frauen vor, während und nach der Geburt. (KNOV 2015)

Im Jahr 2013 fanden 29 % der Entbindungen in den Niederlanden zu Hause statt. Dieser Wert ist für Industrieländer sehr hoch, wenn auch fallend: Im Jahr 2008 fanden noch 33 % der Entbindungen zu Hause statt. Die häufigen Heimgeburten werden von der Berufsvereinigung so erklärt, dass in den Niederlanden die Meinung vorherrscht, dass eine als Low Risk eingestufte Geburt einer gesunden Frau am besten von einer Hebamme versorgt wird. Dieses Vorgehen minimiert das Risiko eines unnötigen Eingriffs jedweder Art, bietet aber hohe Qualität bei gleichzeitig hoher Kosteneffizienz (KNOV 2015).

Die **Ausbildung** zur Hebamme findet an drei Akademien statt, die jeweils in Fachhochschulen integriert sind. Die Ausbildung dauert vier Jahre im Vollzeitmodus und umfasst fast 6.800 Ausbildungsstunden bzw. 240 ECTS. Die Ausbildung führt zum Bachelorabschluss (KNOV 2012). Die Ausbildung gliedert sich in zwei Jahre theoretische Ausbildung, ein einjähriges Praktikum in der Primärversorgung und ein weiteres einjähriges Praktikum in der Sekundär- oder Tertiärversorgung. Die Praktika sind gleichmäßig über die vier Ausbildungsjahre verteilt. Ausbildungsziel ist die Vorbereitung auf die Tätigkeit als selbstständig arbeitende Hebamme. Pro Jahr beginnen 190 Personen die Ausbildung und werden in einem Auswahlverfahren aus der rund dreifachen Anzahl von Bewerbungen ausgewählt. (KNOV 2012)

Weiters besteht die Möglichkeit, die Ausbildung zur Hebamme auf Masterniveau fortzusetzen. Diese Ausbildung ist vor allem für Hebammen vorgesehen, die in der Sekundärversorgung in Krankenhäusern arbeiten wollen. Zu Ausbildungsbeginn ist bereits nachzuweisen, dass ein entsprechender Arbeitsplatz in einem Krankenhaus vorhanden ist. Etwa 4 % der Hebammen haben einen Masterabschluss. (KNOV 2015)

³¹ <http://www.internationaldietetics.org/NDAs/Netherlands.aspx>

Um den Beruf ausüben zu dürfen, müssen sich Hebammen im **BIG-Register** registrieren und alle fünf Jahre reregistrieren lassen. Die wichtigste Voraussetzung für die Reregistrierung ist der Nachweis der Berufsausübung im Umfang von zumindest 2.080 Stunden innerhalb der letzten fünf Jahre. (KNOV 2012)

Es besteht die freiwillige Möglichkeit, sich in ein Qualitätsregister aufnehmen zu lassen, was bisher von 80 % der Hebammen wahrgenommen wurde. Ein regelmäßiger Nachweis von zumindest 200 Weiterbildungsstunden in fünf Jahren ist notwendig für den Erhalt der Registrierung. (KNOV 2012)

4.3.7. Registrierung

Wie viele andere Gesundheitsberufe³² sind auch Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege, der Physiotherapie sowie Hebammen verpflichtend im sogenannten BIG-Register zu erfassen. Die Berufszulassung ist an die Registrierung gebunden. Das BIG-Register wurde errichtet, um die NutzerInnen von Gesundheitsleistungen über die Qualifikation der Berufsangehörigen zu informieren, aber auch, um potenziellen Vorgesetzten die entsprechenden Informationen über deren rechtliche Position zur Verfügung zu stellen. BIG-Daten werden in der Kapazitätsplanung auf Makroniveau verwendet. Das heißt, Institutionen wie das niederländische Statistikamt und die Steuerbehörde haben das gesetzlich verankerte Recht auf Nutzung dieser Informationen. BIG-Daten werden aber nicht dritten Parteien zur Verfügung gestellt. Im Prinzip wäre auch regionale Information für Planungszwecke verfügbar, wurde bisher aber noch nicht angefragt.³³ Auf Individualebene ist das Register öffentlich einsehbar und informiert nicht nur über die Registrierung an sich, sondern auch über Spezialisierungen und allfällige Einschränkungen der Behandlungsbefugnis. Um die Berufszulassung dauerhaft zu haben, ist alle fünf Jahre eine Reregistrierung notwendig. (Schäfer et al. 2010:140)

Es gelten einheitliche Erfordernisse für die Reregistrierung in allen erfassten Berufen. Bei der Reregistrierung sind 2.080 Arbeitsstunden während den letzten fünf Jahren (also seit Erst- bzw. letzter Reregistrierung) nachzuweisen. Weiters sind im Fall einer Unterbrechung der Berufsausübung von zwei Jahren oder länger spezielle Qualifikationsnachweise zu erbringen. Je nach Arbeitssetting können unterschiedliche Nachweise erbracht werden: Bei Anstellungsverhältnissen gilt eine Kopie des Arbeitsvertrags in Kombination mit einer aktuellen Gehaltsbestätigung oder eine unterzeichnete Bestätigung der ArbeitgeberIn einschließlich einer Job Description. Selbstständige können den Nachweis über Buchhaltungsunterlagen erbringen, aus denen das Ausmaß der berufsrelevanten Tätigkeit hervorgeht. Wird die Untergrenze von 2.080 Stunden nicht erreicht, sind spezielle Trainingskurse als aktueller Qualifikationsnachweis notwendig.

³² (Zahn-)ÄrztInnen, PhysiotherapeutInnen, Hebammen, PsychotherapeutInnen, GesundheitspsychologInnen, PharmazeutInnen.

³³ Persönliche Auskunft des BIG-Informationcenters.

4.3.8. Kapazitätsplanung

Wie viele Aspekte des Gesundheitswesens wurde auch die Planung der Humanressourcen in den 1980- und 1990er-Jahren in ein marktorientiertes System übergeführt, das statt einer Planung von oben auf Rahmensetzung und Marktregulierung setzte. Aufgrund eines drohenden ÄrztInnenmangels wurde im Jahr 1999 jedoch die Planung der Ausbildungskapazitäten wieder rezentralisiert und hierfür das Capaciteitsorgaan ins Leben gerufen, das die Regierung bezüglich Ausbildungskapazitäten, aber auch Zugang zur Weiterbildung berät. Das Planungsmodell für die Vorausberechnung der ärztlichen Kapazitäten wurde von NIVEL erstellt und berücksichtigt sowohl angebots- als auch nachfrageseitige Faktoren.

Zur Steuerung der Kapazität setzt die Regierung einen Numerus clausus ein und adaptiert diesen auch gelegentlich. Die Zuteilung der Studienplätze erfolgt dann aus einer Kombination von Zufallsprinzip und Notenschnitt, wobei ein besserer Notenschnitt die Wahrscheinlichkeit des Zuschlags verbessert bzw. für die Besten garantiert.

Für die nicht-ärztlichen Berufsgruppen gibt es zwar kein mit dem Capaciteitsorgaan vergleichbares Organ, es werden jedoch jährlich im Auftrag des Gesundheitsministeriums Planungsarbeiten für den Bereich der Pflege sowie der Sozialarbeit erstellt. Die Arbeiten werden durch ein Konsortium der Organisationen KIWA³⁴ und CAOP³⁵ durchgeführt und eine Reihe unterschiedlicher Stakeholder ist eingebunden. So sind Krankenhäuser und Pflegeheime als Arbeitgeber vertreten, aber auch Wohlfahrtseinrichtungen und Arbeitnehmervertretungen und nicht näher genannte andere Stakeholder. Der Projektionshorizont ist jeweils fünf Jahre. Derzeit wird an der Periode 2015 bis 2020 gearbeitet. Die Planung berücksichtigt demografische, epidemiologische, soziokulturelle und technologische Faktoren. Die Berechnungen beruhen auf einem Angebots- und Nachfragemodell, wobei die Angebotsseite auf die vorhandenen Beschäftigten einerseits und die geplante Ausbildungskapazität andererseits aufbaut. Die Nachfrageseite wird nicht in Form des konkreten Bedarfs an Leistungen berücksichtigt, sondern in Form des benötigten öffentlichen Finanzbedarfs bzw. der Erwartungen hierfür. Das Ergebnis der Modellrechnung ist die Über- oder Unterkapazität in der entsprechenden Berufsgruppe, ausgedrückt sowohl in Köpfen als auch in Vollzeitäquivalenten. Die Planung erfolgt für die nationale Ebene. Allerdings wird ergänzend ein Tool bereitgestellt, mit dessen Hilfe Regionen ihre eigenen Projektionen erstellen können. Ziel der Planung ist die Bereitstellung der entsprechenden

³⁴ KIWA ist eine auf Zertifizierungen spezialisierte Institution, die Zertifizierungen von Produkten, Prozessen, Personen und Systemen in unterschiedlichen Bereichen anbietet, also nicht nur im Gesundheitswesen, sondern auch z. B. in Petrochemie, Bauwesen, Bildung, Tourismus. (www.kiwa.nl)

³⁵ CAOP ist eine Beratungsorganisation für Arbeitsmarktfragen, die Firmen insbesondere in den Bereichen Bildung, Gesundheitswesen und öffentliche Verwaltung berät. Es wird Beratung zu unterschiedlichen arbeitsmarktrelevanten Fragen angeboten, wie nationales und europäisches Arbeitsrecht, Diversitätsmanagement oder alterndes Arbeitskräftepotenzial. (www.caop.nl)

Informationen für eine Vielzahl relevanter AkteurlInnen auf dem Arbeitsmarkt, in der Ausbildung und in der Regierung.³⁶

Die Festsetzung der Ausbildungskapazitäten für die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe obliegt in der Regel den Ausbildungsinstitutionen und wird kaum regierungsseitig beschränkt.

³⁶ Quelle: persönliche Auskunft von Ineke Bloemendaal (KWA) via E-Mail vom 15.03.2016.

4.4. Österreich

4.4.1. Gesundheits- und Krankenpflege

In Österreich kann die **Ausbildung** in Gesundheits- und Krankenpflege entweder an speziell für diesen Zweck eingerichteten Schulen oder an Fachhochschulen erfolgen. Derzeit sind noch drei Arten von Schulen vorgesehen: Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Schulen für Kinder- und Jugendlichenpflege sowie Schulen für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege.³⁷ Solche Schulen müssen an oder in Verbindung mit Krankenanstalten errichtet sein, die für die Vermittlung der notwendigen Praxis geeignet sind, d. h. über die entsprechenden Fachabteilungen, Lehr- und Fachkräfte, Lehrmittel und Räumlichkeiten für die auszubildenden Personen verfügen (GuKG § 49 (1)).

Personen, die sich um die Aufnahme in eine Schule für Gesundheits- und Krankenpflege bewerben, haben die zur Erfüllung der Berufspflichten erforderliche Vertrauenswürdigkeit und gesundheitliche Eignung sowie die erfolgreiche Absolvierung von zehn Schulstufen nachzuweisen (GuKG § 54 (1)). Statt der zehnten Schulstufe kann auch für geeignete Personen mit neun absolvierten Schulstufen eine spezielle Vorbereitungsausbildung an Krankenanstalten durchgeführt werden (GuKG § 41 (4)).

Die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege dauert drei Jahre und hat mindestens 4.600 Stunden in Theorie und Praxis zu enthalten. Mindestens die Hälfte der Ausbildungszeit hat auf die praktische Ausbildung und mindestens ein Drittel auf die theoretische Ausbildung zu entfallen. (GuKG § 41 (1, 2))

Die derzeit noch nicht beschlossene GuKG-Novelle 2015 sieht gravierende Änderungen für den Pflegeberuf vor, insbesondere:

- Das Auslaufen der Ausbildungen in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege an den im Sekundarbereich angesiedelten Gesundheits- und Krankenpflegeschoolen und damit die Überführung der Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in den tertiären Ausbildungssektor bis zum Jahr 2024. In diesem Zusammenhang soll bereits früher (2018) die spezielle Grundausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege und in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege auslaufen.

³⁷ Die GuKG-Novelle 2015 ersetzt die drei Arten von Schulen durch den einheitlichen Begriff „Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege“. Mit 1. Jänner 2018 soll die spezialisierte Grundausbildung in den Schulen für Kinder- und Jugendlichenpflege sowie in den Schulen für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege entfallen, um eine stärkere Generalisierung in der Ausbildung zu erreichen. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung (Januar 2016) war die Gesetzesnovelle 2015 noch nicht beschlossen.

- Ein neues, aktualisiertes Berufsbild und ein neu gestalteter Kompetenzbereich des gehobenen Diensts für Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Ermöglichung neuer Spezialisierungen im Hinblick auf eine Weiterentwicklung des Berufs
- Die Einführung der Pflegefachassistenz als weiteren Pflegeassistentenberuf, der mit einer aufbauenden vertiefenden und erweiternden Qualifikation eine weitergehende Delegationsmöglichkeit ohne verpflichtende Aufsicht eröffnen soll

Derzeit besteht noch keine Verpflichtung zur **Registrierung** der Berufsangehörigen (zum Gesetzesentwurf vgl. Abschnitt 4.4.7).

4.4.2. Physiotherapie

In Österreich erfolgt die **Ausbildung** für jeden der sieben MTD-Berufe (Physiotherapeutischer Dienst, Medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst, Radiologisch-technischer Dienst, Diätendienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst, Ergotherapeutischer Dienst, Logopädisch-phoniatriisch-audiologischer Dienst, Orthoptischer Dienst) seit 1992 an medizinisch-technischen Akademien und zusätzlich seit 2005 an Fachhochschulen (FHs). Andere Ausbildungsstätten sind laut MTD-Gesetz nicht erlaubt.

Laut MTD-Gesetz § 34b sind Ausbildungen an medizinisch-technischen Akademien, die vor dem 1. Jänner 2019 begonnen werden, nach den vor diesem Zeitpunkt geltenden Bestimmungen fortzusetzen und abzuschließen. Derzeit ist der Übergang zu Fachhochschulen bereits fast vollständig abgeschlossen. Als einzige verbleibende Akademie bietet noch die Europa-Akademie in Tirol eine Ausbildung in Physiotherapie an. So wurden beispielsweise die Akademien der Stadt Wien für die Ausbildung von Personen im MTD und Hebammen in die FH Campus Wien eingebettet. Im Herbst 2007 starteten sie mit neuen Curricula als FH-Bachelorstudiengänge und werden in Kooperation mit dem Krankenanstaltenverbund durchgeführt, wodurch auch die Durchführung der Praktika gesichert ist.

Die Ausbildung an Akademien wie jene an FHs dauert in der Regel drei Jahre. An den FHs schließt sie mit dem akademischen Grad BSc (Bachelor of Science) ab. Gemäß FH-Studiengesetz § 3 hat der Arbeitsumfang für das Studium 180 ECTS-Anrechnungspunkte zu betragen.

Die praktische Ausbildung erfolgt in einer Reihe von medizinischen und präventiven Bereichen und umfasst diverse Praktika. Die Praktika sind überwiegend in Krankenhäusern zu absolvieren. Die praktische Ausbildung in den Praktikumsstellen umfasst mindestens 25% der Arbeitsleistung von drei Ausbildungsjahren (Gesamtarbeitsaufwand) eines oder einer

Studierenden.³⁸ Um die Qualität der Ausbildung in den Praktikumsstellen zu sichern, ist u. a. vorgeschrieben, dass jede fachkompetente Person³⁹ höchstens zwei Studierende gleichzeitig anleiten und kontinuierlich betreuen darf. Die Studierenden verfassen während dem Studium zwei Bachelorarbeiten und schließen das Studium mit einer Bachelorprüfung ab.

Infolge der Umstellung der Physiotherapieausbildung auf FH-Studiengänge etablieren sich auch zunehmend postgraduale Masterstudien für PhysiotherapeutInnen. In Österreich werden derzeit vier Masterlehrgänge für PhysiotherapeutInnen in Kooperation zwischen diversen (Fach-)Hochschulen und der Berufsvertretung Physio Austria angeboten (Sportphysiotherapie, Musculoskeletale Physiotherapie, Kardiorespiratorische Physiotherapie, Master in Physiotherapie).⁴⁰ Die FH Campus Wien bietet das Masterstudium Health Assisting Engineering (HAE) an, das sich an die Fachrichtungen Ergotherapie, Physiotherapie, Informationstechnologien und Telekommunikation oder Elektronik, Gesundheits- und Krankenpflege richtet. Im Studienjahr 2013/14 schlossen 22 Personen das Masterstudium HAE ab (BMASK, uni:data).

Das MTD-Gesetz sieht die Qualität der Ausbildung in beiden Ausbildungstypen, Akademie und FH, als gleichwertig an. Beide Ausbildungen berechtigen zu denselben Tätigkeiten, wie etwa zu freiberuflicher Tätigkeit (die wiederum eine Meldung bei der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde erfordert). Auch AkademieabgängerInnen haben die Möglichkeit, ein Masterstudium mit MSc-Abschluss (Master of Science) an die Grundausbildung anzuschließen.

Abbildung 16 zeigt die Verschiebung der Ausbildung im Bereich der Physiotherapie von den Akademien hin zu den FHs. In den beiden letztverfügbaren Studienjahren 2012/13 und 2013/14 schlossen bundesweit rund 400 Studierende das Bachelorstudium der Physiotherapie ab. Aufgrund der Tatsache, dass die Ausbildung bereits praktisch ausschließlich an FHs erfolgt, ist davon auszugehen, dass es sich bei diesem Niveau um den zukünftigen jährlichen PhysiotherapeutInneninflow ins Gesundheitssystem handelt. Etwa 71 % der AbsolventInnen 2013/14 waren Frauen. Die FH Campus Wien brachte

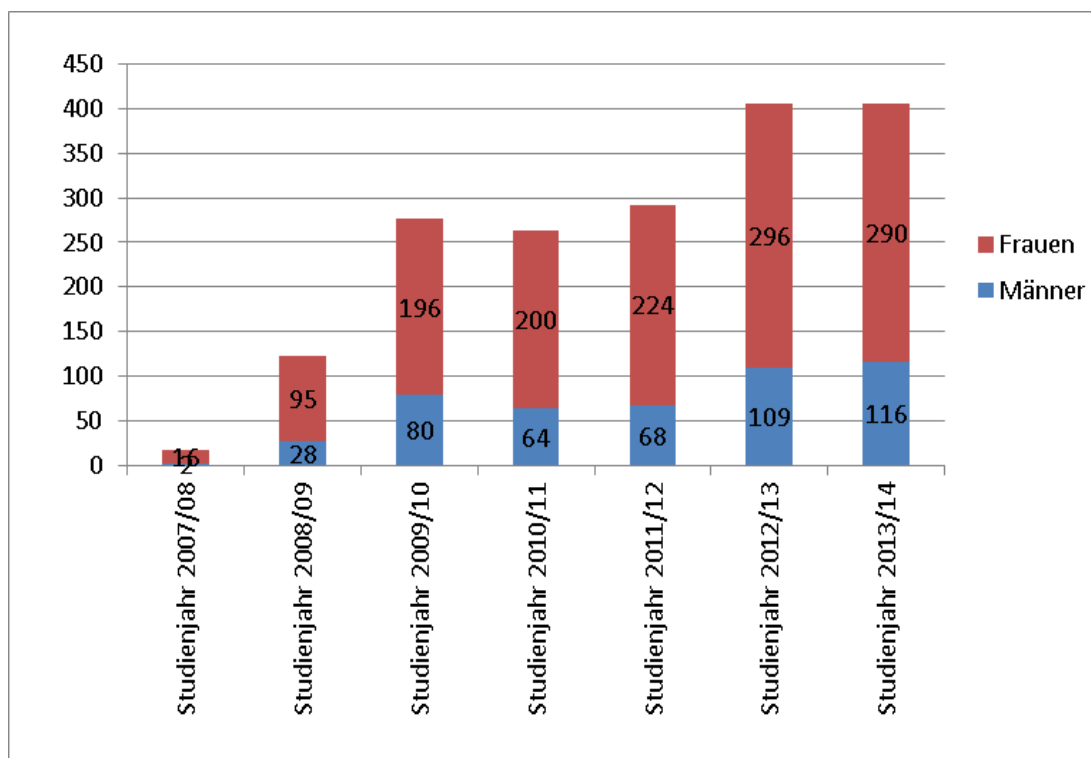
³⁸ Gemäß Universitätsgesetz 2002 § 51 Abs. 2 Z. 26 hat das Arbeitspensum eines Jahrs 1.500 Echtstunden zu betragen und es sind diesem Arbeitspensum 60 Anrechnungspunkte zuzuteilen. Demnach ergibt sich für alle FH-Studiengänge ein Gesamtumfang von 4.500 Stunden, wovon in MTD-Studiengängen gemäß FH-MTD-Ausbildungsverordnung § 3 Abs. 2 Z. 3 ein Anteil von mindestens einem Viertel (also 1.125 Stunden) als Praktikum vorzusehen ist.

³⁹ Für fachspezifische Inhalte: Personen mit Ausbildung im gehobenen medizinisch-technischen Dienst. Für medizinische Inhalte: Personen mit abgeschlossener ärztlicher Ausbildung. Darüber hinaus müssen mindestens ein Jahr facheinschlägige Berufserfahrung im relevanten Feld und pädagogische Eignung vorliegen. (FH-MTD-Ausbildungsverordnung)

⁴⁰ www.mtd-austria.at

2013/14 mit 111 AbsolventInnen (27 % aller Abschlüsse) die meisten angehenden PhysiotherapeutInnen hervor.

Abbildung 16: FH-AbsolventInnen des Bachelorstudiums Physiotherapie



Quelle: uni:data (hochschulstatistisches Informationssystem des BMWF), IHS (2016).

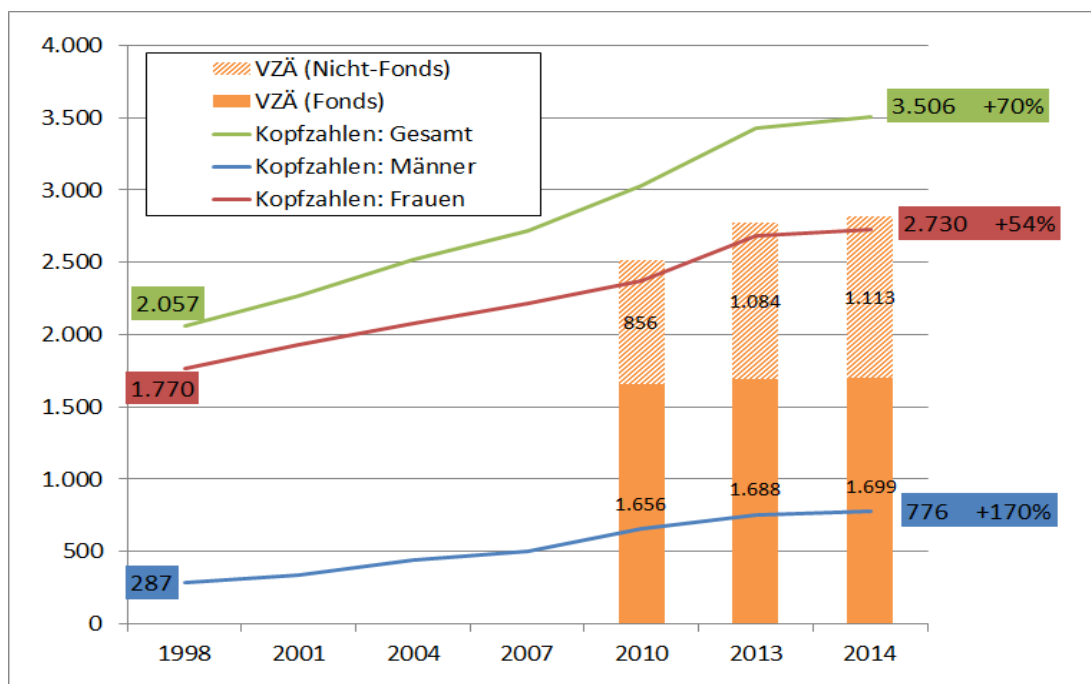
Zusätzlich zu den FH-Abschlüssen wurden im Bereich der Physiotherapie auch Anerkennungsverfahren (Nostrifikationen) positiv abgeschlossen. Generell werden Nostrifikationen von Nicht-EU-BürgerInnen von den Fachhochschulen durchgeführt. Jene von EU-BürgerInnen laufen über das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Die FH Campus Wien berichtet für das Studienjahr 2013/14 fünf und für das Studienjahr 2014/15 zehn positive Nostrifikationen (mit Auflagen).

Der **Bestand** an PhysiotherapeutInnen in Österreich kann gegenwärtig nur sehr lückenhaft abgebildet werden. Schätzungen des Berufsverbands Physio Austria belaufen sich auf rund 7.000 praktizierende PhysiotherapeutInnen.

Der statistisch am besten erfasste Bereich ist jener der Krankenanstalten, wo sowohl Kopfzahlen als auch Vollzeitäquivalente analysiert werden können. Die Zahl der PhysiotherapeutInnen in Österreichs Krankenanstalten stieg seit 1998 um rund 70 % und betrug 2014 etwa 3.500 Personen (vgl. Abbildung 17). Der Beruf des Physiotherapeuten mit

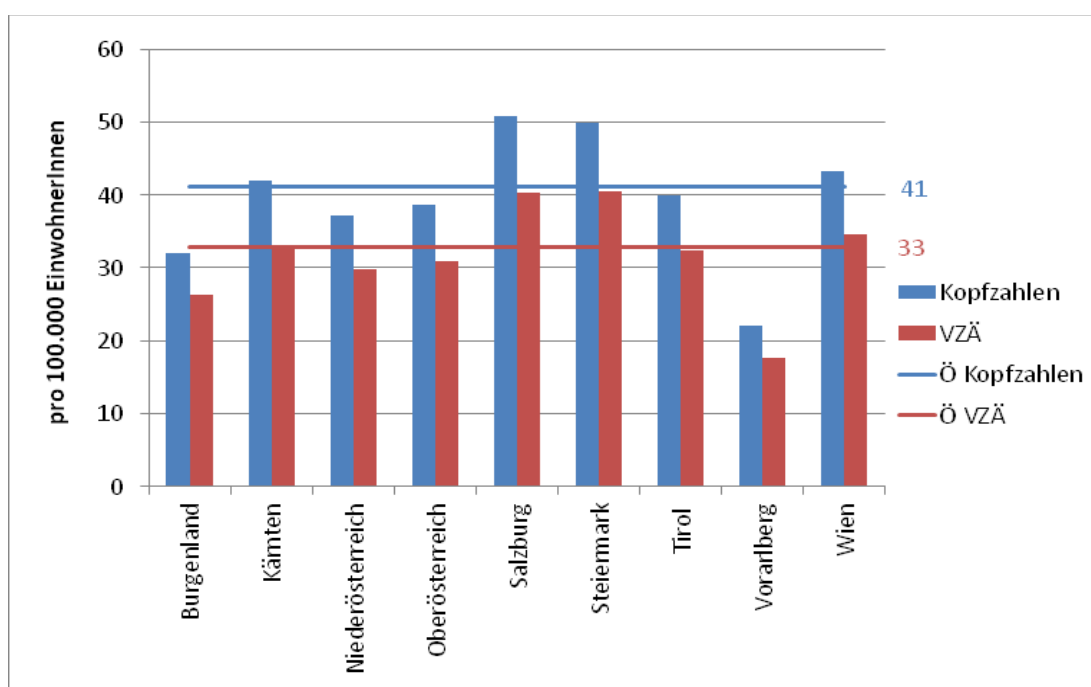
Ausübung in Krankenanstalten wird zusehends für Männer interessant: Der Männeranteil wuchs im Beobachtungszeitraum um acht Prozentpunkte von 14 % auf 22 %. Etwa 60 % der vollzeitäquivalenten PhysiotherapeutInnen waren 2014 in einer Fondskrankenanstalt beschäftigt, rund 40 % in Nichtfondsspitalern. Zwischen den Bundesländern gibt es im stationären Bereich zum Teil beträchtliche Versorgungsunterschiede: Auf Basis der Vollzeitäquivalente gab es 2014 in der Steiermark und in Salzburg (je rund 40 pro 100.000 EinwohnerInnen) die meisten und in Vorarlberg (18 pro 100.000 EinwohnerInnen) die wenigsten PhysiotherapeutInnen (vgl. Abbildung 18).

Abbildung 17: PhysiotherapeutInnen in Krankenanstalten: Kopfzahlen nach Geschlecht, Vollzeitäquivalente (VZÄ) nach Fondszugehörigkeit



Quelle: Statistik Austria, BMG, IHS (2016).

Abbildung 18: PhysiotherapeutInnen in Krankenanstalten: Kopfzahlen und VZÄ pro 100.000 EinwohnerInnen nach Bundesland (2014)

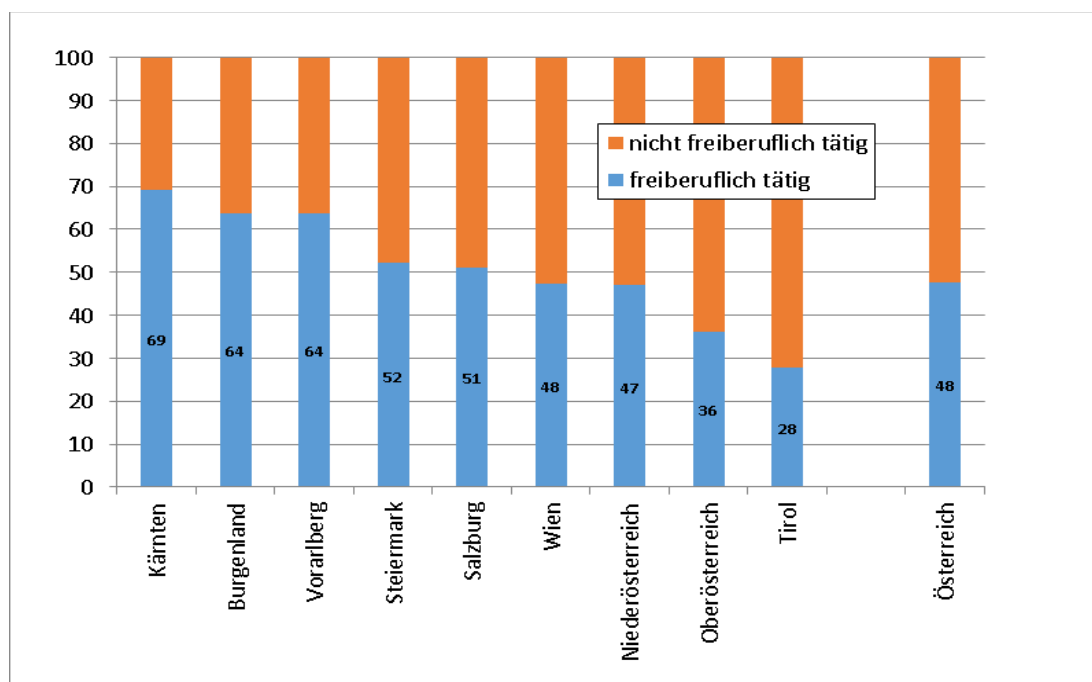


Quelle: Statistik Austria, BMG, IHS (2016).

Die Versorgung mit Vertrags- und WahlphysiotherapeutInnen ist in Österreich höchst unterschiedlich. Gesamtverträge gibt es lediglich mit fünf Gebietskrankenkassen⁴¹ (Wien, Oberösterreich, Salzburg, Tirol und Vorarlberg). Die Tarifsätze für PhysiotherapeutInnen sowie die Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen variieren zwischen den Kassen. Ein Vergleich zwischen den Kassen ist nur eingeschränkt möglich, da unterschiedliche Leistungen für unterschiedliche Behandlungsdauern vergütet werden.

Der Berufsverband der PhysiotherapeutInnen **Physio Austria** zählt mit Stand November 2015 5.075 Mitglieder, wobei knapp die Hälfte (48 %) freiberuflich⁴² tätig ist (vgl. Abbildung 19). Der Anteil der FreiberuflerInnen variiert unter den Bundesländern zwischen 69 % (Kärnten) und 28 % (Tirol). Insgesamt entfallen österreichweit auf 100.000 EinwohnerInnen 59 Mitglieder von Physio Austria. In Salzburg gibt es im Vergleich zum österreichischen Durchschnittswert um über 60 % mehr Mitglieder pro 100.000 EinwohnerInnen bzw. in der Steiermark um rund 25 % weniger. Unter der Annahme, dass das Beitrittsverhalten zum Berufsverband in allen Bundesländern gleich ist, können diese Unterschiede auf tatsächlich bestehende Versorgungsunterschiede hinweisen.

Abbildung 19: Anteil der freiberuflich tätigen Mitglieder von Physio Austria in % (Stand November 2015)

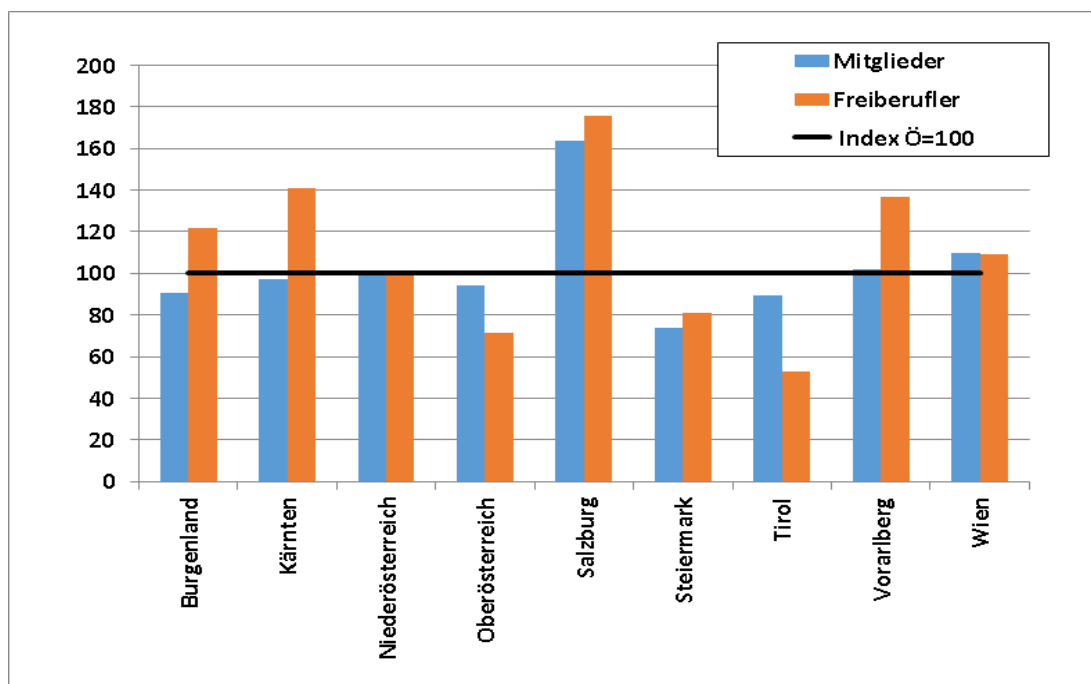


Quelle: Physio Austria, IHS (2016).

⁴¹ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Stand Jänner 2014).

⁴² Die Angabe erfolgt auf freiwilliger Basis. Eine Umfrage liegt den Zahlen nicht zugrunde.

Abbildung 20: Mitglieder und Freiberufler pro 100.000 EinwohnerInnen, Index: Österreich = 100 (Stand November 2015)



Quelle: Physio Austria, IHS (2016).

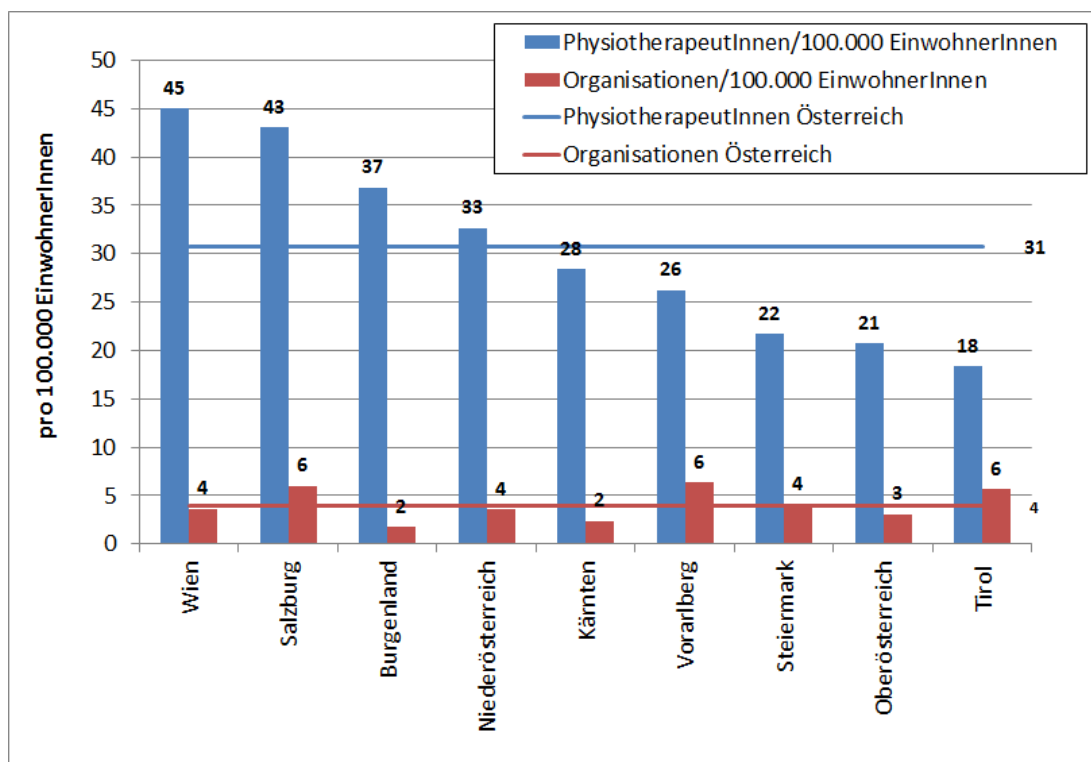
Anmerkung: „Mitglieder“ bezieht sich auf eine Mitgliedschaft bei Physio Austria, „Freiberufler“ auf PhysiotherapeutInnen, die freiberuflich tätig sind.

Eine weitere Möglichkeit, um Versorgungsunterschiede im Bereich der Physiotherapie zu identifizieren, ist die Auswertung des privaten Internetportals www.physiotherapie.at. Mithilfe dieses Suchprogramms können TherapeutInnen beispielsweise geschlechtsspezifisch, nach Bundesland/Bezirk sowie nach bestimmten Themen, Fachgebieten, Methoden oder Settings gesucht werden. Voraussetzung dafür, dass PhysiotherapeutInnen in diesem Internetportal aufscheinen, ist eine kostenlose Registrierung als Einzelperson (PhysiotherapeutInnen, die zur Ausübung der Physiotherapie entsprechend den österreichischen gesetzlichen Bestimmungen berechtigt sind⁴³) oder als Organisation (Institutionen, die ausdrücklich Physiotherapie als Dienstleistung entsprechend den österreichischen gesetzlichen Vorschriften anbieten und in denen mindestens zwei Personen arbeiten, von denen mindestens eine als PhysiotherapeutIn tätig ist). Bei Betrachtung der gefundenen PhysiotherapeutInnen (Einzelpersonen) pro 100.000 EinwohnerInnen sind in Tirol und Oberösterreich die niedrigsten Werte festzustellen (vgl. Abbildung 21). Die Auswertung des Internetportals kann natürlich nur als Indiz für bestehende Versorgungsunterschiede zwischen den Bundesländern angesehen werden. Jedoch zeigen sich in diesen beiden

⁴³ Erfolgreich abgeschlossene approbierte oder nostrifizierte Ausbildung zum/zur PhysiotherapeutIn.

Bundesländern auch die niedrigsten Niveaus an freiberuflich tätigen PhysiotherapeutInnen, die Mitglieder von Physio Austria sind (vgl. Abbildung 20).

Abbildung 21: PhysiotherapeutInnen und Organisationen, Auswertung des privaten Internetportals www.physiotherapie.at (Abfrage Oktober 2015)



Anmerkung: Organisationen sind beispielsweise Zusammenschlüsse mit anderen PhysiotherapeutInnen oder anderen ärztlichen oder nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen.

Quelle: www.physiotherapie.at, IHS (2016).

4.4.3. Ergotherapie

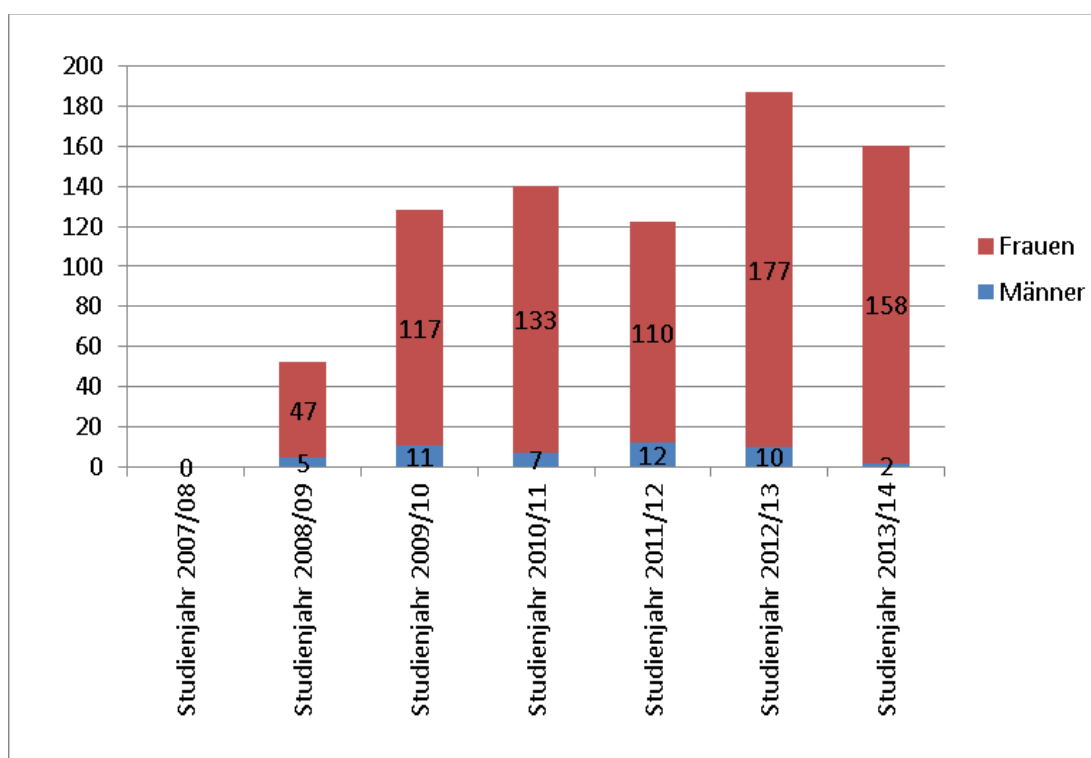
Ergotherapie gehört zu den gesetzlich anerkannten und geregelten Gesundheitsberufen laut MTD-Gesetz. Dementsprechend gelten vergleichbare Rahmenbedingungen wie bereits für den Bereich der Physiotherapie erläutert.

Alle laufenden Ausbildungsprogramme sind auf Bachelorniveau angesiedelt und führen zum Abschluss BSc in Health Studies. Voraussetzung für die Ausbildung in Ergotherapie ist die Matura, ein Krankenpflegediplom oder die Studienberechtigungsprüfung für Medizin und die erfolgreiche Absolvierung eines Aufnahmeverfahrens. Die Ausbildung dauert drei Jahre und umfasst 180 ECTS bzw. 4.500 Stunden. Im Zuge der Ausbildung sind Praktikumsstunden von mindestens einem Viertel der Gesamtausbildungszeit (also 1.125 Stunden) vorgesehen. Seit 2004 besteht ein vom ÖBIG erarbeitetes Curriculum, das weitere Ausbildungsinhalte und -ziele definiert. Laut COTEC (2015) entsprechen alle acht Ausbildungseinrichtungen in Österreich den Standards der World Federation of Occupational Therapists (WFOT).

Es besteht die Möglichkeit, an der Donau-Universität Krems ein Masterprogramm in Ergotherapie (MSc in Health Sciences) durchzuführen.

Im Studienjahr 2013/14 wurden 160 AbsolventInnen der Ergotherapie registriert, um knapp 30 weniger als im Studienjahr zuvor (vgl. Abbildung 22). Der jährliche Vergleich der AbsolventInnenzahlen im Bereich der Ergotherapie ist jedoch nur eingeschränkt möglich, da in bestimmten Bundesländern (z. B. Salzburg) nicht in jedem Jahr ein Ausbildungsprogramm startet und somit auch nicht in jedem Jahr Studierende das Studium abschließen. Im Vergleich zur Physiotherapie ist der Anteil männlicher Absolventen im Bereich der Ergotherapie verschwindend klein. So schlossen in den letzten beiden Studienjahren insgesamt lediglich zwölf Männer das Bachelorstudium der Ergotherapie ab.

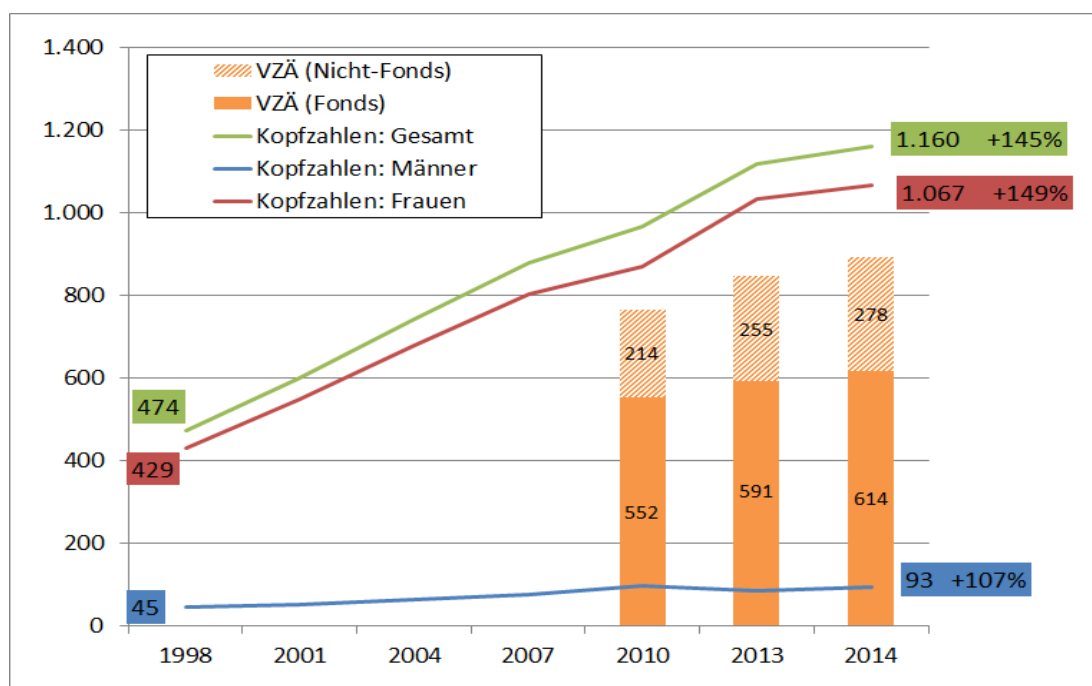
Abbildung 22: FH-AbsolventInnen des Bachelorstudiums Ergotherapie



Quelle: uni:data (hochschulstatistisches Informationssystem des BMWF), IHS (2016).

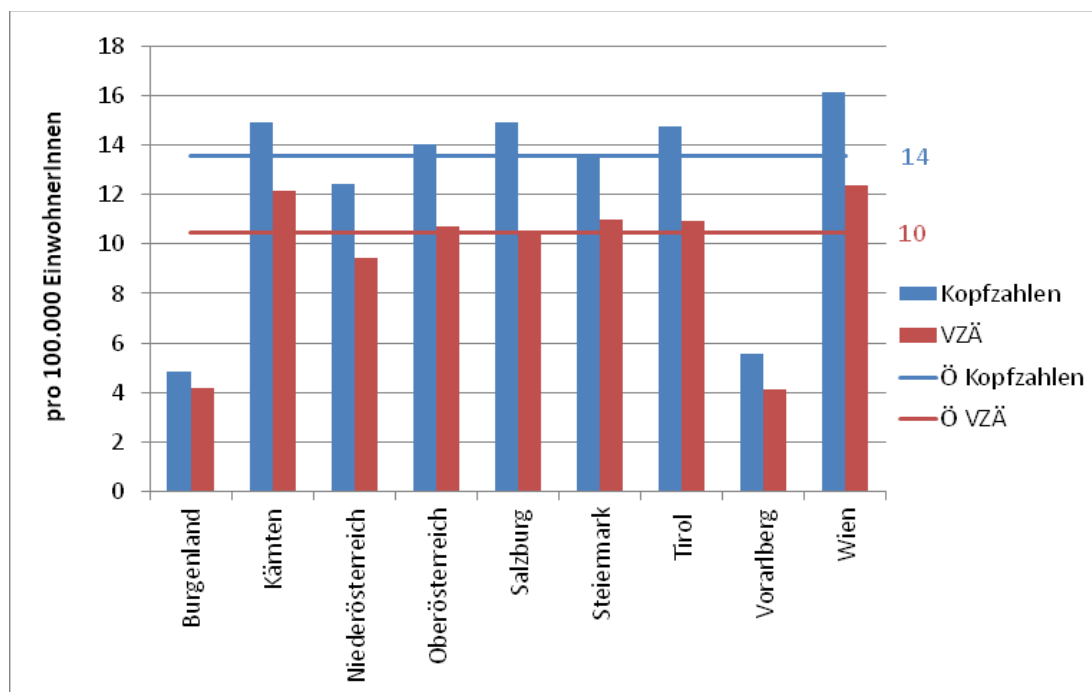
Die Zahl der ErgotherapeutInnen in Österreichs Krankenanstalten wuchs seit 1998 um rund 145 % und betrug 2014 1.160 Personen (vgl. Abbildung 23). Knapp 70 % der vollzeitäquivalenten ErgotherapeutInnen waren 2014 in einer Fondskrankenanstalt beschäftigt, rund 30 % in Nichtfondsspitalern. Zwischen den Bundesländern gibt es im stationären Bereich zum Teil beträchtliche Versorgungsunterschiede: Auf Basis der Vollzeitäquivalente gab es 2014 in Wien und Kärnten (je rund zwölf VZÄ pro 100.000 EinwohnerInnen) die meisten und in den beiden kleinen Bundesländern Burgenland und Vorarlberg (vier VZÄ pro 100.000 EinwohnerInnen) die wenigsten ErgotherapeutInnen (vgl. Abbildung 24).

Abbildung 23: ErgotherapeutInnen in Krankenanstalten: Kopffzahlen nach Geschlecht, Vollzeitäquivalente (VZÄ) nach Fondszugehörigkeit



Quelle: Statistik Austria, BMG, IHS (2016).

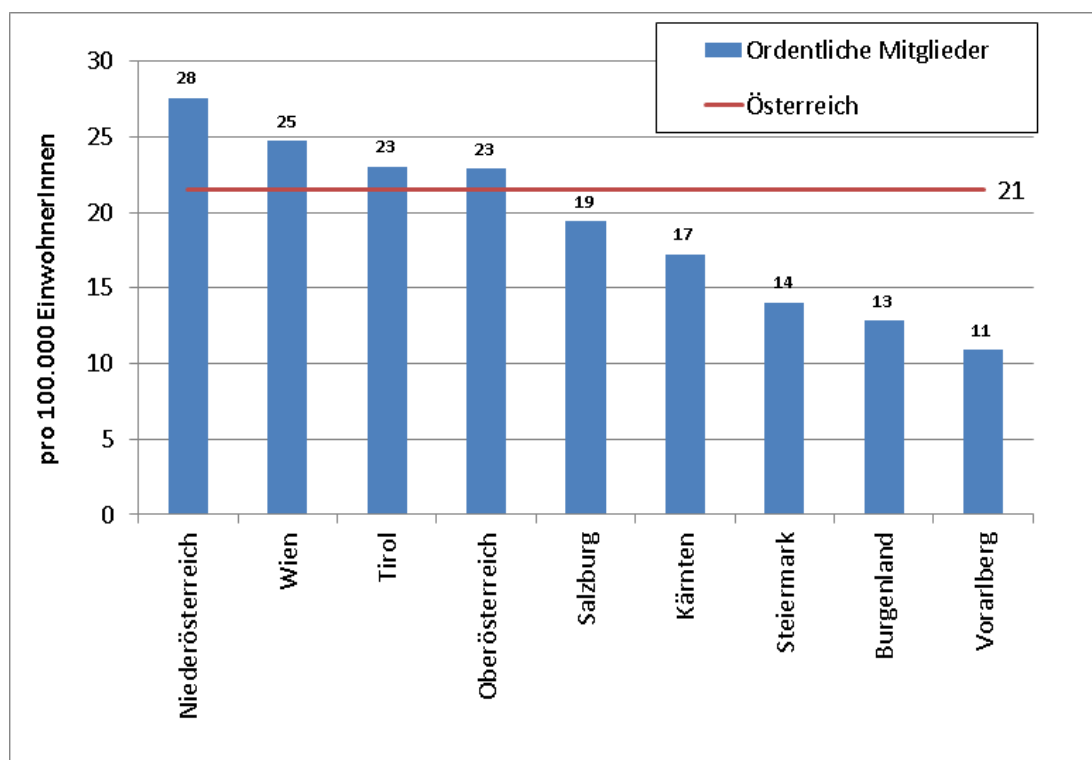
Abbildung 24: ErgotherapeutInnen in Krankenanstalten: Kopffzahlen und VZÄ pro 100.000 EinwohnerInnen nach Bundesland (2014)



Quelle: Statistik Austria, BMG, IHS (2016).

VertragsergotherapeutInnen im Bereich der Gebietskrankenkassen gab es 2014 lediglich in Oberösterreich, Salzburg und Tirol. In Wien besteht seit April 2006 die Möglichkeit, dass ein beschränktes Kontingent (13.500 Stunden) an ergotherapeutischen Behandlungen zur Gänze von der Gebietskrankenkasse bezahlt wird. Die Therapie erfolgt bei vom Verein für die ergotherapeutische Versorgung (VEV) ausgewählten PooltherapeutInnen.⁴⁴ Die Tarifsätze für ErgotherapeutInnen variieren in diesen Bundesländern: Eine einstündige Ergotherapiebehandlung wird von der WGKK mit 29,66 Euro honoriert, von der OÖGKK mit 51,65 Euro. Der Kostenzuschuss bei Fehlen vertraglicher Regelungen für eine einstündige Ergotherapiebehandlung beträgt beispielsweise im Burgenland 16,71 Euro und in Niederösterreich 22,17 Euro. Letztere bedarf zusätzlich auch einer vorherigen chefärztlichen Bewilligung.⁴⁵

Abbildung 25: Ordentliche Mitglieder von Ergotherapie Austria pro 100.000 EinwohnerInnen (Stand November 2015)



Quelle: Ergotherapie Austria, IHS (2016).

Mit Stand November 2015 gab es in Österreich 1.835 ordentliche Mitglieder des Berufsverbands **Ergotherapie Austria**. Der Bezug auf die Bevölkerung lässt Versorgungsunterschiede im Bereich der Ergotherapie zwischen den Bundesländern

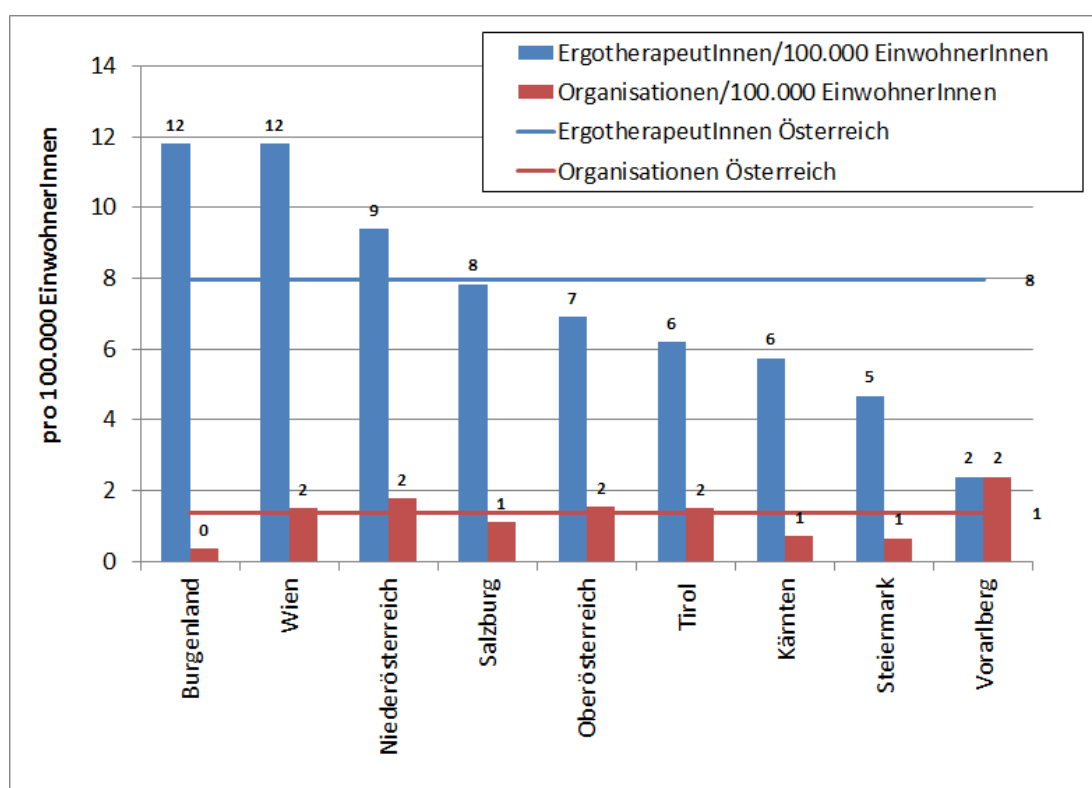
⁴⁴ Laut Website des Vereins für die ergotherapeutische Versorgung (VEV) gilt die Poollösung seit Mai 2012 auch für die BGKK.

⁴⁵ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Stand Jänner 2014).

vermuten. Während Niederösterreich, Wien, Tirol und Oberösterreich überdurchschnittlich viele Mitglieder aufweisen, waren es in der Steiermark, im Burgenland und in Vorarlberg im Vergleich zu Niederösterreich lediglich nur halb so viele oder weniger (vgl. Abbildung 25).

Die Auswertung des privaten Internetportals www.ergotherapeuten.at deutet auch im Bereich der Ergotherapie auf Versorgungsunterschiede zwischen den Bundesländern hin. Vorarlberg, die Steiermark und Kärnten weisen die niedrigsten Dichten auf (vgl. Abbildung 25 und Abbildung 26).

Abbildung 26: ErgotherapeutInnen und Organisationen, Auswertung des privaten Internetportals www.ergotherapeuten.at (Abfrage Oktober 2015)



Anmerkung: Organisationen sind beispielsweise Zusammenschlüsse mit anderen ErgotherapeutInnen oder anderen ärztlichen oder nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen.

Quelle: www.ergotherapeuten.at, IHS (2016).

4.4.4. Logopädie

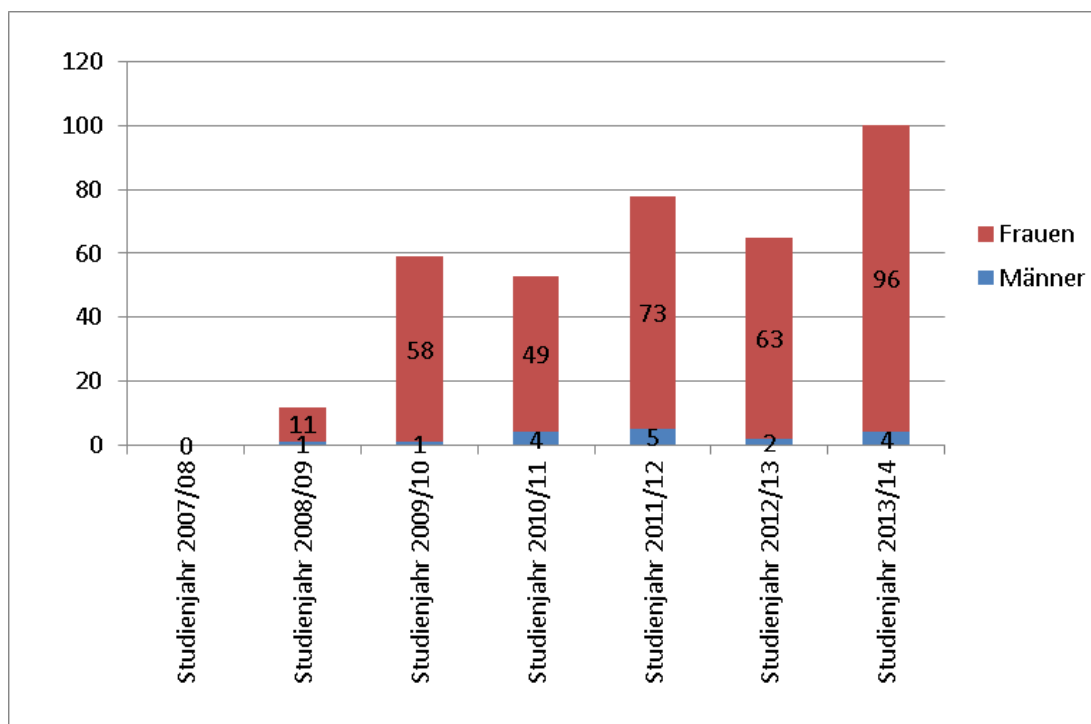
Logopädie gehört zu den gesetzlich anerkannten und geregelten Gesundheitsberufen laut MTD-Gesetz. Dementsprechend gelten vergleichbare Rahmenbedingungen wie bereits für den Bereich der Physiotherapie erläutert.

Bis 2010 war die Ausbildung in Logopädie in Österreich an medizinisch-technischen Akademien möglich. Inzwischen wurden sämtliche Akademien in Fachhochschulen umgewandelt. Die Abschlüsse beider Ausbildungsformen (Diplom an der Akademie, Bakkalaureat an der Fachhochschule) sind bezüglich der Berufsausübung völlig gleichgestellt, auch lautet die Berufsbezeichnung nach erfolgter Ausbildung einheitlich „Logopädin/Logopäde“. Derzeit wird die Ausbildung in Logopädie an sechs Fachhochschulen angeboten. Die Ausbildung umfasst per Gesetz drei Jahre und einen Arbeitsaufwand von mindestens 180 ECTS-Punkten oder 4.500 Stunden. Wie auch in den anderen durch das MTD-Gesetz geregelten Berufen sind im Zuge der Ausbildung Praktikumsstunden von mindestens einem Viertel der Gesamtausbildungszeit (also 1.125 Stunden) vorgesehen. Die Praktikumsstellen sollen überwiegend in Krankenhäusern angesiedelt sein. Im Zuge der Aufnahme ist an der Fachhochschule in der Regel ein Stimm-, Sprach- und Hörtest zu absolvieren.

Weiters bietet die Donau-Universität Krems in Kooperation mit dem Berufsverband logopädieaustria ein Masterprogramm in Logopädie an, das einen Workload von 3.000 Einheiten sowie 120 ECTS umfasst und mit MSc abschließt.

Im Studienjahr 2013/14 schlossen 100 Studierende das Bachelorstudium Logopädie ab. Lediglich vier Personen waren dabei männlichen Geschlechts (vgl. Abbildung 27). Jährliche Vergleiche der AbsolventInnen sind wiederum nur bedingt sinnvoll, da an bestimmten FH-Standorten (z. B. Tirol) nur alle zwei Jahre Ausbildungen starten.

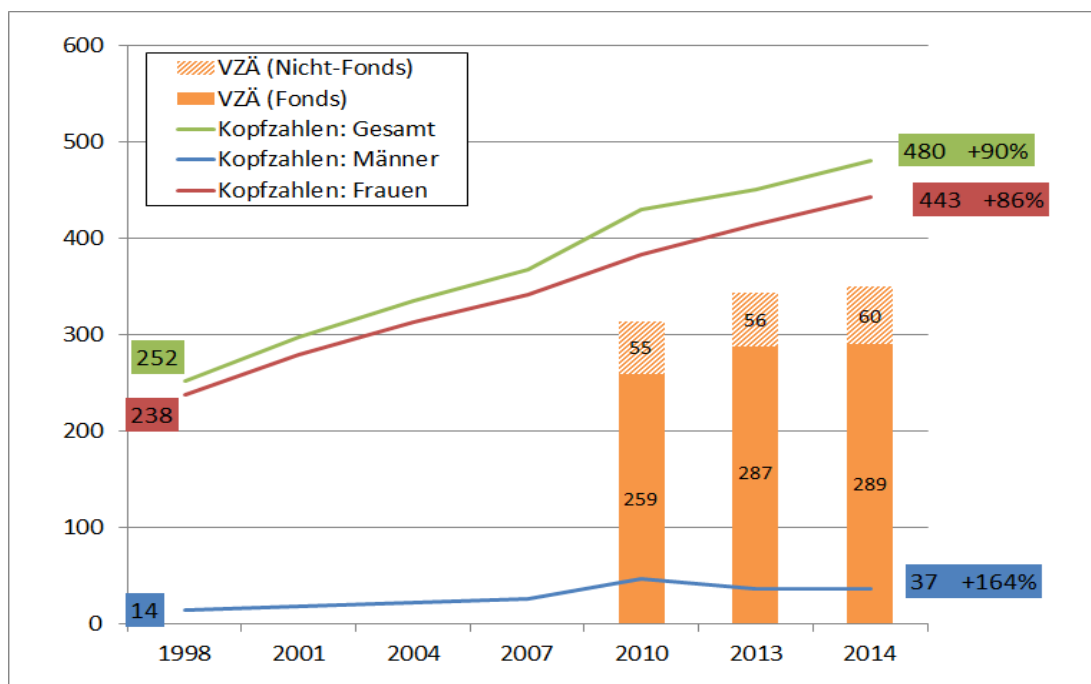
Abbildung 27: FH-AbsolventInnen des Bachelorstudiums Logopädie (Logopädie-Phoniatrie-Audiologie)



Quelle: uni:data (hochschulstatistisches Informationssystem des BMWF), IHS (2016).

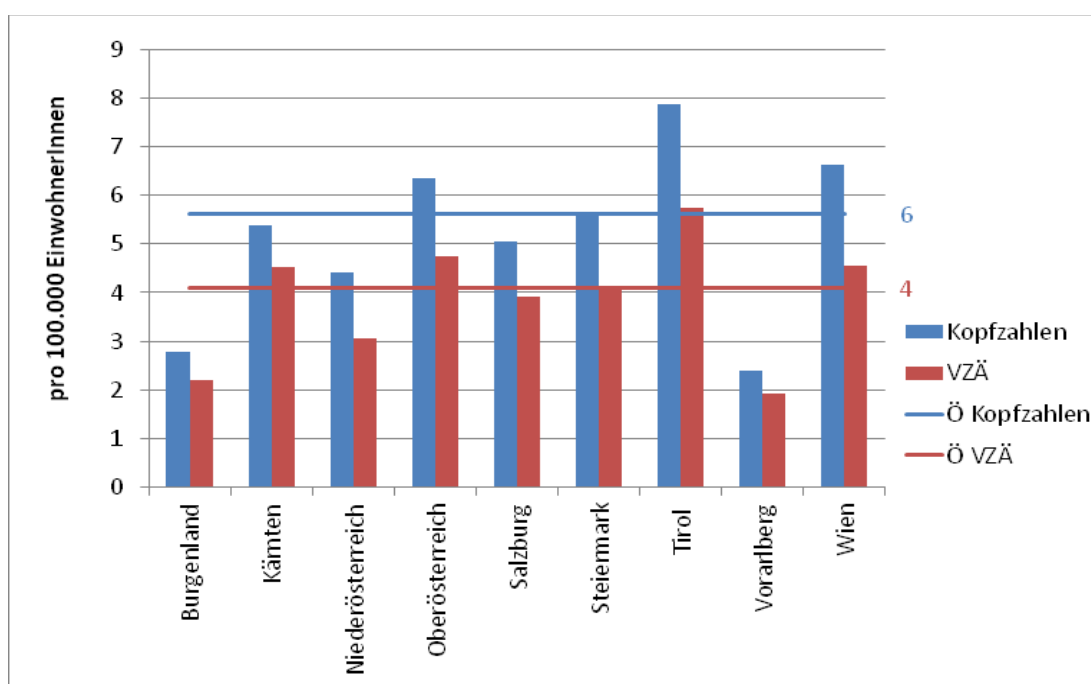
Die Zahl der LogopädInnen in Österreichs Krankenanstalten erhöhte sich seit 1998 um rund 90 % und betrug 2014 480 Personen, von denen rund 92 % Frauen waren (vgl. Abbildung 28). Knapp 83 % der vollzeitäquivalenten LogopädInnen waren 2014 in einer Fondskrankenanstalt beschäftigt, rund 17 % in Nichtfondsspitalern. Zwischen den Bundesländern gibt es im stationären Bereich zum Teil beträchtliche Versorgungsunterschiede: Auf Basis der Vollzeitäquivalente gab es 2014 in Tirol (rund sechs VZÄ pro 100.000 EinwohnerInnen) die meisten und in den beiden kleinen Bundesländern Burgenland und Vorarlberg (zwei VZÄ pro 100.000 EinwohnerInnen) die wenigsten LogopädInnen (vgl. Abbildung 29).

Abbildung 28: Logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst in Krankenanstalten: Kopfzahlen nach Geschlecht, VZÄ nach Fondszugehörigkeit



Quelle: Statistik Austria, BMG, IHS (2016).

Abbildung 29: Logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst in Krankenanstalten: Kopfzahlen und VZÄ pro 100.000 EinwohnerInnen nach Bundesland (2014)

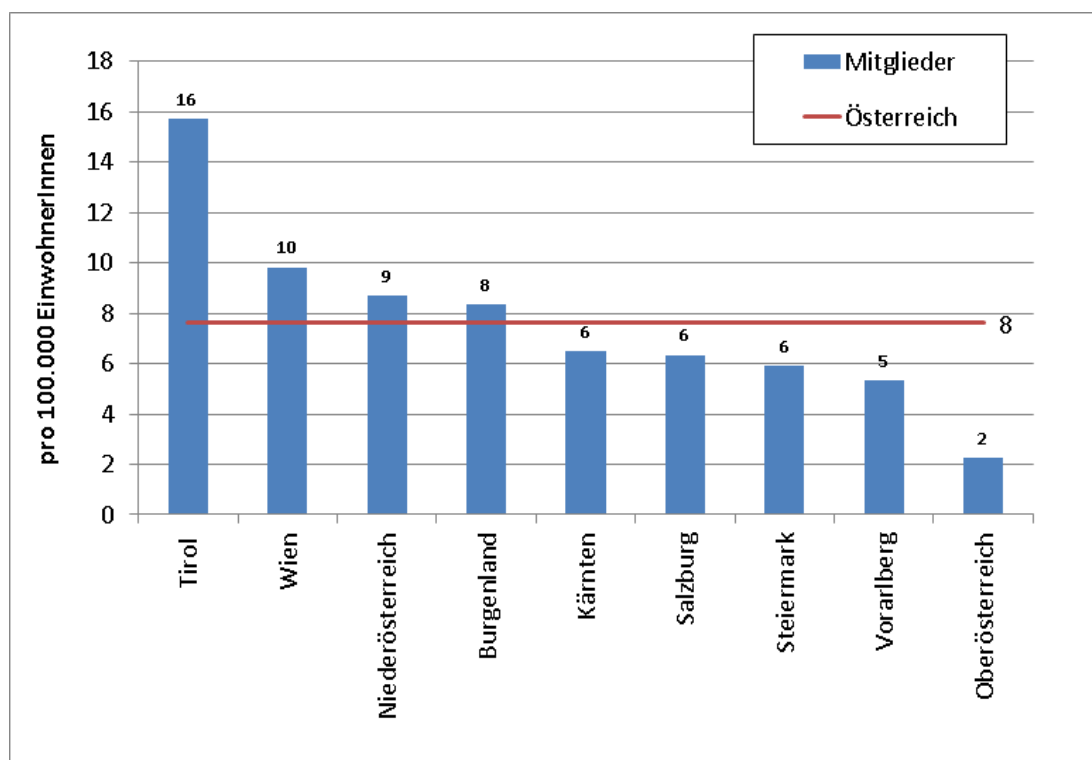


Quelle: Statistik Austria, BMG, IHS (2016).

VertragslogopädInnen finden sich bei der WGKK, der NÖGKK, der OÖGKK, der KGKK, der TGKK und der VGKK. WahllogopädInnen stehen in sieben Gebietskrankenkassen zur Verfügung. Die WGKK und die BGKK stellen keine diesbezüglichen Informationen zur Verfügung.⁴⁶

Auf der Website des Berufsverbands der LogopädInnen (logopädieaustria) ist es möglich, eine Auswertung der logopädieaustria-Mitglieder mit freiem Therapieplatz durchzuführen. Der Bezug der Ergebnisse auf die Bevölkerung lässt – unter der Annahme, dass die Bereitschaft, dem Berufsverband beizutreten, in allen Bundesländern annähernd gleich ist – auch im Bereich der Logopädie Versorgungsunterschiede zwischen den Bundesländern vermuten (vgl. Abbildung 30).

Abbildung 30: logopädieaustria-Mitglieder mit freiem Therapieplatz pro 100.000 EinwohnerInnen (Februar 2016)

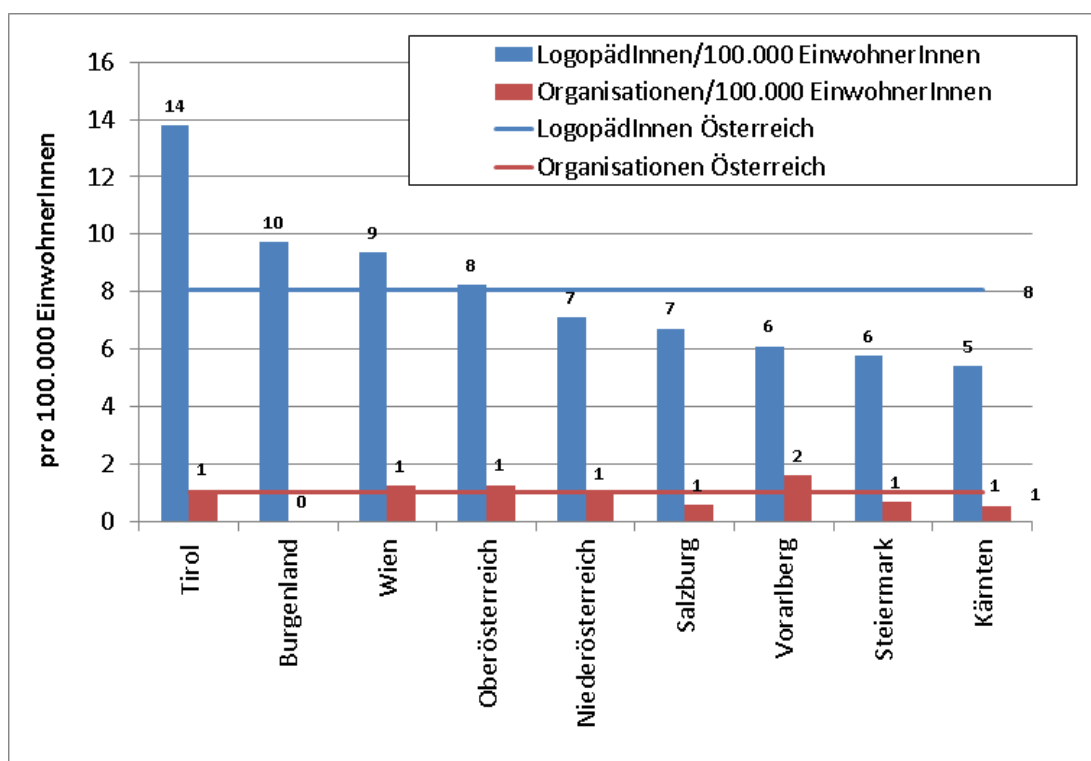


Quelle: Therapieplatzsuche über die Website von logopädieaustria (<http://suche.logopaedieaustria.at/tplist2.htm>), IHS (2016).

⁴⁶ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Stand Jänner 2014)

Die Auswertung des privaten Internetportals www.logopaeden.at illustriert beispielsweise, dass in Tirol überdurchschnittlich viele LogopädInnen gefunden werden, was im Einklang mit der zuvor gezeigten hohen Mitgliederdichte beim Berufsverband in Tirol steht.

Abbildung 31: LogopädInnen und Organisationen, Auswertung des privaten Internetportals www.logopaeden.at (Abfrage Oktober 2015)



Anmerkung: Organisationen sind beispielsweise Zusammenschlüsse mit anderen LogopädInnen oder anderen ärztlichen oder nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen.

Quelle: www.logopaeden.at, IHS (2016).

4.4.5. Diätologie

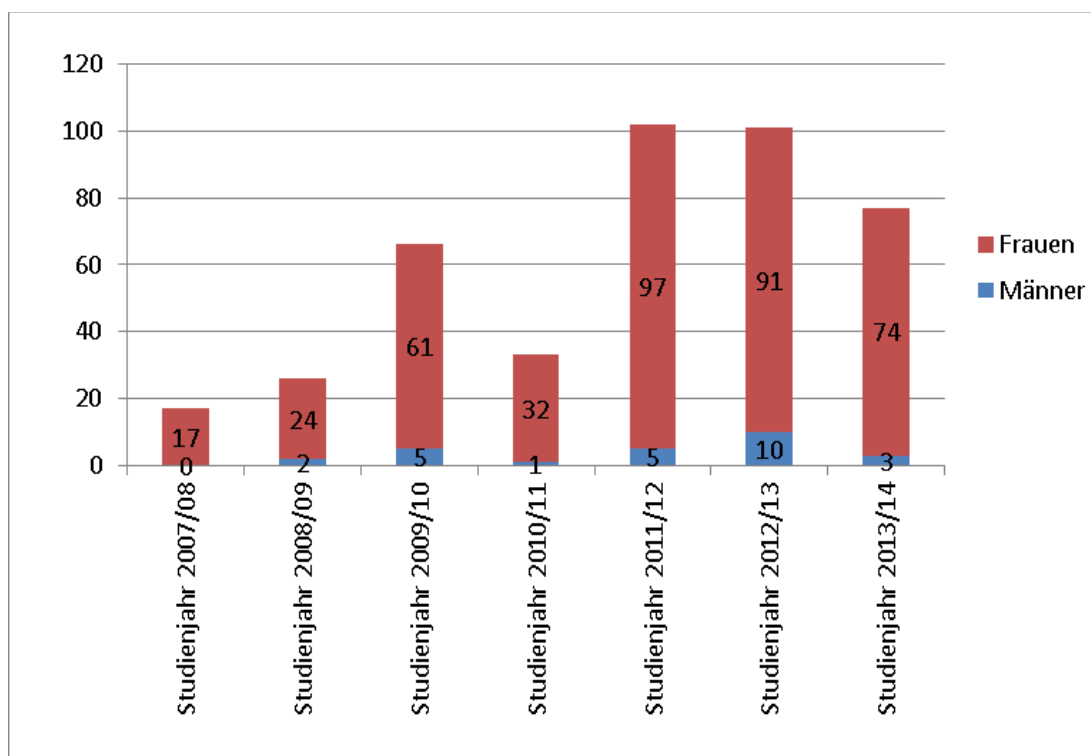
Auch Diätologie gehört zu den gesetzlich anerkannten und geregelten Gesundheitsberufen laut MTD-Gesetz. Dementsprechend gelten vergleichbare Rahmenbedingungen wie für Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie.

Die **Ausbildung** in Diätologie erfolgt derzeit an fünf Fachhochulen und schließt mit dem akademischen Grad Bachelor of Science in Health Studies ab. Mit erfolgreichem Abschluss werden die Berufsberechtigung sowie die Berufsbezeichnung „Diätologin“/„Diätologe“ verliehen. Die Ausbildung umfasst per FH-Gesetz drei Jahre und einen Arbeitsaufwand von mindestens 180 ECTS Punkten oder 4.500 Stunden. Wie auch in den anderen durch das MTD-Gesetz geregelten Berufen sind im Zuge der Ausbildung Praktikumsstunden von

mindestens einem Viertel der Gesamtbildungszeit (also 1.125 Stunden) vorgesehen. Die Praktikumsstellen sollen überwiegend in Krankenhäusern angesiedelt sein. Zusätzlich bietet die FH St. Pölten für AbsolventInnen des Universitätsstudiums Ernährungswissenschaften einen Lehrgang an, der in verkürzter Studienzeit (60 ECTS) ebenfalls zum Bachelor in Diätologie führt.

Das Masterstudium Angewandte Ernährungsmedizin richtet sich insbesondere an DiätologInnen sowie ÄrztInnen. Dieser Universitätslehrgang wird von der FH Joanneum und der Medizinischen Universität Graz gemeinsam durchgeführt. Ziel des Lehrgangs ist die wissenschaftliche und fachliche Spezialisierung der TeilnehmerInnen im Bereich der angewandten Ernährungsmedizin. Im Fokus der Ausbildung stehen die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen DiätologInnen sowie ÄrztInnen und die wechselseitige Nutzung der jeweiligen Kompetenzen. Das Studium umfasst insgesamt acht Module in vier Semestern sowie das Verfassen einer Masterarbeit und ist als berufsbegleitendes Studium konzipiert, wobei vier Wochen an der Medizinischen Universität in Graz und vier Wochen an der FH Joanneum in Bad Gleichenberg stattfinden. Einzelne Teile werden über E-Learning abgehalten.

Abbildung 32: FH-AbsolventInnen des Bachelorstudiums Diätologie

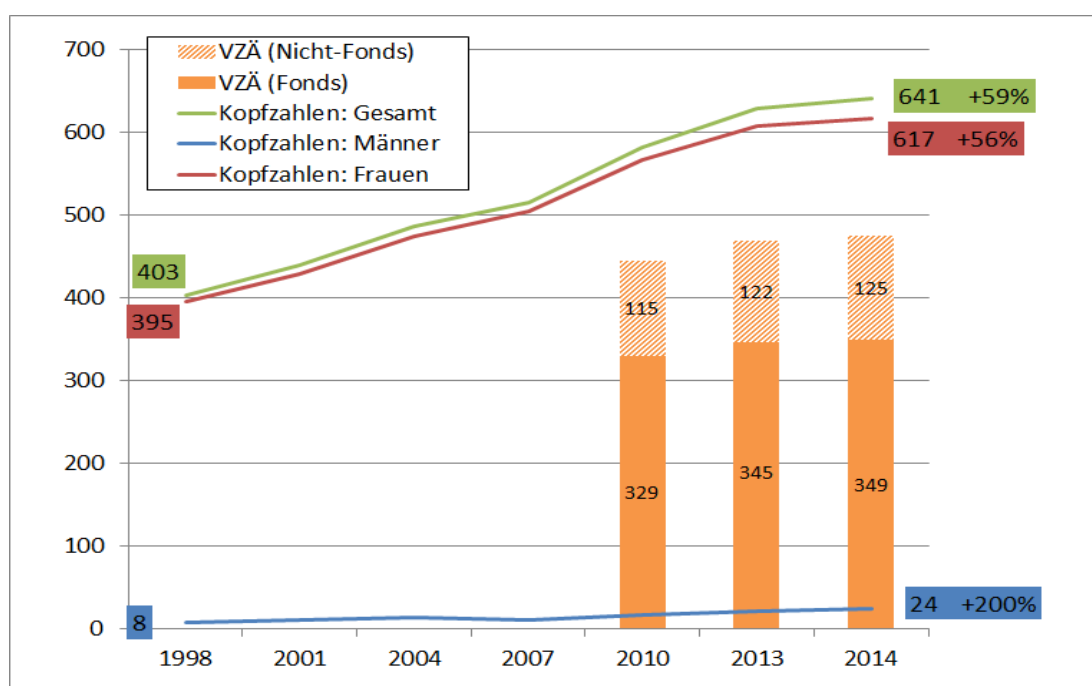


Quelle: uni:data (hochschulstatistisches Informationssystem des BMWFW), IHS (2016).

Im Studienjahr 2013/14 schlossen insgesamt 77 Personen das Bachelorstudium der Diätologie ab. Der überwiegende Anteil (96 %) davon waren Frauen (vgl. Abbildung 32). Auch in diesem Fachbereich ist ein jährlicher Vergleich der AbsolventInnenzahlen nur bedingt möglich, da nicht an jeder Fachhochschule jährlich ein Ausbildungsjahrgang startet.

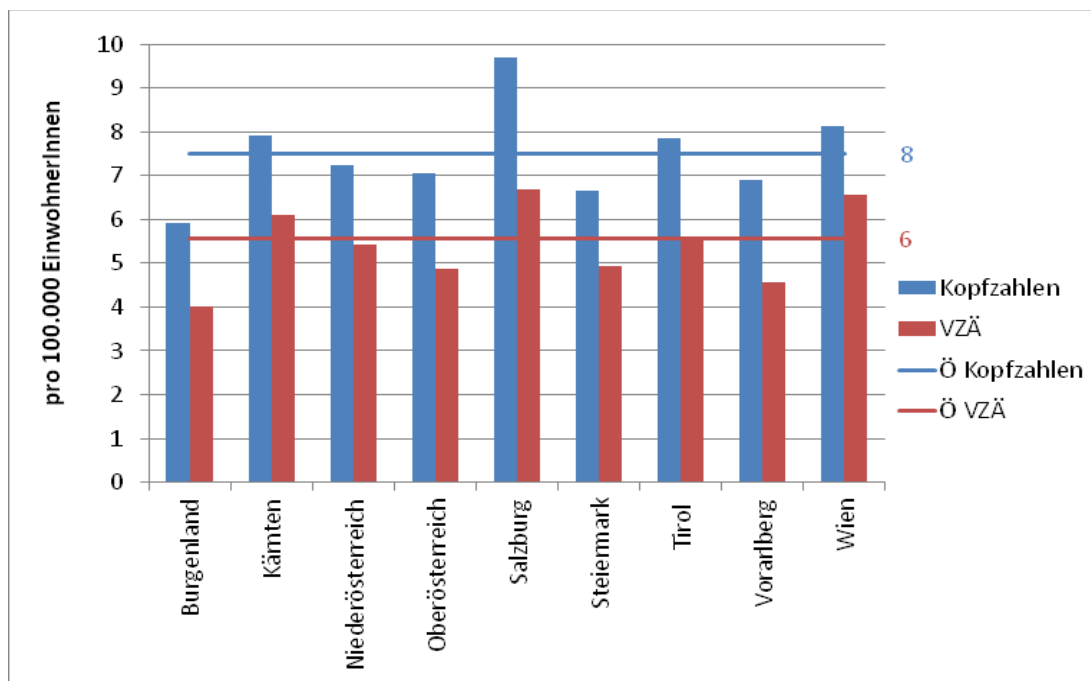
Die Zahl der DiätologInnen in Österreichs Krankenanstalten wuchs seit 1998 um rund 59 % und betrug 2014 641 Personen (vgl. Abbildung 33). Knapp drei Viertel der vollzeitäquivalenten DiätologInnen waren 2014 in einer Fondskrankenanstalt beschäftigt, rund ein Viertel in Nichtfondsspitalern. Zwischen den Bundesländern gibt es im stationären Bereich zum Teil beträchtliche Versorgungsunterschiede: Auf Basis der Vollzeitäquivalente gab es 2014 in Wien und Salzburg (je rund sieben VZÄ pro 100.000 EinwohnerInnen) die meisten und im Burgenland (vier VZÄ pro 100.000 EinwohnerInnen) die wenigsten DiätologInnen (vgl. Abbildung 34).

Abbildung 33: Diätdienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst in Krankenanstalten: Kopfzahlen nach Geschlecht, VZÄ nach Fondszugehörigkeit



Quelle: Statistik Austria, BMG, IHS (2016).

Abbildung 34: Diätdienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst in Krankenanstalten: Kopfzahlen und VZÄ pro 100.000 EinwohnerInnen nach Bundesland (2014)



Quelle: Statistik Austria, BMG, IHS (2016).

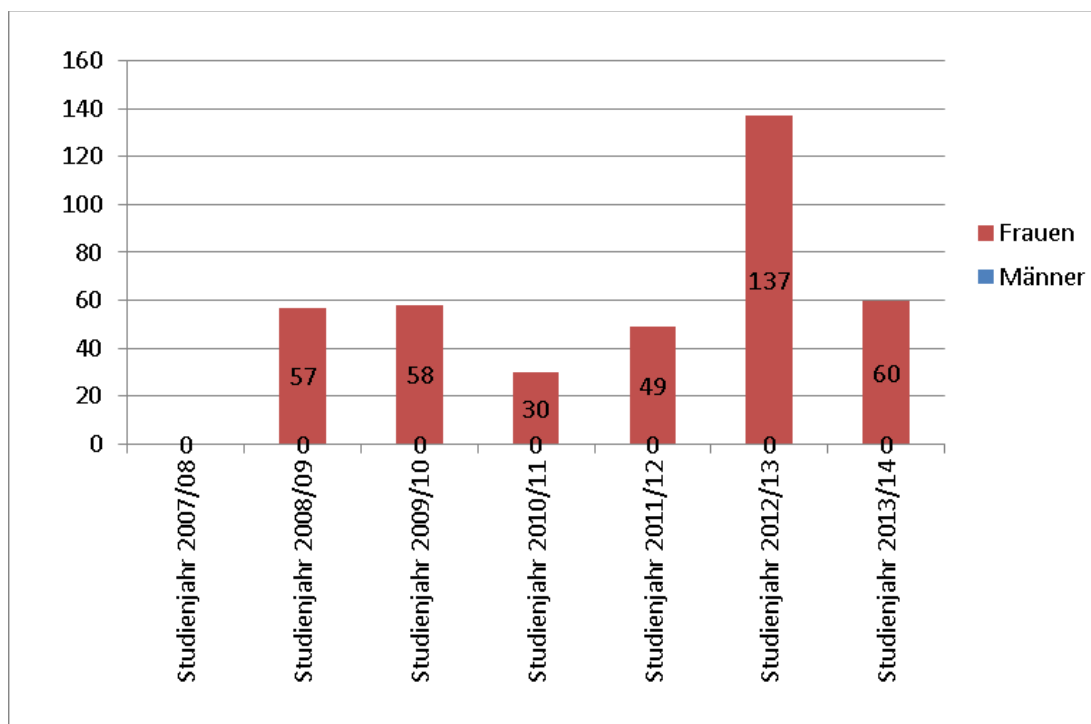
4.4.6. Hebammenwesen

Die **Ausbildung** zur Hebamme wird seit 2006 durch eine spezielle Verordnung geregelt. Die Regelungen orientieren sich weitgehend an jenen, die auch für die MTD-Berufe gelten. Die Ausbildung zur Hebamme findet derzeit an sieben Fachhochschulen statt. Bei erfolgreicher Absolvierung schließt man die Ausbildung mit dem akademischen Grad BSc sowie der Berufsberechtigung ab. Das Studium dauert sechs Semester und umfasst 180 ECTS. Mindestens ein Viertel des gesamten Workload ist als Praktikum zu absolvieren. Das Programm der FH Campus Wien beispielsweise umfasst 50 Wochen Berufspraktikum. Die überwiegende Anzahl von Praktikumsstellen ist in Krankenhäusern vorzusehen. Auch in der Hebammenausbildung gilt während der Praktika ein Ausbildungsschlüssel von zwei zu eins. Die Ausbildungsverordnung für Hebammen regelt in zentralen Bereichen eine konkrete Mindestanzahl von Praxiserfahrungen während der Ausbildung (z. B. Überwachung und Pflege von 40 gefährdeten Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen, Überwachung und Pflege einschließlich Untersuchung von mindestens 100 Wöchnerinnen und Neugeborenen).

Im Studienjahr 2013/14 beendeten 60 Studierende das Bachelorstudium Hebamme, im Jahr zuvor waren es mehr als doppelt so viele gewesen (vgl. Abbildung 35). Die Schwankungen

erklären sich dadurch, dass die Ausbildung an bestimmten Fachhochschulen nur alle zwei bis drei Jahre begonnen werden kann.

Abbildung 35: FH-Absolventinnen des Bachelorstudiums Hebamme



Quelle: uni:data (hochschulstatistisches Informationssystem des BMWF), IHS (2016).

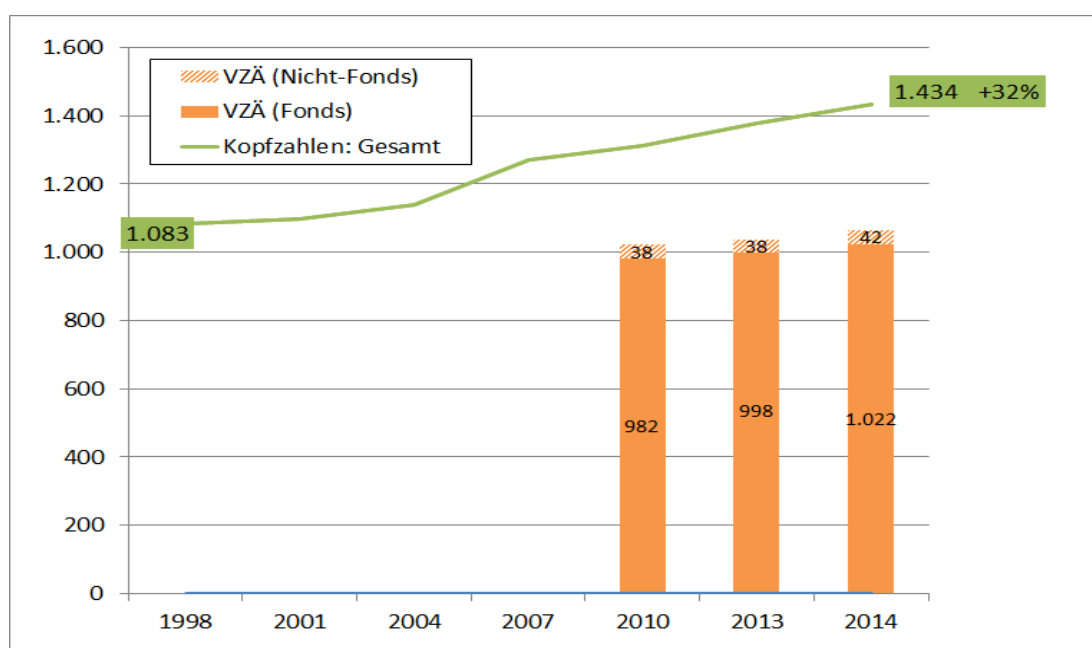
Hebammen gehören zu den wenigen Gesundheitsberufen in Österreich, deren Angehörige sich bereits heute vor Aufnahme der beruflichen Tätigkeit in ein **Register** eintragen lassen müssen (Hebammengesetz § 10 Abs. 5, § 42a Abs. 1). Das Register bzw. seine Basisinformationen (wie Name, akademischer Grad, Berufssitz und Dienort, Berufsbezeichnung, Kontaktdaten, Krankenkassenverträge) sind öffentlich einsehbar. Bei freiberuflicher Tätigkeit sind jede Begründung und Änderung eines Berufssitzes dem Österreichischen Hebammengremium anzuzeigen. (Hebammengesetz § 19 Abs. 4) Als registerführende Institution ist das Österreichische Hebammengremium gesetzlich verankert. Das Österreichische Hebammengremium ist eine öffentlich rechtliche Körperschaft mit Kammerstatus, die die beruflichen Interessen der Hebammen vertritt. Jede Hebamme, die in Österreich arbeitet, ist automatisch Mitglied des Gremiums.

Zum Erhalt der Berufsberechtigung unterliegen Hebammen der Verpflichtung zur **Weiterbildung**. So sind in Abständen von fünf Jahren Fortbildungskurse im Ausmaß von fünf Tagen zu besuchen. Der Besuch eines Fortbildungskurses ist weiters nach einer mehr als zweijährigen Berufsunterbrechung verpflichtend. Die regelmäßige Teilnahme ist vom Österreichischen Hebammengremium im Fortbildungspass zu bestätigen. Für die

Durchführung der Fortbildungskurse hat das Österreichische Hebammengremium zu sorgen. (FH-Hebammenausbildungsverordnung § 37)

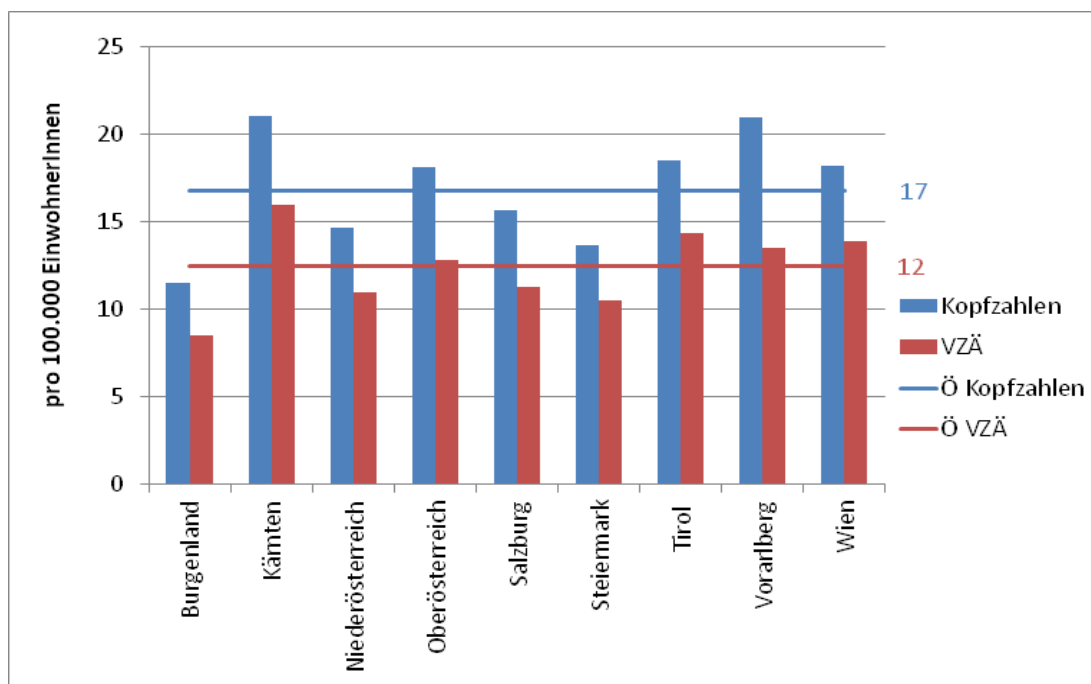
In Österreichs Krankenanstalten waren im Jahr 2014 1.434 Hebammen beschäftigt, um 32% mehr als im Jahr 1998 (vgl. Abbildung 36). Der überwiegende Anteil (96 %) war dabei in landesfondsfinanzierten Krankenanstalten zu finden. Die höchste Hebammendichte war 2014 in Kärnten (rund 16 VZÄ pro 100.000 EinwohnerInnen), die niedrigste im Burgenland (acht VZÄ pro 100.000 EinwohnerInnen) festzustellen (vgl. Abbildung 37).

Abbildung 36: Hebammen in Krankenanstalten: Kopffzahlen nach Geschlecht, Vollzeitäquivalente (VZÄ) nach Fondszugehörigkeit



Quelle: Statistik Austria, BMG, IHS (2016).

Abbildung 37: Hebammen in Krankenanstalten: Kopfzahlen und VZÄ pro 100.000 EinwohnerInnen nach Bundesland (2014)



Quelle: Statistik Austria, BMG, IHS (2016).

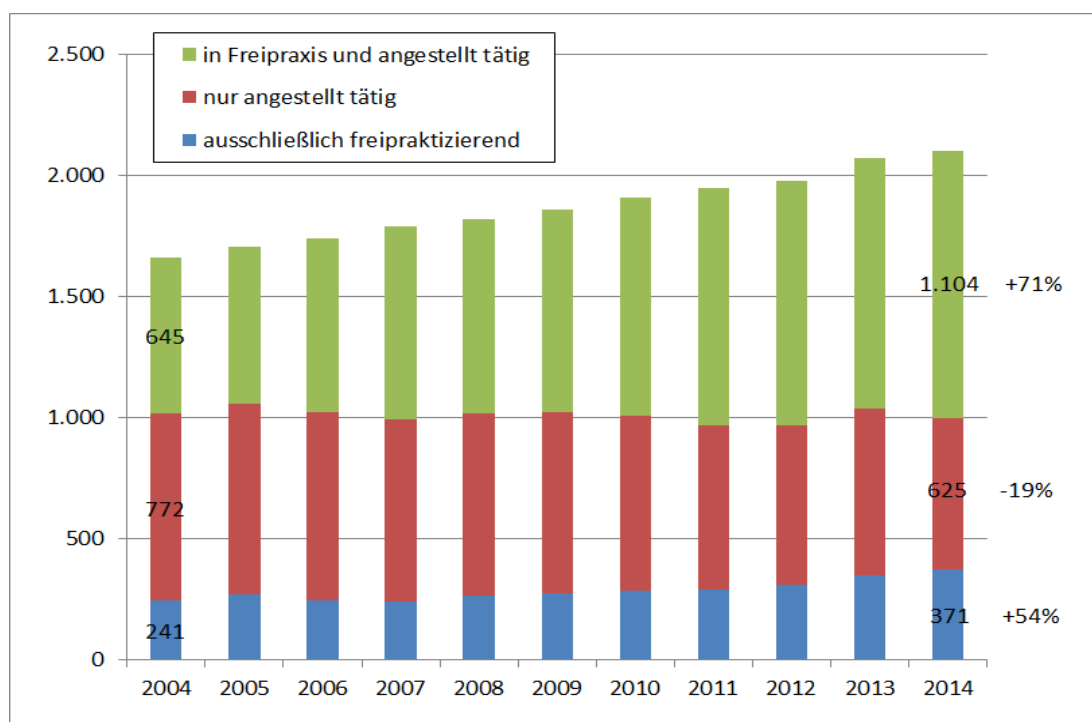
Vertragliche Übereinkünfte mit Hebammen bestehen mit allen KrankenversicherungsträgerInnen. Wahlhebammen gibt es im Bereich der Gebietskrankenkassen sowie der VAEB und der BVA.⁴⁷

Aufgrund der verpflichtenden Registrierung von Hebammen ist es möglich, eine Gesamtübersicht der Hebammen in Österreich darzustellen. Insgesamt gab es 2014 laut Österreichischem Hebammengremium 2.100 Hebammen. Knapp ein Fünftel davon (18 %) war ausschließlich frei praktizierend tätig, rund ein Drittel (30 %) nur in einem Angestelltenverhältnis (z. B. in einer Krankenanstalt oder in einer gynäkologischen Praxis) sowie etwas mehr als die Hälfte (53 %) in beiden Formen, d. h. in Freipraxis und angestellt, tätig. In den letzten zehn Jahren ist eine Verschiebung zwischen diesen drei Beschäftigungsfeldern festzustellen: Während sich die Anzahl ausschließlich frei praktizierender Hebammen um 54 % erhöhte, sank die Anzahl ausschließlich angestellter Hebammen um 19 %. Die gesamte Anzahl der Hebammen, die ausschließlich in einer Form, Freipraxis oder angestellt, tätig sind, blieb hingegen konstant (rund 1.000 Hebammen) (vgl. Abbildung 38). Am stärksten wuchs die Anzahl der Hebammen, die in beiden Formen tätig sind, nämlich um 71 %. Es ist somit eindeutig ein Trend in Richtung Freipraxis (ausschließlich oder neben einer Anstellung) festzustellen.

⁴⁷ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Stand Jänner 2014). Für die SVAW und die SVB stehen keine Daten zur Verfügung.

Die Versorgung von Lebendgeborenen durch Hebammen hat sich in Österreich in den letzten zehn Jahren verbessert: Standen im Jahr 2004 für 1.000 Lebendgeborene rund 21 Hebammen zur Verfügung, waren es 2014 bereits rund 26 (ein Plus von 22 %) (vgl. Abbildung 40).

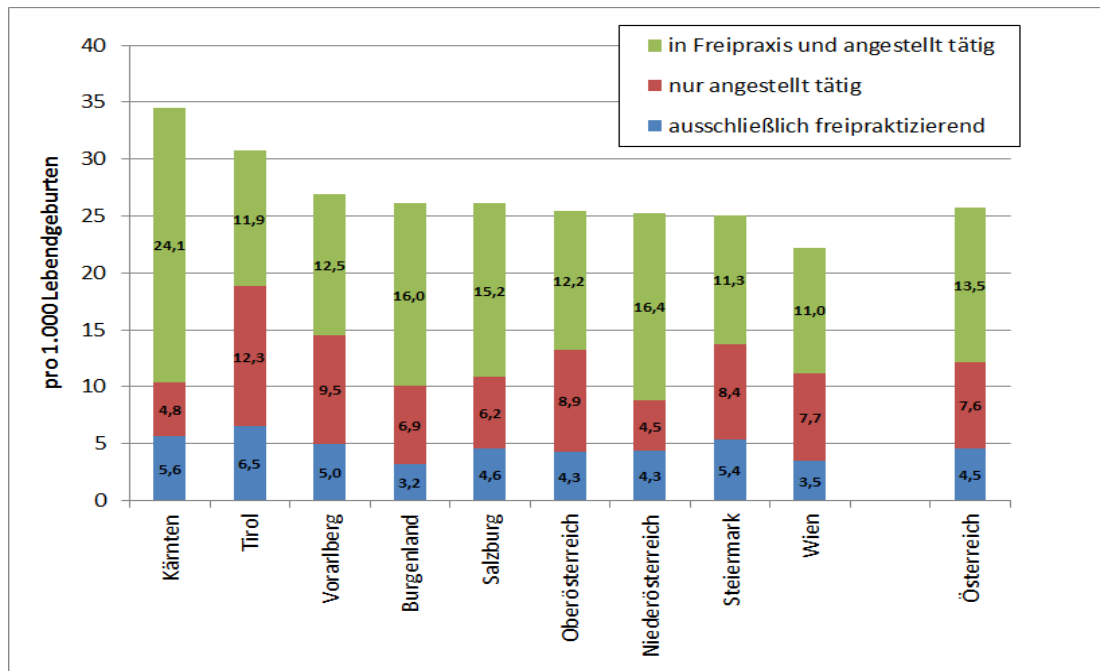
Abbildung 38: Gesamtübersicht der Hebammen in Österreich (absolut)



Anmerkung: inklusive karenzierter und teilzeitbeschäftigter Hebammen.

Quelle: Österreichisches Hebammengremium in Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2004-2014, IHS (2016).

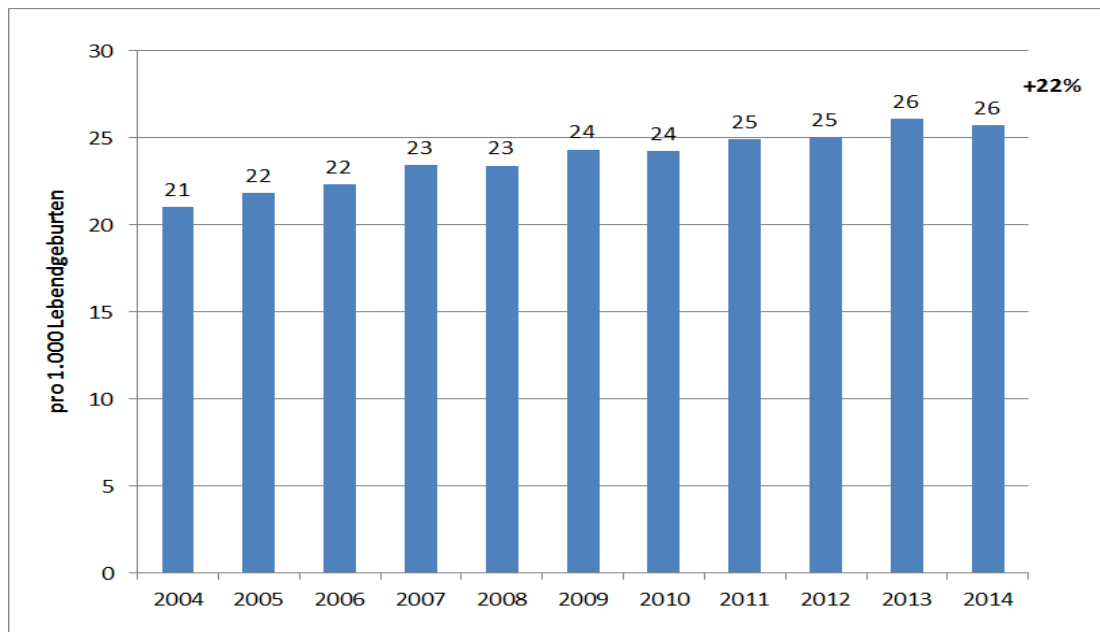
Abbildung 39: Gesamtübersicht der Hebammen in Österreich pro 1.000 Lebendgeburten



Anmerkung: inklusive karenzierter und teilzeitbeschäftigter Hebammen.

Quelle: Österreichisches Hebammengremium in Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2014, IHS (2016).

Abbildung 40: Hebammen pro 1.000 Lebendgeburten



Anmerkung: inklusive karenzierter und teilzeitbeschäftigter Hebammen.

Quelle: Österreichisches Hebammengremium in Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2004-2014, IHS (2016).

4.4.7. Registrierung

In Österreich besteht derzeit nur für Angehörige eines einzigen der hier betrachteten Berufe die Pflicht, sich vor Antritt der Berufstätigkeit in ein öffentliches Berufsregister aufnehmen zu lassen, nämlich für Hebammen. (Hebammengesetz §10 Abs. 5, § 42a Abs. 1) Das Register bzw. seine Basisinformationen (wie Name, akademischer Grad, Berufssitz und Dienstort, Berufsbezeichnung, Kontaktdaten, Krankenkassenverträge) sind öffentlich einsehbar. Bei freiberuflicher Tätigkeit sind jede Begründung und Änderung eines Berufssitzes dem Österreichischen Hebammengremium anzuzeigen. (Hebammengesetz § 19 Abs. 4) Als registerführende Institution ist das Österreichische Hebammengremium gesetzlich verankert. Das Österreichische Hebammengremium ist eine öffentlich-rechtliche Körperschaft mit Kammerstatus, die die beruflichen Interessen der Hebammen vertritt. Jede Hebamme, die in Österreich arbeitet, ist automatisch Mitglied des Gremiums.

Die Errichtung eines verpflichtenden Berufsregisters für MTD- und Pflegeberufe wird bereits seit einigen Jahren heftig diskutiert. Ein entsprechender Gesetzesantrag wurde im Jahr 2013 im Nationalrat und im Bundesrat beschlossen (Gesundheitsberuferegister-Gesetz, kurz GBRegG), wurde aber schlussendlich mangels Zustimmung durch zwei Bundesländer nicht wirksam. In kaum veränderter Form wurde der Gesetzesantrag im Juni 2015 erneut im Ministerrat beschlossen, aber bis dato (Januar 2016) noch nicht im Gesundheitsausschuss behandelt.

Der aktuelle Gesetzesantrag sieht für alle erfassten Berufe einen Rahmen einheitlicher Regelungen vor. Erfasst sind Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie des gehobenen medizinisch-technischen Diensts (§ 1 (2)).

Das Gesetz sieht die Führung eines elektronisch unterstützten Registers der zur Berufsausübung berechtigten Angehörigen dieser Gesundheitsberufe durch die Bundesarbeitskammer vor (§ 4 (1)). Die Mitgliedschaft bei gesetzlichen Interessenvertretungen bleibt hiervon unberührt. Das Register ist ohne Unterschied der zu registrierenden Personen zu führen. Das Gesundheitsberuferegister ist nach Berufsgruppen zu gliedern und hat 19 Arten von Informationen über die Berufsangehörigen zu enthalten (1. *Eintragsnummer und Datum der Erstregistrierung*, 2. *Vor- und Nachname, gegebenenfalls Geburtsname*, 3. *akademische Grade*, 4. *Geschlecht*, 5. *Geburtsdatum*, 6. *Geburtsort*, 7. *Staatsangehörigkeit*, 8. *bereichsspezifisches Personenkennzeichen (bPK-GH) gemäß E-Government-Gesetz*, 9. *Ausbildungsabschluss im jeweiligen Gesundheitsberuf*, 10. *Hauptwohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthalt*, 11. *Art der Berufsausübung (freiberuflich, im Dienstverhältnis)*, 12. *Berufssitz bzw. Arbeitsort*, 13. *Berufs- und Ausbildungsbezeichnungen*, 14. *absolvierte Fort-, Weiter- und Sonderausbildungen*, 15. *Vertragsverhältnisse mit Sozialversicherungsträgern und Krankenfürsorgeanstalten*, 16. *Ruhen der Registrierung*, 17. *Berufsunterbrechung*, 18. *Frist für die Reregistrierung*, 19. *Datum der letzten Änderung des Registerdatensatzes*). Auf freiwilliger Basis können auch Fremdsprachenkenntnisse,

Arbeitsschwerpunkte, Zielgruppen und Spezialisierungen und Kontaktdaten eingetragen werden. Alle BürgerInnen sind berechtigt, in das Gesundheitsberuferegister Einsicht zu nehmen. Hierbei stehen jedoch nur die in der Auflistung kursiv gesetzten Daten sowie die freiwilligen Einträge öffentlich zur Verfügung. (§ 5)

Es ist vorgesehen, dass die Dienstgeber die für die Eintragung erforderlichen Daten der bei ihnen beschäftigten Angehörigen der erfassten Gesundheitsberufe gemeinsam mit der Meldung zur Sozialversicherung bekannt geben. Der Hauptverband wiederum hat diese Informationen unverzüglich elektronisch an die Bundesarbeitskammer weiterzuleiten. (§ 12)

Wer einen vom GBRRegG erfassten Beruf in Österreich ausüben möchte, hat vor Aufnahme der beruflichen Tätigkeit bei der Bundesarbeitskammer die Aufnahme in das Register zu beantragen und die entsprechenden Personal- und Ausbildungsnachweise vorzulegen (§ 16). Alle Angehörigen eines erfassten Berufs haben einen Rechtsanspruch darauf, bei Erfüllung der Voraussetzungen auf Antrag in das Register eingetragen zu werden. Erfüllt die betreffende Person die Erfordernisse für die (Re-)Registrierung nicht, so hat die Bundesarbeitskammer unter Beiziehung des Registrierungsbeirats die Eintragung in das Gesundheitsberuferegister zu versagen. (§ 17)

Gemäß Regierungsvorlage von 2015 gilt die Reregistrierung für Angehörige des gehobenen Diensts für Gesundheits- und Krankenpflege bei Erfüllung der Fortbildungspflicht für fünf Jahre, während für konkrete Reregistrierungsintervalle in den MTD-Berufen auf eine durch das Gesundheitsministerium zu erlassende Verordnung verwiesen wird. In der Regierungsvorlage von 2013 war das Intervall noch einheitlich für beide beruflichen Bereiche (GuK und MTD) mit fünf Jahren und das erforderliche Fortbildungsausmaß mit 40 Stunden innerhalb dieser fünf Jahre festgelegt.⁴⁸

4.4.8. Kapazitätsplanung

Österreich hat im Hinblick auf die Planung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe noch kräftigen Aufholbedarf. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit aus dem Jahr 2012 (ÖSG 2012) beinhaltet zwar in seiner Planungsmatrix die „extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung“ auf Ebene der Versorgungszonen, der Bundesländer und der Versorgungsregionen, die Beurteilung der Versorgungssituation für den physiotherapeutischen, ergotherapeutischen und logopädischen Bereich geht jedoch auf veraltete Daten aus dem Jahr 2004 zurück. Zudem handelt es sich nicht um Planzahlen in dem Sinne, dass aufgrund von Versorgungsbedarfen festgestellte Sollzahlen ausgewiesen und den Istzahlen gegenübergestellt würden, sondern lediglich um die Darstellung eines (veralteten) Status quo. Eine in die Zukunft gerichtete Planung ist im ÖSG 2012 nicht zu finden. Nach Auskunft der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), die von der

⁴⁸ Per Änderung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes bzw. des MTD-Gesetzes.

Bundeszielsteuerungskommission mit der Erstellung des ÖSG 2016 betraut wurde, ist auch im ÖSG 2016 keine bedarfsbasierte Planung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe vorgesehen.

Dies deckt sich mit den im Bundeszielsteuerungsvertrag festgehaltenen Eckpunkten. Laut B-ZV Art. 13 soll der ÖSG auch künftig allgemeine Planungsgrundsätze im Sinne der „integrierten Gesundheitsstrukturplanung“ für die Primärversorgung, die ambulante spezialisierte Versorgung, die stationäre Versorgung, den gesamten Rehabilitationsbereich sowie für die Nahtstellen zum Pflegebereich symmetrisch festlegen. Weiters legt der B-ZV fest, dass der ÖSG zwar qualitative Personalkriterien als Qualitätskriterien enthalten *kann*, jedoch grundsätzlich keine quantitativen Personalkriterien enthalten *soll*. Die Vorgaben des B-ZV können hinsichtlich Kapazitätsplanung insofern als Rückschritt gewertet werden, als dass er festhält, dass eine quantitative Darstellung *grundsätzlich* nicht erwünscht ist, also nicht einmal nach Aufbau einer belastbaren Datenbasis.

Die Ausbildung der hier betrachteten Gesundheitsberufe unterliegt bereits jetzt (zum größten Teil) dem Fachhochschul-Studiengesetz (FHStG). Anträge auf Akkreditierung von Fachhochschulen und Studiengängen sind laut FHStG an die Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung Austria (AQ Austria) zu richten. Nach sechs Jahren ist bei Fachhochschulen (einmalig) erneut zu prüfen, ob die Akkreditierungsvoraussetzungen noch immer gegeben sind und voraussichtlich in den nächsten sechs Jahren auch bestehen werden. Für die Akkreditierung sind laut FHStG § 8 (3) Z. 9 Bedarfs- und Akzeptanzerhebungen beizubringen und gemäß § 8 (5) sind in der Aufnahmeordnung die Zahl der Studienplätze festzulegen sowie die Kriterien, die angewendet werden, wenn die Zahl der Bewerbungen die Zahl der Studienplätze überschreitet. Damit soll laut Gesetz der Planung der Ausbildungskapazität für MTD-Berufe und Hebammen eine Bedarfserhebung für die Studiengänge vorangehen. Nach Auskunft der AQ Austria haben die vorgelegten Berechnungen für die Gesundheitsberufe die Gestalt von Szenarienrechnungen, die die AbsolventInnen-trends der Vergangenheit unter Einbeziehung von erwarteten zukünftigen Änderungen (z. B. durch gesetzliche Änderungen) abbilden. Bedarfserhebungen im Sinne einer Analyse zukünftig von Nachfrageseite benötigter Arbeitskräfte in den jeweiligen Berufen sind nicht üblich. Da die Bundesländer doppeltes Interesse an der „richtigen“ Abschätzung des Ausbildungsbedarfs haben – einerseits als Hauptfinanciers der Ausbildung, andererseits als wichtigste Arbeitgeber für die AbsolventInnen – vertritt die AQ Austria den Standpunkt, dass die Bedarfserhebung im Gesundheitsbereich nicht allzu kritisch zu sehen ist.⁴⁹ Nach Auskunft des BMG erfolgt die Bedarfsplanung der Ausbildungskapazitäten für die genannten Berufe somit nicht zentral, sondern nur auf Bundesländerebene (da die Länder auch die Financiers der Fachhochschulstudiengänge für Gesundheitsberufe sind). Dem BMG liegen auch keine Informationen über das konkrete Planungsprozedere vor.

⁴⁹ Quelle: telefonische Auskunft.

Bei der Akkreditierung für Studiengänge im Bereich der Gesundheitsberufe sind zwei Sachverständige des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) beizuziehen, die das Vorliegen der Akkreditierungsvoraussetzungen überprüfen. Über die konkrete Form der Bedarfserhebung liegen keinerlei publizierte Informationen vor. Die bei der AQ Austria gelegten Berichte sind nicht öffentlich. Wohl auch aufgrund der lückenhaften Datenbasis werden offenbar lediglich Trendfortschreibungen unter Berücksichtigung zusätzlicher Annahmen durchgeführt.

War in der Umstellungsphase von Akademien auf Fachhochschulen als Bedarfsmesslatte ein Erhalt der Ausbildungskapazitäten in gewissem Maße plausibel, so fehlt jetzt unseres Erachtens die Datenbasis für eine Beurteilung von Änderungen im Bedarf. Da belastbare Daten in Österreich ausschließlich aus dem Krankenanstaltenbereich stammen (Ausnahme Hebammenwesen), kann eine Bedarfsbeurteilung allein auf dieser Basis kein vollständiges Bild liefern. Beispielsweise in der Physiotherapie ist rund die Hälfte der bei Physio Austria freiwillig registrierten Mitglieder freiberuflich tätig. Dass nur ein geringer Anteil der Berufsberechtigten im (teil)stationären Setting beschäftigt ist, entspricht auch dem in Deutschland gewonnenen Bild für die physio- (16 %), ergo- (36 %), sprach- (12 %) sowie diät- und ernährungstherapeutischen Berufe (33 %) (vgl. Tabelle 11 im Deutschland-Kapitel).

4.5. Vereinigtes Königreich

Im Vereinigten Königreich erfolgt die Gesundheitsversorgung organisiert durch den National Health Service (NHS). Auf lokaler Ebene wird die Betreuung durch praktische ÄrztInnen in den Vordergrund gestellt, die an SpezialistInnen bzw. Krankenhäuser überweisen können.

Nach großer Kritik an Leistungen und Effizienz zeichnet sich die gegenwärtige Situation im Gesundheitswesen in Großbritannien durch Reformen in den Institutionen wie auch den Berufsgruppen aus. Eine neu geschaffene Planungsbehörde, die Health Education England (HEE), versucht seit 2012, auf nationaler und regionaler Ebene den Bedarf an zukünftigem Personal zu planen und zu steuern. Neue Berufsgruppen wie die Physician Assistants versuchen, Notstände im System der Krankenpflege, insbesondere bei den Nurses, zu lindern und auch praktische ÄrztInnen zu entlasten. Hier wird allerdings gewarnt, dass es allein aus Motivation der Kostenersparnis zu einer Verschlechterung der Qualität aufgrund von verkürzten Ausbildungszeiten und schlechterer Regulierung kommen könnte.

4.5.1. Pflegeberufe

Die Anzahl von Nurses und Hebammen im NMC-Register betrug im Oktober 2015 685.000 (Merrifield, Ford 2015). Die Ausbildung für Pflegeberufe erfolgt im Vereinigten Königreich an den Universitäten. Zum Einstieg in ein Universitätsstudium bieten Colleges Vorbereitungskurse an. Ebenso gibt es die Möglichkeit, mit relevanten praktischen Ausbildungsabschlüssen in ein Universitätsstudium einzusteigen.

Der **Ausbildungsabschluss** zur Level 1 Nurse erfolgte in England mit einem Diplom oder Hochschulabschluss, in Wales, Schottland und Nordirland nur mit einem Diplom. Seit 2013 schließen alle Nurse-Ausbildungen mit einem Bachelor ab. (Carney 2014) Diplomkurse dauern drei Jahre, der Hochschulabschluss dauert vier Jahre. Die Ausbildungen zu Nurse Practitioners (NP) oder Clinical Nurse Specialists (CNS) schließen aber meist mit einem Master ab.

Zuerst erfolgt eine Allgemeinausbildung, später kann eine Spezialisierung auf Erwachsene, Kinder, Mental Health oder Lernschwäche erfolgen. (Hebammen haben eine separate Ausbildung.) Im Anschluss an den Bachelorabschluss können Master- oder PhD-Abschlüsse in Nursing/Healthcare aufgesetzt werden.

Die Regulierungsbehörde für Nurses im Vereinigten Königreich ist der Nursing and Midwifery Council (NMC). Es werden hier die Lehrgänge akkreditiert und auch laufend Qualitätskontrollen der Ausbildung vorgenommen. (Robinson, Griffiths 2007)

Level 1 Nurses können sich in folgenden Bereichen spezialisieren:

Registered specialist community public health nurse (SCPHN) in den Bereichen:

- Familie
- Health Visitor
- Occupational Health
- Unspezifisches
- Schulkrankenschwester

Specialist Practice Qualification:

- Erwachsene
- Kinder
- Gemeindegemeinschaftsschwester
- Mental Health
- District Nursing
- Allgemeinpraxis
- Lernschwäche

Diese Bereiche werden vom NMC anerkannt. Nurses können aber auch eine Spezialisierung in anderen Fachgebieten aufweisen (z. B. Epilepsie, Parkinson, Krebs etc.). Außerdem kann eine Ausbildung von Nurses zu Level 2 Nurses erfolgen, doch dies ist nicht dasselbe wie eine Ausbildung zur/zum ANP. (Die höchsten Karrierestufen für Nurses sind Level 8 oder 9.)

Neben den Nurses sind gegenwärtig etwa 250 **Physician Associates** (PAs)⁵⁰ in Großbritannien tätig⁵¹ (Parle, Ennis 2015):

*A physician's assistant or physician assistant is a medical professional who lends doctors support in the diagnoses and management of patients. Although physician assistants and doctors have similar job functions, the one significant difference between the two is that a doctor operates completely independently without any supervision. However, a physician assistant is necessarily supervised by a doctor and does not take major medical decisions without a doctor's supervision.*⁵²

Aufgrund von Knappheiten im Gesundheitssystem (nur einer von zehn neu ausgebildeten MedizinerInnen beginnt, als GP zu praktizieren, während bereits viele alteingesessene praktische ÄrztInnen in Pension gehen, und es bestehen hohe Überstundenzahlen) wurden

⁵⁰ Es bestehen nebeneinander die Bezeichnungen Physician Assistant und Physician Associate. Ein Argument gegen die etablierte Bezeichnung Physician Assistant ist, dass sie zu Unrecht eine Hilfsqualifikation suggeriert.

⁵¹ http://careers.bmj.com/careers/advice/view_article.html?id=20019162

⁵² <http://www.gapmedics.co.uk/blog/2013/11/04/physician-s-assistant-training-and-job-description/>

2004 zehn US-amerikanische PAs im Vereinigten Königreich eingestellt, um in den Bereichen Notfallmedizin und Primärversorgung in den West Midlands in einem Pilotprojekt zu arbeiten. Ergebnis war, dass vier Trainingsprogramme für PAs im Vereinigten Königreich gestartet wurden und in den letzten Jahren auch ausgebaut wurden. (Hooker, Kuilman 2011)

PAs arbeiten in Unfallstationen und Notaufnahmen, in der Chirurgie und weniger in der Allgemeinmedizin unter ärztlicher Supervision. Ihre Aufgaben umfassen:

- Anamnese
- Routineuntersuchungen
- Analyse von Laborergebnissen
- Wundversorgung
- Behandlung wenig ernster Krankheiten
- Erste Hilfe
- Abwicklung von Therapien
- Verabreichung von Medikamenten, Injektionen und IVs
- Unterstützung im Operationssaal
- Entwicklung von Managementplänen

PAs dürfen keine Rezepte ausstellen und ihr Beruf ist gegenwärtig nicht reguliert.

Vonseiten der Nurses scheint es ein Konkurrenzdenken bzw. Unbehagen mit dem Berufsstand Physician Assistant zu geben, da wegen dem Neurekrutieren von PAs Nursing nicht als knapper Beruf gesehen wird, für den international Personal rekrutiert oder die Ausbildung ausgebaut werden sollte.⁵³ Vielmehr wird moniert, dass PAs mit wesentlich kürzeren Ausbildungen ähnliche Aufgaben wie ANPs erfüllen⁵⁴, obwohl sie keine Rezepte ausstellen dürfen und als Berufsgruppe unregulierter sind. Das heißt, sie sind gegenwärtig nicht lizenziert, können aber freiwillig der UK Association of Physician Associates beitreten.⁵⁵ Die Karrieremöglichkeiten bzw. -verläufe von PAs sind nicht so klar definiert wie bei GPs oder auch bei ANPs, doch die PAs sind auf einem Niveau in ihrem Beruf eingestuft, das jenem der ANPs entspricht. Die Engpässe in der medizinischen Versorgung bestehen hauptsächlich im Bereich der GPs, in dem aber nur ein Viertel der PAs tätig ist. Das heißt, hier wird dieser neue Berufsstand als wenig hilfreich gesehen.

Auch MedizinerInnen sehen den Berufsstand kritisch. Einerseits wird er als blanke Kostenreduktionsmaßnahme gesehen, andererseits werden PAs in ihrer Qualifikation hinterfragt.⁵⁶ Zugleich liegt eine Untersuchung von zwölf Arztpraxen und 2.086 PatientInnen

⁵³ <http://www.independentnurse.co.uk/site/errorpage.aspx?aspxerrorpath=/new/s/article-details.aspx>

⁵⁴ <http://www.independentnurse.co.uk/new/s/use-advanced-nurse-practitioners-to-fill-gap-in-gp-w-orkforce/75035/>

⁵⁵ <http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20019162>

⁵⁶ http://www.huffingtonpost.co.uk/dr-michelle-drage-mbbs-frcgp/physician-associates-wont-save-time-for-gps_b_7467360.html

vor, die 2015 zu dem Ergebnis kam, dass PAs und GPs bei PatientInnen, die am selben Tag der Anmeldung eine Arztpraxis aufsuchten (AkutpatientInnen), ähnlich gute Ergebnisse erzielten. Die PatientInnenzufriedenheit war ähnlich hoch. Die Konsultationen dauerten im Schnitt bei den PAs länger, waren aber kostengünstiger. (Drennan et al. 2015)

Ende 2010 gab es in Großbritannien vier Institutionen, die eine **Ausbildung** für PAs anboten. Die Programme dauern jeweils 24 Monate und schließen mit einem Postgraduate-Diplom in Physician Assistant Studies ab. (Hooker, Kuilman 2011) Diese Ausbildungen sind aufbauend auf vorangegangenen verwandten Berufsausbildungen wie Nursing, Paramedic oder Physiotherapie. Ebenfalls sollte ein Universitätsabschluss vorliegen. Es müssen 1.600 Stunden Praktikum gemacht werden. Die Ausbildungsplätze wurden in den letzten beiden Jahren ausgebaut, mit zusätzlichen Ausbildungskursen an britischen Universitäten. Die AbsolventInnen sind sehr gefragt. Es erfolgt eine Ausbildung zur/zum GeneralistIn, aber auch eine Spezialisierung in den Bereichen Erwachsene, Kinder und Jugendliche, psychische Gesundheit, Familien, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe. Am Ende der Ausbildung ist eine national standardisierte Prüfung abzulegen, die alle sechs Jahre zu wiederholen ist. Gegenwärtig schließen etwa 35 PAs jährlich ihre Ausbildung ab. Bis 2018 sollen es aber rund 450 pro Jahr sein (Parle, Ennis 2015). Die Expansion in der Ausbildung wird kritisch gesehen: Einerseits soll die PA-Ausbildung keine Mittel von den Ausbildungen von anderem medizinischen Personal abziehen, andererseits muss mit steigenden AbsolventInnenzahlen die Berufsgruppe rasch in ihrer Rollenwahrnehmung definiert und auch lizenziert werden.

4.5.2. Physiotherapie

Im Vereinigten Königreich arbeiten PhysiotherapeutInnen unter den geschützten Berufsbezeichnungen „Physical Therapist“ und „Physiotherapist“. Mit Stichtag 1. Juli 2015 waren 49.883 PhysiotherapeutInnen registriert.⁵⁷ Der Beruf wird so umschrieben:

*Physiotherapists help patients with physical difficulties resulting from illness, injury, disability or ageing. Patients can include children, the elderly, stroke patients and people with sports injuries.*⁵⁸

PhysiotherapeutInnen arbeiten in einem breiten Aufgabenspektrum.⁵⁹ Sie arbeiten in eigenen Praxen, in Gesundheitszentren, bei Hausbesuchen, in Schulen, in Tageszentren und auch im Krankenhausbereich. Hier sind sie in allen Bereichen tätig, insbesondere zur Unterstützung der Beatmung bei bewusstlosen Personen rund um die Uhr. Außerdem unterhalten Krankenhäuser meist Einrichtungen wie spezielle Fitnessstudios, Anlagen für

⁵⁷ <http://www.hcpc-uk.org/aboutregistration/professions/index.asp?id=11>

⁵⁸ <http://www.prospects.ac.uk/physiotherapist.htm>

⁵⁹ <http://www.prospects.ac.uk/physiotherapist.htm>

Physiotherapie und nötiges Hightechequipment. Sie arbeiten in unterschiedlichen Spezialgebieten wie Geriatrie, Intensivbetreuung, psychische Gesundheit, Gesundheit am Arbeitsplatz, Ambulanzbereich, Orthopädie, Kinderheilkunde, Frauenheilkunde und Versorgung nach einem Schlaganfall.

Als Einstiegsvoraussetzung in die **Ausbildung**⁶⁰ werden A-levels oder eine bereits vorliegende Qualifikation im Gesundheitsbereich verlangt, z. B. BTEC National Diploma in Health Studies, Advanced GNVQ/GSVQ in Health and Social Care oder Science oder HND International Baccalaureate.

Die Ausbildung in Physiotherapie ist im Angebot mehrerer Universitäten im Vereinigten Königreich, mit der Dauer von drei oder vier Jahren als Undergraduate-Kurse und in Folge mit einem zweijährigen Postgraduate-Masterabschluss in Physiotherapie. In dieser Ausbildung sind Theorie und klinische Praxis enthalten. Teilweise erfolgt das Studium gemeinsam mit Ergotherapie oder Nursing. Teilzeitkurse sind hauptsächlich für PhysiotherapieassistentInnen möglich, die bereits in der Praxis arbeiten. Es ist auch möglich, in das Masterstudium mit einem Bachelorabschluss in einer anderen relevanten Disziplin einzusteigen.

Für die Berufsausübung ist die Registrierung beim HCPC erforderlich. Eine jährliche Mitgliedsgebühr erlaubt es, im Register des HCPC zu verbleiben.

4.5.3. Ergotherapie

In Großbritannien wird die Bezeichnung „Occupational therapist“ synonym mit der Bezeichnung „Ergotherapist“ verwendet. Zum Stichtag 1. Juli 2015 waren 36.219 ErgotherapeutInnen beim HCPC registriert. Der Beruf wird so beschrieben:

*Occupational therapy is the assessment and treatment of physical and psychiatric conditions using specific activity to prevent disability and promote independent function in all aspects of daily life.*⁶¹

ErgotherapeutInnen arbeiten mit Menschen jeder Altersgruppe. Ziel ist die Überwindung von Beeinträchtigungen aufgrund von psychischer oder physischer Krankheit, Unfällen oder dem Älterwerden. Occupational therapists arbeiten in Krankenhäusern, eigenen Praxen oder Gemeinschaftseinrichtungen wie Praxen von AllgemeinmedizinerInnen, Wohneinrichtungen,

⁶⁰ <http://www.nhs.uk/explore-by-career/allied-health-professions/careers-in-the-allied-health-professions/physiotherapist/entry-and-training/>

⁶¹ <http://www.nhs.uk/explore-by-career/allied-health-professions/careers-in-the-allied-health-professions/occupational-therapist/>

kommerziellen Einrichtungen, Gefängnissen, Altersheimen, Schulen und NGOs und machen vielfach auch Hausbesuche.⁶²

Eine Spezialisierung kann in den folgenden Feldern stattfinden:

- Rehabilitation
- Psychische Probleme
- Lernschwäche
- Erstversorgung
- Kinderheilkunde
- Umwelanpassung
- Pflegemanagement
- Alltagstraining
- Forschung

Eine **Ausbildung**⁶³ erfolgt als Universitätsstudium mit Bachelor- und Masterabschlüssen. Eine Registrierung akkreditierter Studien beim HCPC ist erforderlich. Im Rahmen der Ausbildung ist ein Berufspraktikum von mindestens 1.000 Stunden vorgesehen.

4.5.4. Logopädie

In Großbritannien wird Logopädie als Speech and Language Therapy (SLT) bezeichnet. Zum Stichtag 1. Juli 2015 waren 15.044 SLTs beim HCPC registriert. Die Berufsbeschreibung ist folgende:

*Speech and language therapists (SLT) assess and treat speech, language and communication problems in people of all ages to help them better communicate. They'll also work with people who have eating and swallowing problems.*⁶⁴

SLTs arbeiten im Vereinigten Königreich mit den PatientInnen und in enger Kooperation mit LehrerInnen und anderen GesundheitsprofessionistInnen wie MedizinerInnen, Nurses und PsychologInnen wie auch Pflegekräften und Angehörigen. Sie unterstützen Kinder und Erwachsene bei folgenden Problemen: Schwierigkeiten bei Sprachbildung, Formulierung, Verständnis, Sprachanwendung wie auch bei der Nahrungsaufnahme, dem Kauen und Schlucken sowie bei Stottern und Stimmproblemen. Vorhergegangene Ursachen können unter anderem Schlaganfälle, Lernschwächen, neurologische Erkrankungen wie Parkinson, Krebs im Mund- und Halsbereich, Kopfverletzungen, Hasenscharte oder Demenz sein.

⁶² <http://www.nhs Careers.nhs.uk/explore-by-career/allied-health-professions/careers-in-the-allied-health-professions/occupational-therapist/>

⁶³ <https://www.cot.co.uk/become-ot/programme-types-and-placements>

⁶⁴ <http://www.nhs Careers.nhs.uk/explore-by-career/allied-health-professions/careers-in-the-allied-health-professions/speech-and-language-therapist/>

SLTs arbeiten in Krankenhäusern, Gemeinschaftseinrichtungen, Allgemein- und Spezialschulen, Tageszentren und bei Hausbesuchen.

Um als SLT zu praktizieren, muss eine Registrierung beim HCPC erfolgen. Davor muss eine vom HCPC akkreditierte **Ausbildung**⁶⁵ abgeschlossen werden. Dazu gehören eine Undergraduate- und eine Postgraduate-Ausbildung in SLT. Die Undergraduate-Kurse dauern drei oder vier Jahre und umfassen klinische Praxis und theoretische Ausbildung, insbesondere in den Bereichen Anatomie, Physiologie, Neurologie, Psychologie, Phonetik, Linguistik, kindliche Entwicklung, Sprachpathologie und therapeutische Methoden.

Die Aufnahmekriterien für die Ausbildung sind sehr streng und relativ viel Vorerfahrung in klinischer Arbeit, Praxiserfahrung, Freiwilligenarbeit u. v. m. ist erforderlich. Bei Vorliegen eines Abschlusses in einer verwandten Disziplin ist es möglich, einen Schnellkurs mit Masterabschluss in SLT zu absolvieren.

Aufbauend auf die SLT-Ausbildung kann beispielsweise nach einem Jahr genereller Berufspraxis eine Spezialisierung erfolgen. Es kann ein einjähriges Managementprogramm abgeschlossen werden oder eine Spezialisierung in der Forschung erfolgen. Ebenso kann eine Weiterbildung in folgenden Bereichen mit unterschiedlichen Kursdauern erfolgen: Master in Human Communication, Ausbildung in neurologischen Störungen, Spezialisierung auf Schulkinder, Gehörlosigkeit und Hörstörungen, Linguistik, Lenschwäche, Onkologie, Beratung oder Lehrtätigkeit. Außerdem gibt es kurze Aufbaukurse zu den Themen erworbene neurologische Störungen, Stimme, Dysfluency, Autismus und Dysphagia.⁶⁶

4.5.5. Diätologie

Im Vereinigten Königreich lautet der geschützte Berufstitel „Dietician“ oder „Dietitian“. Mit Stichtag 1. Juli 2015 waren beim HCPC 8.598 Dietitians erfasst. Der Beruf wird wie folgt beschrieben:

*A dietitian uses the science of nutrition to devise eating plans for patients to treat medical conditions. They promote good health by helping to facilitate a positive change in food choices.*⁶⁷

Dietitians werden in folgenden Bereichen eingesetzt: Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Atmung, Critical Care, Diabetes, Nahrungsmittelallergien, Nahrungsmitteldienstleistungen, als Freiberufler, in der Gastroenterologie, in der HIV-bezogenen Versorgung, bei psychischen und Nervenerkrankungen, bei Übergewicht, bei älteren Menschen, in der

⁶⁵ http://www.prospects.ac.uk/speech_and_language_therapist_entry_requirements.htm

⁶⁶ <http://www.nhscareers.nhs.uk/explore-by-career/allied-health-professions/careers-in-the-allied-health-professions/speech-and-language-therapist/furthering-your-career/>

⁶⁷ <http://www.hcpc-uk.org/aboutregistration/professions/index.asp?id=5#profDetails>

Onkologie, im Bereich Kinder und Jugendliche sowie Schwangere, im Bereich öffentliche Gesundheit, Renal Nutrition und im Sport.

In den letzten Jahren wurde insbesondere die Möglichkeit diskutiert, dass auch Dietitians Medikamente bzw. Supplemente verschreiben dürfen. Dies betrifft auch Paramedics, Radiografie und Orthoptists. Insbesondere die Wechselwirkung zwischen Ernährung und Medikamenten spielt hier eine Rolle.⁶⁸

Die Mindestanforderung an **Ausbildung** ist ein BSc (Hons) in Dietetics oder ein verwandter Abschluss mit einem zusätzlichen Postgraduate-Abschluss in Dietetics. Die Kurse beinhalten Biochemie, Physiologie, angewandte Wissenschaft und Therapiemethoden. Vor der Registrierung muss eine Praxis unter Supervision erfolgen. Die Kurse sind vom HCPC akkreditiert.

4.5.6. Hebammenwesen

Der Beruf der Hebamme ist in Großbritannien seit 1902 per Gesetz geschützt. Die Hebammen im Vereinigten Königreich arbeiten sowohl in den Krankenhäusern des NHS (fünf von sechs Hebammen, 2011), sind aber auch in privaten Einrichtungen als unabhängige Hebammen tätig.

Die Ausbildung zur Hebamme dauert drei Jahre. Falls bereits eine Ausbildung zur Nurse abgeschlossen wurde, kann ein 18-monatiger Kurs abgeschlossen werden. Die Ausbildung umfasst 2.500 Praxisstunden und schließt mit einem BSc (Hons) und 180 ECTS ab.

2014 gab es in England knapp 22.000 Hebammen. Das sind nach Schätzung des Royal College of Midwives um 2.618 zu wenig. (RCM 2015) In Schottland gibt es rund 2.400 Hebammen, deren Durchschnittsalter bei 55 Jahren liegt. In Wales sind es rund 1.300 Hebammen und in Nordirland 1.075. Der Alterungsprozess in diesem Berufsstand und der Trend zur Teilzeitbeschäftigung gehen zwar mit einem Rückgang der allgemeinen Geburtenrate und einer verstärkten Ausbildung zur Hebamme einher, dennoch wird von einem Notstand in dieser Berufsgruppe gesprochen. (RCM 2015⁶⁹) Die Planungszahlen (siehe Abschnitt 4.2.8) zeichnen hier ein weit weniger pessimistisches Bild und gehen von einem leichten Überangebot ab 2016 aus. Von den Berufsvertretungen wird inzwischen davor gewarnt, dass schwangere und gebärende Frauen aufgrund des gegenwärtigen Mangels an Hebammen heute qualitativ schlechter versorgt werden bzw. dass sie zunehmend weniger Wahlmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Geburtsarten und -orten haben. Zeitungen berichten 2015 und 2016 von Schließungen von Geburtsstationen⁷⁰ aufgrund von Personalmangel sowie von einem Ansteigen der Kaiserschnitttrate wegen

⁶⁸ <https://www.bda.uk.com/professional/practice/prescribing/home>

⁶⁹ <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/RCM%20State%20of%20Maternity%20Services%20Report%202015.pdf>

⁷⁰ <http://www.bbc.com/news/health-34498585>

fehlenden Hebammen.⁷¹ Hebammen unterstützen seither weit weniger Geburten, als es in den letzten Jahrzehnten der Fall war. 2000 waren sie nicht einmal mehr bei 70 % der Geburten anwesend. 2016 diskutierte das Department of Health als Ergebnis neue Governance-Strukturen für den Berufsstand der Hebammen, die die Verantwortung weiter zu den MedizinerInnen verschieben sollen.⁷² Die Gefahr der Medikalisierung und damit einer Erodierung der Berufsgruppe im Vereinigten Königreich wurden bereits 2001 von Emons und Luiten diskutiert.⁷³

4.5.7. Registrierung

Fertig ausgebildete Nurses und Hebammen müssen seit 1919 beim Nursing and Midwifery Council (NMC) registriert sein. Die Registrierung muss alle drei Jahre erneuert werden, nachdem eine Evaluierung ihrer beruflichen Entwicklung vorgenommen wurde. Die Registrierung für ANPs wird gegenwärtig diskutiert. Auch PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen und DiätologInnen müssen im Vereinigten Königreich registriert sein. Ihre Registrierung erfolgt beim Health and Care Professions Council (HCPC).

4.5.8. Kapazitätsplanung

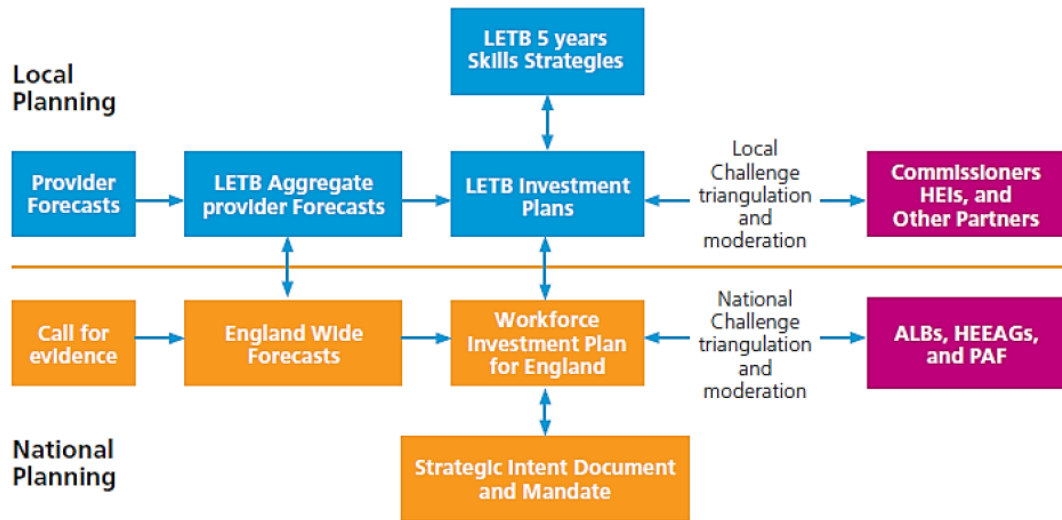
Seit 2012 erfolgt in Großbritannien eine systematische Planung der benötigten Ausbildungs- und Studienplätze für Gesundheitsfachkräfte durch die neue nationale Behörde, die Health Education England (HEE), mit Beteiligung der Local Education and Training Boards (LETBs). Hierbei wird die Ermittlung der benötigten Studienplätze für Gesundheitsfachkräfte in 130 Ausbildungsprogrammen mittels 15-jähriger strategischer Rahmenpläne organisiert und es werden Fünfjahresprognosen für den Arbeitskräftebedarf und den Bedarf an Gesundheitsleistungen ermittelt und mit der Steuerung von Personal über lokale Budgets verschränkt. Oberstes Ziel ist die Abstimmung kommunaler Bedarfe mit der nationalen Politik.

⁷¹ <http://www.dailymail.co.uk/health/article-204849/Midwife-shortage-causing-Caesareans.html>

⁷² <https://www.gov.uk/government/publications/changes-to-midwife-supervision-in-the-uk/proposals-for-changing-the-system-of-midwifery-supervision-in-the-uk>

⁷³ http://www.deloitte.nl/downloads/documents/w_ebsite_deloitte/GZpubVerloskundeinEuropaRapport.pdf

Abbildung 41: Organisation der Bedarfsplanung in England

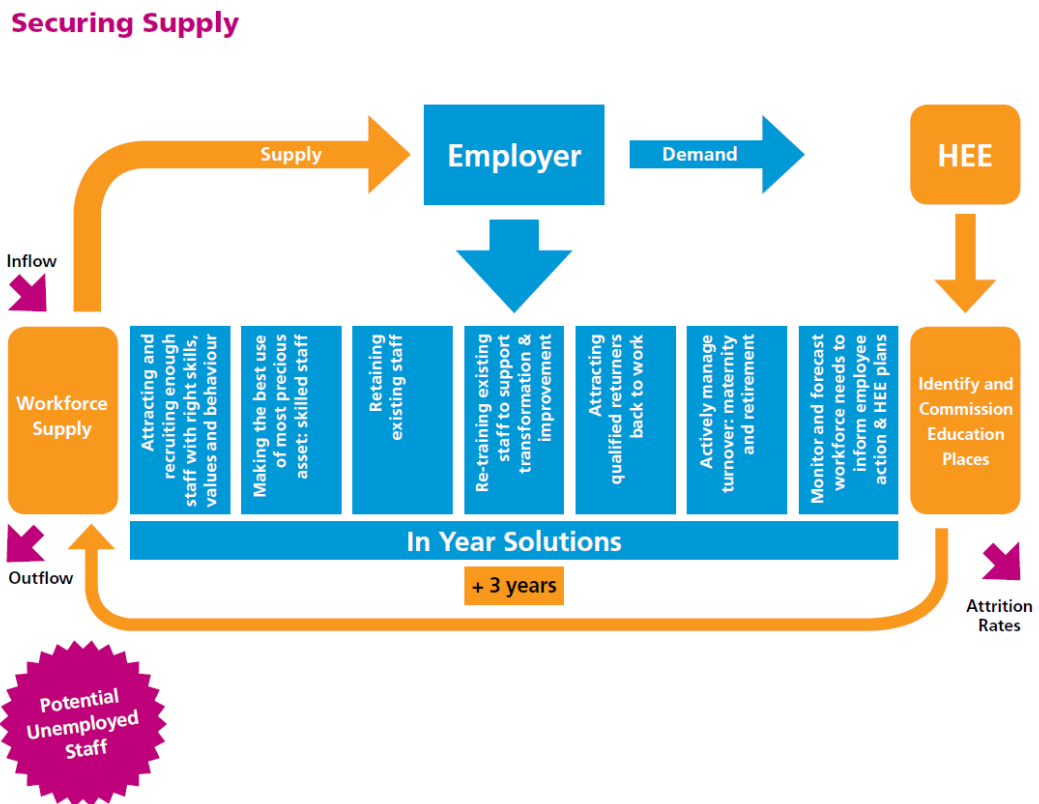


Quelle: Lenaghan (2014).

Anmerkungen: ALBs: ausführende Agenturen; HEEAGs: Health Advisory Groups; HEI: Healthcare, Environment and Infrastructure Events im Gesundheitsbereich; PAF: Performance and Accountability Framework.

Der NHS skizziert die Sicherstellung von genügend Personal und die Rolle der HEE am Beispiel von Nurses (Abbildung 42). Drei Jahre dauert es, bei erhöhtem Bedarf mit Neuausbildungen das Angebot sicherzustellen. Die orangefarbenen Bereiche in der Grafik spiegeln die Verantwortungsbereiche der HEE wider, die blauen Bereiche liegen im Bereich der Einrichtungen, die versuchen sollen, bestehende Kräfte zu halten und effizient einzusetzen. Ziel ist es, durch geeignete Planung im Optimalfall keine Kluft zwischen Angebot und Nachfrage an Arbeitskräften entstehen zu lassen.

Abbildung 42: Angebotssicherheit am Beispiel Nurses



Quelle: NHS (2014:15).

Zentral für die nationalen Arbeitskräfteprognosen in den 130 Ausbildungsgruppen sind die Arbeiten des Centre for Workforce Intelligence (CfWI). Das Centre for Workforce Intelligence setzt die Prognosen für die Berufe auf systematischen Vorüberlegungen zu den Bedarfsprognosen auf. Eine Literaturstudie vom Oktober 2015 arbeitete bestehende Systematiken auf (Kunc 2015). Eine holistische Sicht auf die Problematik der Zukunftsbedarfe findet sich im Bericht „Horizon 2035 – Future demand for skills: initial results“ (CfWI 2015).

Die Prognoseberichte zu den Berufen sind nach folgender Formel aufgebaut: Registrierungsdaten der Berufsgruppen werden anhand von Szenarien, die die Bevölkerungsentwicklung, Produktivität und Befähigungen der Arbeitskräfte mit einbeziehen, modelliert. Die Annahmen in den Modellen werden mit relevanten Stakeholdern getestet. Die Projektionen sind in allgemeine ökonomische Entwicklungen wie auch in berufsspezifische Entwicklungen eingebettet, z. B. Entwicklung der Geburtenrate bei Hebammen, technologische Neuerungen, Austrittsraten aus dem Beruf vor der Pensionierung usw.

Im Folgenden sollen die Annahmen und Szenarien für die Prognosen am Beispiel der Hebammen gezeigt werden. Der Bedarf an Hebammen wird über die Geburtenrate

hergeleitet. Es wird ein optimales Verhältnis von 28 Geburten pro Jahr im Rahmen einer Vollzeitbeschäftigung im Krankenhaus bzw. 35 Hausgeburten im Jahr festgesetzt. 2011 ergab sich über dieses Verhältnis eine Lücke von 4.700 Hebammen. (Haider, Dunkley 2011) Das CfWI prognostizierte 2013 indessen mittels zwei Szenarien einen leichten Hebammenüberschuss für das Jahr 2016. Problematisch ist, dass das CfWI hier mit Registrierungsdaten arbeitet, die nicht die gleiche Qualität wie die Daten des Berufsverbands haben. Zur Illustration sollen die Annahmen und Ergebnisse des CfWI nachfolgend gezeigt werden.

Abbildung 43: Modellannahmen für die Berechnung des Angebots an Hebammen

Variable	Detail	Low scenario	Baseline	High scenario
Length of training pipeline	Baseline and high scenario reflect actual proportions of students taking the 18 month (rounded to 2 years) and 3 year courses based on Non Medical Education and Training (NMET) commission figures. Low scenario allows for a small proportion of students to take longer to complete studies.	16 per cent 2 years, 79 per cent 3 years, 5 per cent 4 years	2010 (18 per cent 2 year, 82 per cent 3 year) 2011 onwards (16 per cent 2 year, 84 per cent 3 year)	
Trainee commissions	Baseline from NMET planned commissions for 2012/13. High and low variation based on assumption that only moderate variation is likely in the current financial climate.	Commissions 5 per cent lower	As current (2500)	Commissions 5 per cent higher
Training attrition	Baseline from Workforce Advisory Policy Planning Implementation Group (WAPPiG, 2012) attrition figures are for courses started in 2009/10 as following start years are not yet complete. High and low variation based on assumption that only moderate variation is likely due to the work that has been done to improve attrition rates.	15 per cent over the course	14 per cent over the course	13 per cent over the course
Pre-registration following graduation	Based on assumption that some midwifery graduates pursue other careers instead of registering with the NMC in order to practise.	92 per cent with NMC	93 per cent with NMC	94 per cent with NMC
International recruits	International joiners and leavers assumed to be in balance as no evidence is available to the contrary.	0 per year	0 per year	0 per year
FTE/HC ratio	Baseline based on Health and Social Care Information Centre (HSCIC, 2012) working patterns of NHS. High and low scenarios are +/- 1 per cent of the baseline figure as there is no evidence to suggest a large change in working patterns will occur.	1 per cent lower than baseline	0.81	1 per cent higher than baseline
Retirements	Baseline used retirement profile based on HSCIC data (HSCIC, 2012). Low and high scenarios shift retirement profile based on standard assumptions for CfWI retirement modelling (CfWI, 2012). High scenario allows for staff to retire later.	Retirement profile offset by 2 years earlier, and 50 per cent greater	Retirement profile as 2008 - 2010	Retirement trends shifted 2 years later reflecting the removal of default retirement age
Other leavers /joiners (net)	The total other leavers /joiners are all factors except for retirements and international leavers. Baseline based on 4 years of historical data from HSCIC and NMC. High and low scenarios assume 5 per cent difference under the assumption that only moderate variation is likely in the economic climate.	5 per cent higher than baseline other leavers figure	465 per year of NMC registrants per year	5 per cent lower than baseline other leavers figure

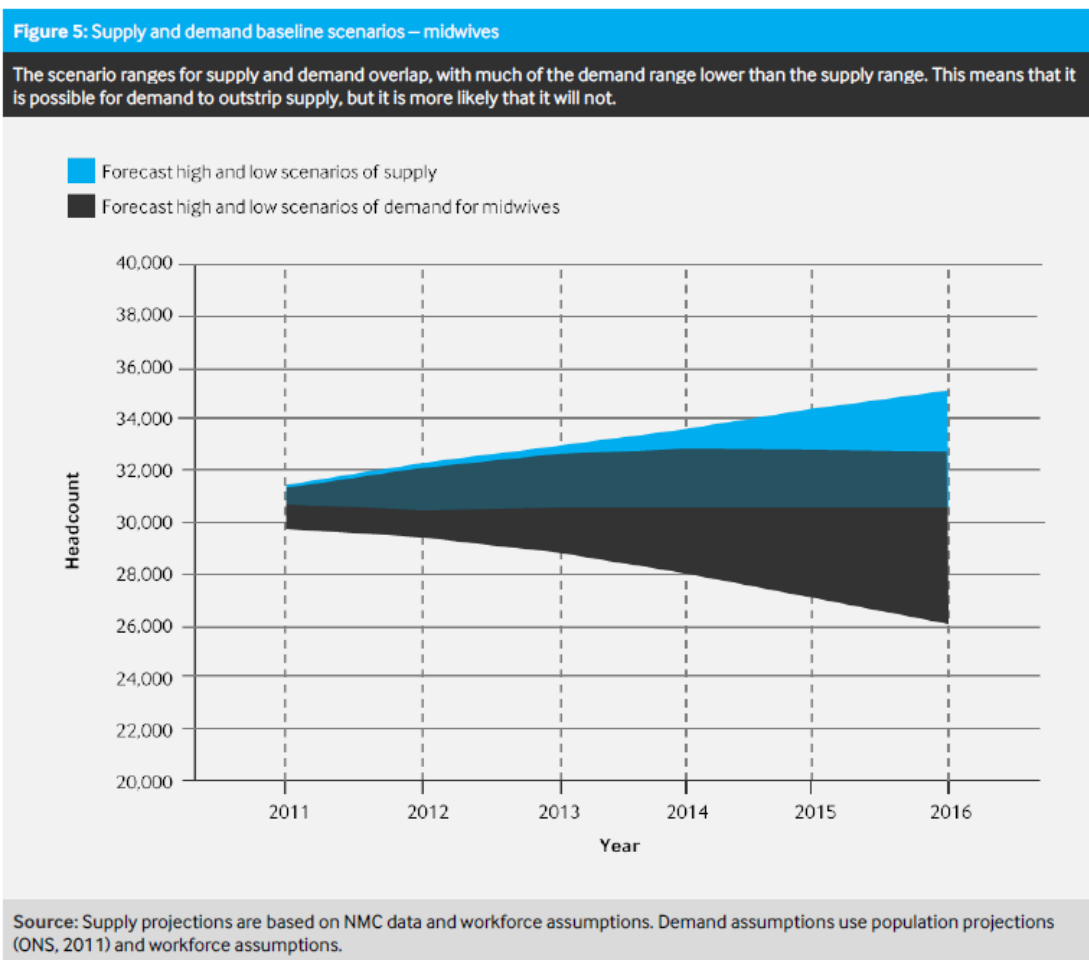
Quelle: CfWI (2013).

Abbildung 44: Modellannahmen für die Berechnung des Bedarfs an Hebammen

Factor	Detail	Low scenario	Baseline	High scenario
Demography	Baseline is based on specific ONS figures and projects an increasing birth rate until 2014 followed by a small reduction from 2014 through to 2016, as shown in Figure 1. The overall increase from 2010 to 2016 is 4.69 per cent. The ONS has produced extreme variations for high and low scenarios; however, the CfWI has allowed 1 per cent variation around the baseline for the high and low scenarios because this is a measured approach.	1 per cent lower than baseline	As shown in Figure 1	1 per cent higher than baseline
Skill mix	Skill mix analysis shows there has been a shift towards greater proportional use of midwifery support workers and healthcare assistants. Low scenario assumes the average change per year since 2006 will continue. Baseline scenario assumes the average change per year since 2010 will continue. High scenario assumes no change in current skill mix ratio.	0.94 per cent increase per year	0.59 per cent increase per year	0 per cent
Activity	This will be reviewed as part of planned horizon scanning activity in 2013 and further investigation with Birthrate Plus (BR+).	0 per cent across the three scenarios		
Productivity	High scenario assumes no change. Low scenario is based on Quality, Innovation, Productivity and Prevention (QIPP) targets from discussions with DH. Baseline scenario is mid-point between high and low.	2.5 per cent improvement per year	1.25 per cent improvement per year	0 per cent
Policy	Key elements incorporated as other factors in the assumptions (e.g. skill mix).	0 per cent across the three scenarios		
Finance	The financial factor has not been identified as appropriate for modelling. See separate analysis in appendix 4. This will be incorporated in work in 2013.	0 per cent across the three scenarios		

Quelle: CfWI (2013).

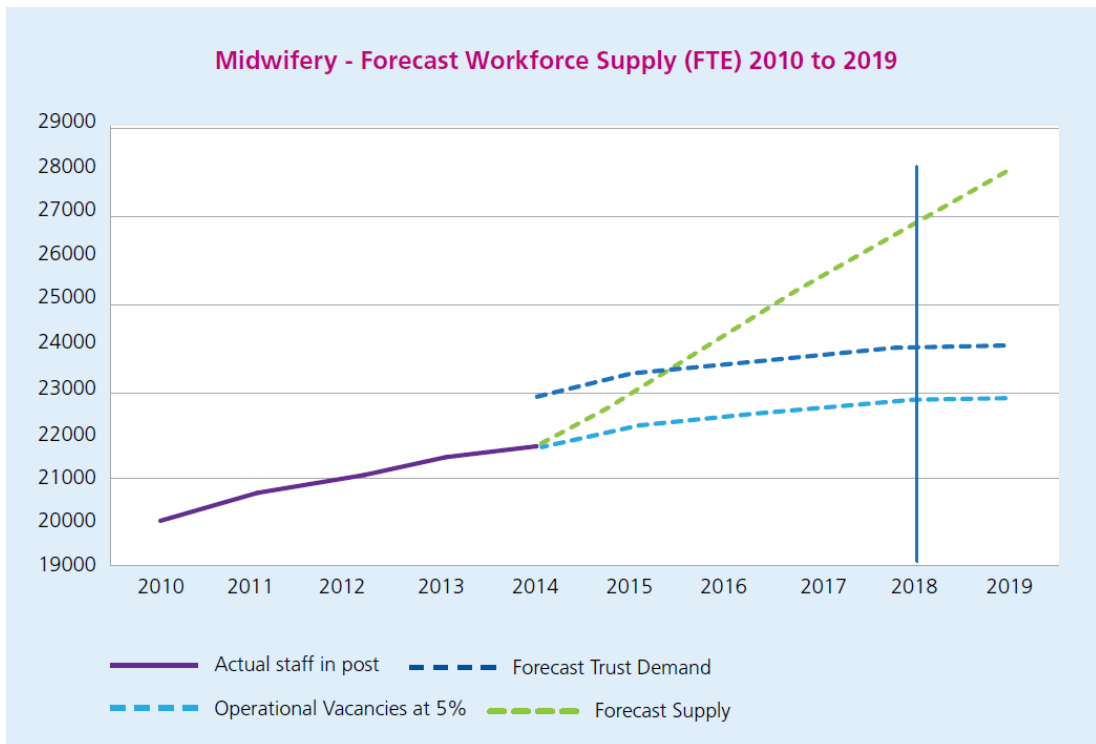
Anmerkung: Figure 1 im Bericht illustriert die Geburtenraten.

Abbildung 45: Prognose für Hebammen 2011 – 2016

Quelle: CfWI (2013).

Die Ergebnisse werden in gematchten Prognosen dargestellt (vgl. **Abbildung 46**). Prognosen für das zukünftige Angebot (grüne Linie) verstehen sich hierbei inklusive neu ausgebildeten Personals und Migration abzüglich Pensionierungen und Dienstbeendigungen. Die vertikale Linie symbolisiert die Dauer von Planungseingriffen (Ausbildungs- und Rekrutierungsdauer) bei zukünftigen Angeboten. Damit wird auch hier ersichtlich, dass die Planungsbehörde von einem zukünftigen Überangebot an Hebammen und einer Beendigung des Engstands ausgeht. Pressemeldungen und Beobachtungen aus der jüngsten Zeit (siehe Abschnitt 4.5.6) widersprechen diesen Prognosen jedoch.

Abbildung 46: Prognose für Hebammen 2010 – 2019



Quelle: NHS (2014:24).

In den CfWI-Berichten werden daraufhin die nationalen Schätzungen auf den regionalen Ebenen diskutiert. Es werden Prognoseerwartungen auf nationaler und regionaler Ebene skizziert und Erklärungen für die quantitativen Entwicklungen mit ExpertInneninterviews qualitativ ergänzt. Bei Prognosestudien für manche Berufsgruppen wie z. B. die Trauma- und orthopädische Chirurgie wurde verstärkt mit qualitativen Methoden gearbeitet. Hier wurde dynamisches Modellieren mit einem Delphi Panel ergänzt. (CfWI 2014) Die Berichte geben dezidierte Empfehlungen zur Veränderung der Ausbildungszahlen, um ein ausgeglichenes Verhältnis von Berufsangebot und -nachfrage über den Prognosezeitraum zu gewährleisten.

5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für Österreich

5.1. Ausbildung

Bezogen auf die in diesem Bericht berücksichtigten MTD-Berufe ist kritisch zu sehen, dass der Bologna-Prozess in der Ausbildung vor allem in Finnland, den Niederlanden und im Vereinigten Königreich, aber weniger in Deutschland und Österreich umgesetzt ist. Die Ausbildung bis zur Berufsberechtigung erfolgt in diesen Berufen in Österreich bereits faktisch vollständig auf Bachelorniveau. Eine darauf aufbauende Ausbildung auf Masterniveau ist jedoch nur eingeschränkt vorhanden, d. h. nicht in jeder der Disziplinen, sondern meist bezogen auf breitere Felder (z. B. Health Sciences statt Ergotherapie). Auf Doktoratsniveau bestehen kaum spezialisierte Angebote.

In den Bereichen Logopädie und Diätologie zeigt der Fünfländervergleich, dass die Anforderungen für die Berufsausübung weiter als in den anderen Berufen auseinanderklaffen. Während in Deutschland auch in diesem Bereich keine tertiäre Ausbildung zur Berufsausbildung notwendig ist, kommt in den finnischen Anforderungen ein höherer Anspruch als bei der Physio- oder Ergotherapie zum Ausdruck, da die Berufsausübung erst ab Masterniveau erlaubt ist. Gleichzeitig ist die Stellung der Diätologie in einzelnen Ländern schwächer als jene der anderen hier besprochenen Gesundheitsberufe. So fällt in Österreich der § 135 (1) ASVG auf. Dieser regelt, dass eine aufgrund ärztlicher Verschreibung erforderliche physiotherapeutische, logopädisch-phoniatrisch-audiologische oder ergotherapeutische Behandlung durch befugte Personen im Rahmen der Krankenbehandlung der ärztlichen Hilfe gleichgestellt ist. Die Diätologie ist in diesem Rahmen derzeit nicht mit umfasst. In den Niederlanden sind DiätologInnen ebenso wie PsychologInnen im Gegensatz zu anderen Primärversorgungseinrichtungen nicht ohne ärztliche Überweisung aufzusuchen und sie unterliegen nicht der Registrierungspflicht.

Die Ausbildung zur Hebamme erfolgt in allen betrachteten Ländern außer Deutschland mittlerweile generell auf (Fach-)Hochschulniveau. Von den betrachteten Ländern ist nur in Finnland vor Eintritt in die Hebammenausbildung eine Qualifikation in Gesundheits- und Krankenpflege zu absolvieren. Im Vereinigten Königreich werden kürzere Ausbildungsprogramme für Personen mit dieser Qualifikation angeboten.

In Österreich sieht die (zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht im Parlament beschlossene) GuK-Novelle 2015 die Einführung eines neuen Berufs (Pflegefachassistenz) mit zweijähriger Ausbildung sowie die generelle Umstellung der Ausbildung im gehobenen Gesundheits- und Krankenpflagedienst in den tertiären Bereich vor. Diese Änderungen betreffen das Berufsbild der Pflege dahin gehend, dass ein Prozess des Taskshifting in Gang gesetzt wird: Pflegepersonen mit FH-Abschluss dürfen größere Teile ihres bisherigen

Aufgabenbereichs an Personen der Pflegefachassistenz delegieren. Hierfür ist keine permanente Aufsicht vorgesehen, sondern Aufsicht in vielfältiger und an die jeweiligen Personen und Situationen angepasster Form. Für die weitere Planung des zukünftigen Pflegepersonalbedarfs stellt dies weitere Unsicherheiten in mehrfacher Form dar:

- In welchem Ausmaß lassen sich Personen für die Pflegefachassistenz rekrutieren, sowohl für die Ausbildung als auch in weiterer Folge in der Praxis?
- In welchem Ausmaß tritt dadurch die erwünschte Entlastung des Personals im gehobenen Dienst ein?
- In welchem Ausmaß tritt umgekehrt eine nunmehr stärkere Arbeitsbelastung dieser Personen im gehobenen Dienst ein, wenn im Zuge der geänderten Ärztarbeitszeit in Krankenhäusern einerseits und der nunmehrigen Aufwertung des Pflegeberufs andererseits zunehmend zuvor ärztliche Tätigkeiten an die Pflegepersonen delegiert werden?
- Wie wirkt das Zusammenspiel dieser Faktoren auf die Attraktivität des für Österreich neuen Berufsbilds der Pflege im Kontext der Primärversorgung?

Wenn sich die Rolle der Pflegefachassistenz dahin gehend durchsetzt, dass sie weitgehend „praktische“ Tätigkeiten der bisherigen Diplomierten übernimmt bzw. ersetzt, erscheint eine aggregierte Personalplanung bzw. Datenerfassung, die sich im Pflegebereich allein auf bisherige Diplomierte sowie FH-AbsolventInnen beschränkt, als nur bedingt aussagekräftig.

5.2. Registrierung

In drei der betrachteten Vergleichsländer (Finnland, Niederlande, Vereinigtes Königreich) ist die Registrierung von Angehörigen der Gesundheitsberufe weitgehend vorgesehen, wobei die Niederlande und das Vereinigte Königreich regelmäßige Reregistrierungen vorsehen. In Deutschland ist ein elektronisches, allerdings nicht verpflichtendes Gesundheitsberuferegister in Vorbereitung. Der österreichische Gesetzesentwurf für die Registrierungspflicht in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie den MTD-Berufen schließt an die Vorgehensweise bei bestehenden internationalen Registern in mehreren Aspekten an:

- Die Registrierung ist vor Beginn der Berufsausübung notwendig.
- Die Registrierung ist regelmäßig zu erneuern.
- Die Erneuerung ist an die Erfüllung einer Verpflichtung zur Fortbildung geknüpft.
- Wenn auch die Registrierung vornehmlich dem Zweck der Qualitätssicherung dient, werden im Zuge der Registrierung dennoch Daten erhoben, die für die Kapazitätsplanung in diesen Berufen nutzbar sind bzw. wären.

In anderen Aspekten unterscheidet sich die für Österreich entworfene Lösung:

- Die Reregistrierung in Österreich ist an die Absolvierung von Fortbildung geknüpft (für MTD-Berufe noch un spezifiziert, für Hebammen und Angehörige des gehobenen Diensts nach § 63 (1) GuKG für Gesundheits- und Krankenpflege mindestens 40 Stunden in fünf Jahren), und zwar auch bei fortlaufender Berufsausübung und nicht lediglich als „Ersatz“ für kontinuierliche Berufstätigkeit. In den Niederlanden und im Vereinigten Königreich hingegen ist der Nachweis der Berufsausübung ein wesentliches Kriterium (z. B. in den Niederlanden mindestens 2.080 Stunden innerhalb von fünf Jahren). In beiden Ländern ist nach Berufsunterbrechungen über einen definierten Zeitraum (z. B. Niederlande zwei Jahre) das Absolvieren von Return-to-work-Kursen verpflichtend. Darüber hinaus wird im Vereinigten Königreich Continuous Professional Development vorgeschrieben und in einer Stichprobe von 2,5 % der Reregistrierungen in den MTD-Berufen auch überprüft.
- Die Berufsregister werden in den Vergleichsländern von einer auf Gesundheitsberufe spezialisierten Institution geführt, die in Finnland und den Niederlanden auch dem einschlägigen Ministerium untersteht und im Vereinigten Königreich als Regulator bezeichnet wird. Das für ganz Deutschland geplante gesundheitsberufeübergreifende (allerdings nicht verpflichtende) Register soll gemeinsam mit unterschiedlichen Forschungs- und Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens am Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen beheimatet sein. Damit ist bei den internationalen registerführenden Stellen auch die für die einzelnen Gesundheitsberufe relevante Fachexpertise vorhanden. In keinem der drei Vergleichsländer mit verpflichtender Registrierung wurde eine mit der Bundesarbeiterkammer vergleichbare Institution als registerführende Stelle implementiert. Die berufsrelevante Fachexpertise zur Einrichtung und Pflege der Register müsste in dieser Institution entweder von außen beigezogen oder intern aufgebaut werden.

5.3. Daten und Kapazitätsplanung

Die österreichische Datenlage ist aufgrund einer fehlenden verpflichtenden Registrierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe (Ausnahme Hebammenwesen) fragmentiert. Für die Bereiche Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diätologie sowie Gesundheits- und Krankenpflege muss festgehalten werden, dass gegenwärtig die genaue Anzahl von berufsausübenden Personen nicht feststellbar ist. Es existieren lediglich Puzzleteile, die kein Gesamtbild der Versorgung zulassen. Es besteht somit auch – mit Ausnahme von Teilbereichen – keine Information über soziodemografische Merkmale der in diesen Berufen Beschäftigten, diverse Arbeitssettings, Beschäftigungsausmaße und deren geografische Verteilung. Die vorhandenen lückenhaften Daten deuten aber auf eine unausgewogene geografische Verteilung der Kapazitäten hin.

Ein internationaler Vergleich von Versorgungsdichten – auch von jenen innerhalb der OECD – ist nur sehr eingeschränkt möglich. Die Datenlieferungen bestimmter Länder enthalten beispielsweise nur bestimmte Gesundheitssektoren bzw. decken in manchen Ländern nur an PatientInnen arbeitendes Personal und in anderen auch Personal in Verwaltung, Management und Forschung ab.

Dass Österreich hinsichtlich Planungsaktivitäten für Gesundheitsberufe Nachholbedarf hat, ist aus historisch gewachsenen Organisationszusammenhängen heraus plausibel. Staatliche Gesundheitssysteme haben hier gegenüber den stärker marktlastigen Versicherungssystemen einen Startvorteil. Soll der Primärversorgung zukünftig höherer Stellenwert zukommen, unter stärkerer Einbindung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe, so sind für den planvollen Aufbau dieser Strukturen jedenfalls auch Informationen über die verfügbaren Kapazitäten in diesen Berufen vonnöten, und zwar über die Kapazitäten in allen Beschäftigungssettings, intra- wie extramural.

Die Literatur weist auf einen starken Zusammenhang zwischen Datenverfügbarkeit und der Anwendung von Planungsmodellen und damit einmal mehr auf die Notwendigkeit einer fundierten Datenbasis für die Entwicklung von Planungsmodellen hin (Batenburg et al. 2015). Die „optimale Datenstruktur“ hängt aber auch davon ab, welches Planungsziel verfolgt wird: Soll nur Monitoring ermöglicht werden, sind die Anforderungen niedriger, als wenn strategische Planung erreicht werden soll. Für Monitoring reicht etwa Kenntnis über die aktuelle Beschäftigung aus, während strategische Planung auch Kenntnis über Studienabschlüsse oder Registrierungen erfordert. (Matrix Insight 2012) In Österreich haben wir damit die Situation, dass zwar die Informationslage für die speziellere Anforderung gegeben ist (Studienabschlüsse), nicht aber die Basisinformation (Bestand an Berufsausübenden).

In Ländern mit strategischer Kapazitätsplanung kommt der Festlegung der Ausbildungsplätze hohe Bedeutung zu. Unseres Erachtens ist dies für Österreich derzeit trotz der vorhandenen Informationen über aktuelle Abschlüsse nicht möglich, da eben der Konnex zwischen dem Aufbau der zukünftigen Kapazitäten via Ausbildungsplätze und dem Bestand nicht hergestellt wird.⁷⁴ Auch liefert die Zahl der Studienabschlüsse noch keine verlässliche Information darüber, wie viel Kapazität der heimischen Versorgungslandschaft zur Verfügung steht, wie die Migrationstendenzen bei BerufsanfängerInnen in Humanmedizin zeigen. Es wäre besonders schmerzlich, sollte der Versuch einer Planung dennoch auf bestehender lückenhafter Datenbasis unternommen werden. Belastbare Zahlen liegen derzeit nur für den Krankenanstaltenbereich vor. Dieser deckt aber nur einen Teilbereich ab und (noch) nicht bestehende Rekrutierungsprobleme im stationären Bereich sind wenig aussagekräftig für die Versorgungslage im ambulanten Bereich. Dieses Problem

⁷⁴ Die erforderliche Bedarfsplanung bei Akkreditierung von Studiengängen an Fachhochschulen könnte diesen Zusammenhang eben nur bei Einrichtung neuer Studiengänge leisten. Eine laufende Kapazitätsanpassung bzw. Identifizierung des Bedarfs an neuen Studiengängen kann damit nicht geleistet werden.

spiegelt sich im B-ZV wider. Dieser sieht vor, dass der ÖSG zwar Informationen über qualitative Personalkriterien als Qualitätskriterien enthalten *kann*, jedoch grundsätzlich keine quantitativen Personalkriterien enthalten *soll*. Die Vorgaben des B-ZV können hinsichtlich Kapazitätsplanung insofern als Rückschritt gewertet werden, als dass er festhält, dass eine quantitative Darstellung *grundsätzlich* nicht erwünscht ist, also nicht einmal nach Aufbau einer belastbaren Datenbasis.

Selbstverständlich sind in allen Planungsmodellen entsprechende Daten die Grundlage jeder Berechnung. Je vollständiger die Datenbasis, desto besser können zukünftige Entwicklungen abgeschätzt werden. In allen aus der Literatur bekannten Modellen gehört die Kenntnis über den aktuellen Bestand an Angehörigen der Gesundheitsberufe zur Minimalanforderung (Amorim Lopes et al. 2015). Amorim Lopes et al. listen die notwendigen Datenerfordernisse für den Einsatz der in ihrem Aufsatz referierten Modelltypen auf. Wir ergänzen diese Liste in Tabelle 14 um eine Einschätzung der österreichischen Datensituation. Dabei wird deutlich, dass in Österreich insbesondere bei den Anforderungen für die Angebotsplanung die größten Datenlücken bestehen.

Tabelle 14: Datenerfordernisse für unterschiedliche Planungsansätze

Planungsansatz (1)	Indikatoren (2)	Nötige Datenqualität (3)	Verfügbar in Österreich (4)
Angebot	Bestand an zugelassenen Berufsangehörigen Verteilung nach Alter und Geschlecht, Fortschreibung	hoch	n. v.
	Jährliche Zuflüsse in den Bestand AbsolventInnen, Nostrifikationen, BerufsrückkehrerInnen		teilweise verfügbar
	Ausbildungsprogramme Zahl und Dauer der Programme, Studierende, Drop-outs, Ausbildungskosten		teilweise verfügbar
	Jährliche Abflüsse vom Bestand Pensionierungen, Sterbefälle, Berufswechsel, dauerhafte und vorübergehende Emigration, Auszeiten		n. v.
Produktivität	Arbeitsmarkt Partizipation, Beschäftigung (swachstum), offene Stellen, Turnover, Lohnhöhe, Produktivität (swachstum), zyklische Faktoren, alternative Beschäftigungsmöglichkeiten	hoch	größtenteils n. v.
	Beschäftigungsstatus U. a. Beschäftigungsausmaß, VZÄ, durchschnittliche Arbeitsstunden, Arbeitszeit mit direktem Patientenkontakt		in Spitälern größtenteils vorhanden, sonst n. v.
Skillmix	Politikvariablen Ausbildungsfinanzierung, alternative Versorgungsformen, Regulierung der Berufszulassung, professionelle Rollen bzw. Einsatz, Strategien der Rekrutierung und der Vermeidung von Berufswechseln, Immigrationspolitik, Lohnpolitik, Personalentwicklung/Kapazitätsbildung	hoch	teilweise verfügbar
Ratio: Berufsausübende je EinwohnerIn	Arbeitskräftepotenzial auf dem Gesundheitsmarkt Zahl der Berufsausübenden in den Gesundheitsberufen	niedrig	n. v.
	Demografie Gesamtbevölkerung, Verteilung nach Alter und Geschlecht, Geburten/Todesfälle, Bevölkerungsprognosen		verfügbar
Ökonomie	Sozioökonomie Verfügbares Einkommen, BIP-Wachstumsprognose, ethnische Faktoren	hoch	verfügbar
Bedarf	Gesundheitszustand der Bevölkerung Mortalität nach Alter und Geschlecht, Morbidität	hoch	teilweise verfügbar
	Epidemiologie Inzidenz- und Prävalenzraten, Krankenhausentlassungen, Gesundheitszustand der Bevölkerung		teilweise verfügbar
Versorgungsziel	Inanspruchnahme Belegte Betten, PatientInnenzahl, durchgeführte Behandlungen/Screenings usw.	niedrig bis hoch	verfügbar

Quelle: (1) bis (3) nach Amorim Lopes et al. (2015), (4) IHS (2016).

Anmerkungen: (4) bezogen auf die sechs erfassten Berufe. N. v.: nicht verfügbar. VZÄ: Vollzeitäquivalente.

6. Literaturverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen in Deutschland e.V., Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. – ADS-DBfK (2015) Weiterentwicklung primärqualifizierender Pflegestudiengänge in Deutschland. Positionspapier. Berlin.
- Ailasmaa R (2015) Multi-Sectoral Approach For Anticipating Workforce Demand and Educational Needs In Finland. National Institute for Health and Welfare.
- Batenburg R (2015) Health workforce planning in Europe: Creating learning country clusters. Health Policy 119:1537-1544.
- Bieräugel R, Demireva L, Larsen C, Lauxen O, Metzenrath A, Papke J (2012) Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz – Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“, Berichte aus der Pflege Nr 17. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, Rheinland-Pfalz.
- Bury TJ, Stokes EK (2013) Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. Physiotherapy [http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2012.12.011].
- Carney M (2014) A Literature Review – International perspectives in relation to advanced nurse and midwife practice, regarding criteria for posts and persons and requirements for regulation of advanced nurse/midwife practice. Nursing & Midwifery Board of Ireland [www.nursingboard/literaturereview.ie].
- CfWI (2013) Future midwifery workforce projections. Starting the discussion. Juni 2013. Centre for Workforce Intelligence [www.cfwi.org.uk].
- CfWI (2014) Securing the future workforce supply. Trauma and orthopaedic surgery stocktake. September 2014. Centre for Workforce Intelligence [www.cfwi.org.uk].
- CfWI (2015) Horizon 2035 – Future demand for skills: initial results. Centre for Workforce Intelligence [www.cfwi.org.uk].
- Council of Occupational Therapists for the European Countries – COTEC (2014) Summary of the Occupational Therapy Profession in Europe 2014 [www.cotec-europe.org].

- Drennan VM, Halter M, Joly L, Gage H, Grant R, Gabe J, Brearley S, Carneiro W, Lusignan S de (2015) Physician Associates and GPs in primary care: a comparison. *British Journal of General Practice*, Mai, 65(634):e344-50. doi: 10.3399/bjgp15X684877.
- EK (2000) Nursing in Finland
[http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/docs/nurses/2000-study/nurses_finland_en.pdf].
- EK (2013) Analysis of current situation in nursing education in EU and in the WB region
[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:LaRQpRV203kJ:www.ccnurc.a.eu/sites/dbtcg2.acad.kahosl.be/files/deliverables/ANALYSIS%2520OF%2520CURRENT%2520SITUATION%2520IN%2520EU%2520AND%2520WB_0.docx+&cd=21&hl=en&ct=clnk&gl=at].
- Emons JK, Luiten MIJ (2001) Midwifery in Europe. An inventory in fifteen EU-member states
[http://www.deloitte.nl/downloads/documents/website_deloitte/GZpubVerloskundeinEuropaRapport.pdf].
- Fagerström L (2009) Developing the scope of practice and education for advanced practice nurses in Finland. *International Council of Nurses*
[<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2008.00673.x/abstract>].
- Grunenberg G (2004) *Gesundheitssysteme in Europa: Das finnische Gesundheitssystem. Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung, Ausgabe 02/04.*
- Haider S, Dunkley L (2011) *Nursing & Midwifery Workforce Risks And Opportunities. A report to review the key workforce risks and opportunities within the Nursing and Midwifery workforces*
[<http://www.cfwi.org.uk/documents/workforce-risks-and-opportunities-nursing-and-midwifery>].
- Hukkanen E, Vallimes-Patomäki M (2005) *Co-operation and Division of Labour in Securing Access to Care. A Survey of the Pilot Projects on Labour Division Carried Out within the National Health Care Project. The Ministry of Social Affairs and Health in Finland, Helsinki.*
- International Association of Logopedics and Phoniatrics – IALP (2009) *IALP Guidelines for Initial Education in Speech Language Pathology. Revised IALP Education Guidelines.*
- International Confederation of Midwives – ICM (2010) *Global Standards for Midwifery Education*
[<http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards>

%20Comptencies%20Tools/English/MIDWIFERY%20EDUCATION%20PREFACE%20&%20STANDARDS%20ENG.pdf].

KNOV (2012) Midwifery in the Netherlands 2012.

Kringos D, Boerma W, Bourguei YI, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T et al. (2013) The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice* 63(616), e742-750.

Kunc M (2015) Modelling supply, demand and need: A literature review. CfWI technical paper series no. 0013 [www.cfwi.org.uk].

Lenaghan J (2014) Workforce Planning Guidance For The 2014/15 Round For 2015 /16 Education Commissions. HEE Director of Strategy and Planning.

Maier T, Afentakis A (2013) Forecasting supply and demand in nursing professions: impacts of occupational flexibility and employment structure in Germany. *Human Resources for Health*, 11:24 [<http://www.human-resources-health.com/content/11/1/24>].

Merrifield N, Ford S (2015) Plans for new system of nurse competency checks approved by regulator. *Nursing Times*, 8. Oktober 2015.

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (2009) Speech and language therapy/orthophony in the Netherlands.

NHS (2014) Investing in people for health and healthcare. Workforce Plan for England. Proposed education and Training Commissions for 2015/16.

Ojha HA, Snyder R, Davenport TE (2013) Direct Access compared with referred physical therapy episodes: A systematic review. *Physical Therapy*, doi: 10.2522/ptj.20130096.

Parle J, Ennis J (2015) Physician associates: the challenge facing general practice. *British Journal of General Practice*, Mai 2015, 224-225.

Hanhijok I et al. (2009) Education, Training and Demand for Labour in Finland by 2020. Finnish National Board of Education. Helsinki.

RCN (2012) Advanced Nurse Practitioners – an RCN guide to advanced nursing practice, advance nurse practitioners and programme accreditation [https://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0003/146478/003207.pdf].

Repschläger U (2013) Modellprojekt – erste Trends positiv. *Physiotherapie* 2013(1), 13-16.

Robinson S, Griffiths P (2007) Nursing education and regulation: International profiles and perspectives. National Nursing Research Unit
[<http://eprints.soton.ac.uk/348772/1/NurseEduProfiles.pdf>].

Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, van Ginneken E (2010) The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12:1, 1-229.

Scharff-Rehfeldt W, Heinzelmann B (2013) Vergleich europäischer Standards und der deutschen Ausbildungssituation zur Primärqualifikation. *Forum Logopädie* 27:1, 22-25.

Statistisches Bundesamt (2015) Gesundheit: Personal. Fachserie 12, Reihe 7.3.1.

Van Greuningen M, Batenburg RS, van der Velden LFJ (2013) The accuracy of general practitioner workforce projections. *Human Resources for Health* 11:31
[<http://www.human-resources-health.com/content/11/1/31>].

World Confederation of Physiotherapy – WCPT (2014) Policy Statement on Physiotherapy Education of the ER-WCPT. For Information at the General Meeting, 8.-10. Mai 2014. Kopenhagen, Dänemark.

Zielsteuerung-Gesundheit (2015) Das Team rund um den Hausarzt. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Beschlossen in der Bundes-Zielsteuerungskommission am 30. Juni 2014.

Zöller M (2014) Gesundheitsfachberufe im Überblick. Wissenschaftliche Diskussionspapiere, Heft 153. Bundesinstitut für Berufsbildung.

AutorInnen: M Riedel, G Röhring, K Schönflug

Titel: Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe

Projektbericht/Research Report

© 2016 Institute for Advanced Studies (IHS)

Josefstädter Straße 39, 1080 Vienna, Austria • ☎ +43 1 59991-0 • Fax +43 1 59991-555 • www.ihs.ac.at
