

B5 Entwicklungslinien und Perspektiven hinsichtlich Ausbildung und Akademisierung sozialer und gesundheitsorientierter Berufe

1	Einführung.....	392
2	Historische Entwicklungen in Ausbildung und Studium.....	393
2.1	Soziale Arbeit	393
2.2	Gesundheits- und Krankenpflege.....	394
2.3	Physiotherapie.....	395
3	Gemeinsame Kennzeichen	396
3.1	Differenzierung und Arbeitsteilung bei der Versorgung von Menschen mit gesundheitlichen Störungen.....	396
3.2	Organisationsgrad der Professionen	397
3.3	Genderperspektive.....	398
3.4	Disziplinentwicklung und Interdisziplinarität.....	399
4	Kompetenzentwicklung.....	401
4.1	Ziele und Inhalte.....	402
4.2	Relevanz von Qualifikationsrahmen	403
4.3	Professionsspezifische Qualifikationsrahmen in der Pflege, Physiotherapie und Sozialen Arbeit	404
4.3.1	Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit (QR SARb) Version 5.1 und Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (QGSA).....	404
4.3.2	Entwurf des Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen	405
4.3.3	Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung	406
4.3.4	Interdisziplinärer hochschulischer Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie – FQR-ThGFB	407
4.4	Fachdidaktische Aspekte.....	408
5	Zusammenfassung und Ausblick	409

In dem Buchbeitrag geht es um eine grundsätzliche Vorstellung der Systematik unterschiedlicher Qualifikationsrahmen Sozialer Arbeit, Pflege und Physiotherapie, ihrer Abhängigkeiten sowie die daraus abzuleitenden Schlussfolgerungen für die Ausgestaltung der Bildungsprozesse dieser bedeutsamen Berufsgruppen im Sozial- und Gesundheitswesen. Dazu erfolgt auch die begriffliche Annäherung an Professionalisierungsstrategien, Kompetenzentwicklung und notwendige Rahmenbedingungen in rechtlicher und gesellschaftspolitischer Hinsicht. Durch die Darstellung der Ansatzpunkte für künftige bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit soll deutlich werden, dass einerseits ein jeweilig klares fachliches Profil gebraucht wird und andererseits interdisziplinäre Aspekte künftig deutlicher werden müssen.

1 Einführung

Die Entwicklung sozialer und gesundheitsorientierter Berufe ist geprägt durch eine zunehmende Akademisierung. Absolventinnen und Absolventen von Ausbildungsberufen wie Pflege, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie erhalten als Qualifikationsperspektive die Möglichkeit, Bachelorabschlüsse über ein Hochschulstudium zu erwerben. Die Soziale Arbeit in Deutschland hat diesen Akademisierungsweg schon vor über vierzig Jahren mit Einführung von Studiengängen an Fachhochschulen beschritten und es sind mittlerweile weitere Qualifizierungswege über Masterstudiengänge bis hin zur Promotion möglich. Im internationalen Vergleich ist dieser Entwicklungsstand zwar als rückständig zu bezeichnen, erlaubt aber auch, bisherige Bildungsinhalte an die komplexen interdisziplinären Bedarfe in der humanwissenschaftlich orientierten Versorgung, Therapie und Beratung zu koppeln. Interdisziplinarität ist insofern unausweichlich, da nur durch gleichberechtigte Einbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse aus unterschiedlichsten Disziplinen ein bestmögliche Versorgungs- und Behandlungsqualität gewährleistet werden kann. Das bio-psycho-soziale Grundverständnis bei der Entstehung von Krankheit und Erhaltung von Gesundheit beinhaltet grundlagenbezogene Aspekte z. B. aus Medizin, Psychologie, Naturwissenschaften, Sozialwissenschaften, Pädagogik – aber vermehrt auch anwendungsbezogen aus Pflegewissenschaft, Therapiewissenschaften und Sozialarbeitswissenschaft.

Hier stellt sich die Frage, inwieweit traditionelle Ziele und Bildungsinhalte der genannten Berufsgruppen mit den Qualifikationsrahmen auf europäischer, nationaler und fachbezogener Ebene gekoppelt werden können, um den gestiegenen Anforderungen in Praxis und Forschung zu genügen. In Kapitel 2 werden die bisherigen Ausbildungswege und Professionsentwicklungen skizziert, um dann im 3. Kapitel gemeinsame Kennzeichen der Professionen vorzustellen und im 4. Kapitel die Akademisierungswegen einschließlich Kompetenzbeschreibungen durch die jeweiligen Fachqualifikationsrahmen zu diskutieren.

2 Historische Entwicklungen in Ausbildung und Studium

Soziale Arbeit, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Physiotherapie sind von besonderem Interesse, da sie direkt und fallbezogen mit gesundheitlich eingeschränkten Menschen arbeiten, aber unterschiedliche Perspektiven im Rahmen eines biopsychosozialen Gesundheits- und Krankheitsverständnisses einnehmen. Gleichzeitig sind bei ihnen Bestrebungen zu erkennen, ihre eigenen fachlichen Positionen im Gesundheitssystem nachhaltig zu sichern. Zum besseren Verständnis dieser Professionalisierungsstrategien werden die bisherigen Entwicklungswege skizziert.

2.1 Soziale Arbeit

Soziale Arbeit kann international auf eine Professionsentwicklung verweisen, die eng gekoppelt ist an die Entstehung neuer Gesellschaftsformen durch die staatlichen und technischen Evolutionen des 19. Jahrhunderts. Das Vorhandensein massenhafter Armut barg immer mehr das Risiko für gesellschaftliche Verwerfungen und Umbrüche. Insofern ist Soziale Arbeit auch eine gesellschaftliche Antwort auf die Entstehung sozialer Probleme und Ungleichheiten. Die systematische Einführung von Bildungseinrichtungen Sozialer Arbeit, insbesondere durch Alice Salomon in 1920er Jahren, ist als wichtiger Meilenstein in der Entwicklung einer neuen Profession zu benennen. Gleichzeitig gab es auch Zugänge über die Fokussierung auf den Erziehungs- und Bildungsbereich, so dass die Unterscheidung zwischen Sozialarbeit mit Menschen in prekären Lebenslagen (Fürsorgerinnen und Fürsorger) und Sozialpädagogik mit dem Fokus auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen viele Jahrzehnte in Deutschland Bestand hatte (vgl. Schilling/Zeller 2010; Hering/Münchmeier 2014). Die stattfindende Konvergenz beider Richtungen ist heute unstrittig und mit der Bezeichnung der Sozialen Arbeit als Integrationsstrategie im internationalen Vergleich überfällig. Insofern finden sich zunehmend theoretische und empirische Begründungswege zur Bestimmung des Gegenstandes Sozialer Arbeit für die praktisch tätige Profession durch die Weiterentwicklung einer originären Disziplin an den Hochschulen. In diesem Kontext wird die deutsche Soziale Arbeit hinsichtlich ihrer empirischen Beiträge im Gesundheitswesen deutlich leistungsfähiger (vgl. Dettmers 2014). Als Gegenstand gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit lässt sich die Förderung sozialer Teilhabe von erkrankten oder von Erkrankung bedrohten und behinderten Menschen und ihren Angehörigen in ihrer Lebenswelt sowie die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen bzw. zu gesundheitlichen Störungen führen, bestimmen (vgl. ebd.).

Soziale Arbeit ist seit Anfang der 1970er Jahre in Deutschland akademisiert und die Studiengänge an den Fachhochschulen beinhalten dual relevante Theorieinhalte und Praxiseinsätze außerhalb der Hochschulen einschließlich einer längeren Praxiszeit zum Erwerb der staatlichen Anerkennung. Hier ist von einer Regelstudienzeit zum Erlangen des Bachelor von sechs Semestern plus einem Anerkennungsjahr bzw. zwei

Praxissemestern auszugehen. Daneben gibt es noch die Sozialpädagogik als Schwerpunkt in erziehungswissenschaftlichen und pädagogischen universitären Studiengängen und duale Studiengänge an Berufsakademien. Die Regelstudienzeit umfasst ebenfalls sechs Semester (vgl. Kultusministerkonferenz (KMK) 1998). Soziale Arbeit verzeichnet ein kontinuierliches Stellenwachstum seit über dreißig Jahren und bei aktuell ca. 249.000 (teilzeit-)beschäftigten Sozialarbeiterinnen zeigt sich der gesellschaftlich formulierte Bedarf (vgl. Maier/Spatschek 2010). Ca. 25% davon sind im Gesundheitswesen erwerbstätig. Dazu gehören Akut- und Rehabilitationskliniken, öffentliche Gesundheitsdienste, ambulante Beratungsstellen, etc. Gleichwohl sind Arbeitsbedingungen und Einkommen in der Sozialen Arbeit zunehmend als problematisch zu bezeichnen (vgl. Homfeldt/Sting 2006, S. 9).

2.2 Gesundheits- und Krankenpflege

Die berufliche Entwicklung der Pflege im 20. Jahrhundert ist verbunden mit der zunehmenden Vereinheitlichung und Systematisierung der Ausbildung (vgl. Jakobi-Wanke 2012). Noch in den 1950er Jahren war das berufliche Bild der Krankenpflege in den westlichen Staaten geprägt durch religiöse Motive wie z. B. der „Barmherzigkeit“ (Kreutzer 2005, S. 17). Insofern ergab sich daraus die Problematik, sich neben der Medizin als autonome und nicht nur prosozial geleitete Profession mit einem eigenständigen Beitrag zur Genesung von Patientinnen und Patienten zu konstruieren (vgl. ebd.). Mittlerweile konkretisiert sich ein Gegenstand der Pflege, der die Handlungsautonomie deutlicher macht: die Ausrichtung auf den pflegebedürftigen Menschen als Folge von Erkrankung und Behinderung (vgl. Dornheim et al. 1999). Die Akademisierung in Deutschland mit dem Ziel der Herausbildung einer eigenständigen wissenschaftlichen Disziplin findet seit Ende der 1980er Jahre statt und führte in der Pflege zu der Erwartung, sich auch als Profession weiter zu etablieren. Inzwischen ist die grundständige einheitliche Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege durch gesetzliche Regelungen wie bspw. dem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) geregelt und die Pflege gilt ebenso wie die Physiotherapie als Gesundheitsfachberuf. Daneben gibt es weitere Qualifizierungswege über Fachweiterbildungen und Studiengänge. Sascha Köpke und Gabriele Meyer definieren ein wichtiges Alleinstellungsmerkmal der Pflegewissenschaft.

Pflege ist eine klinische Disziplin und eine klinisch orientierte Pflegewissenschaft stellt im Sinne einer „Handlungswissenschaft“ (Behrens 2010) prinzipiell andere Fragestellungen als Natur- oder Geisteswissenschaften. Die wichtigste Maxime von Pflegeforschung besteht unseres Erachtens somit in der Verbesserung der Praxis zum Wohle der Patienten bzw. Bewohnern pflegerischer Langzeitsettings. (Köpke/Meyer 2013, S. 52)

Die Pflege hat sich zu einer zentralen patientenorientierten Profession entwickelt und ist somit in auch in interdisziplinärer Hinsicht ein wichtiger Informationspool für andere Berufsgruppen (vgl. Dettmers 2013, S. 214). Insbesondere Universitätskliniken

bekennen sich offen zu dem Bedarf an akademisierter Pflege. Hintergrund dieser Bestrebungen ist auch der Wunsch nach einem transparenten Qualifikationsmix in der Patientinnen- und Patientenversorgung (vgl. Verband der Universitätsklinika (VUD)/Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU)/Medizinischer Fakultätentag (MFT) 2014).

Die zentral geregelte Ausbildung im schon erwähnten KrPflG umfasst neben einer Beschreibung von Ausbildungszielen auch Ausbildungsdauer und -strukturen zur Bestimmung der Berufsbezeichnung. Die Ausbildung dauert demnach drei Jahre in Vollzeit und findet „in staatlich anerkannten Schulen an Krankenhäusern oder in staatlich anerkannten Schulen, die mit Krankenhäusern verbunden sind“, statt (§ 4 Abs. 2 KrPflG). Durch die gesetzliche Grundlage ist davon auszugehen, dass die Ausbildungsinhalte bundesweit sehr ähnlich oder gleich geregelt sind. Die berufliche Altenpflege als eigenständiger Professionszugang wird in diesem Beitrag zwar nicht explizit benannt, Ausbildungsdauer und -strukturen im Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) zeigen aber weitgehende Übereinstimmungen mit der Gesundheits- und Krankenpflege auf. Die Tätigkeitsfelder finden sich überwiegend in Krankenhäusern und ambulanten Versorgungsstrukturen bzw. ambulanten Krankenhilfe. So waren im Jahr 2013 über 336.969 Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger in Krankenhäusern und 2011 bei ambulanten Pflegediensten ca. 291.000 Personen beschäftigt (vgl. Statista 2014b). Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass nicht alle Beschäftigten ein Pflegeexamen besitzen und auch niedriger qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege beschäftigt werden. Der versorgungsrelevante Mangel¹ an Pflegefachkräften führt gegenwärtig zu intensiveren Diskussionen, wie die pflegerischen Berufe attraktiver gestaltet werden können.

2.3 Physiotherapie

Die Entstehung der Physiotherapie als Profession ist mit der Etablierung der Heilgymnastik seit Anfang des 20. Jahrhunderts in Deutschland verbunden – allerdings noch als „Hilfskräfte der Ärzte“ und weniger als anerkannte Profession mit einem eigenem Profil (vgl. Schämamm 2005, S. 12). Der erste Weltkrieg zwischen 1914 und 1918 mit den vielen verletzten Menschen führte dann zu einem hohen Bedarf an rehabilitativen Maßnahmen, der zu einer erheblichen fachlichen Weiterentwicklung durch experimentelle Methodik führte. Nach Gründung eines Berufsverbandes im Jahre 1948 kam es insbesondere in den 1950er Jahren vermehrt zu berufspolitischen Aktivitäten, die in einem ersten Berufsgesetz 1959 mündeten (vgl. Kohlwes 2009, S. 41). Aktuell gilt das Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG) und die Physiotherapie ist

1 Dazu mehr z. B. unter: <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegekraefte/pflegefachkraeftemangel.html> (Abruf: 03.05.2015).

als Gesundheitsfachberuf eingestuft und somit nicht als eigenständiger Heilberuf zugelassen. Praktisch zeigt sich das in der Voraussetzung ärztlicher Verordnungen für physiotherapeutische Behandlungen.

In den letzten fünf Jahrzehnten entwickelten sich immer mehr Berufsfachschulen für Physiotherapie mit bundesweit geregelten Ausbildungsinhalten. Gegenstand der Physiotherapie ist die menschliche Bewegung und Mobilität (vgl. Hüter-Becker/Dölken 2007, S. 58). Somit hat die Physiotherapie einen eigenen Zugang zur disziplinären Weiterentwicklung an Fachhochschulen und Universitäten gefunden. Die Fachschul-ausbildung erfolgt an staatlich anerkannten Fachschulen für Physiotherapie und dauert zentral geregelt über das MPhG drei Jahre in Vollzeit. Die Ausbildung soll nach § 8 MPhG dazu befähigen,

[...] durch Anwenden geeigneter Verfahren der Physiotherapie in Prävention, kurativer Medizin, Rehabilitation und im Kurwesen Hilfen zur Entwicklung, zum Erhalt oder zur Wiederherstellung aller Funktionen im somatischen und psychischen Bereich zu geben und bei nicht rückbildungsfähigen Körperbehinderungen Ersatzfunktionen zu schulen (Ausbildungsziel).

Auch in der Physiotherapie findet sich ein dualer Zugang mit Theorieblöcken an den Fachschulen und Praxiseinsätzen in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Insgesamt waren 2011 ca. 136.000 Beschäftigte in der Physiotherapie tätig (vgl. Statistisches Bundesamt 2015). Davon sind ca. 17.500 Personen in Krankenhäusern beschäftigt und die übrigen in Rehabilitationskliniken oder selbständig als Heilmittelerbringer (vgl. ebd.).

3 Gemeinsame Kennzeichen

Die Auswahl der Professionen Soziale Arbeit, Pflege und Physiotherapie zur exemplarischen Darstellung bisheriger Entwicklungslinien orientiert sich im Folgenden an vier Bezugspunkten.

3.1 Differenzierung und Arbeitsteilung bei der Versorgung von Menschen mit gesundheitlichen Störungen

Die genannten Berufe sind jeweils durch die zunehmenden gesellschaftlichen Arbeitsteilungen entstanden und haben somit bestimmte Funktionen, die sich durch Ausbildungsordnungen etc. standardisieren lassen (vgl. Schämamann 2005, S. 33). Eine Berufszugehörigkeit bedeutet den Erwerb eines spezifischen Wissens über einen definierten Aufgabenbereich. Je nach gesellschaftlicher Anerkennung und sozialer

Position entwickelt sich auch das Prestige für eine Berufsgruppe (vgl. Klement 2006, S. 37). Historisch bedingt werden insbesondere Physiotherapie und Pflege eng mit der medizinischen Profession assoziiert und bis heute ist ihre „Handlungsautonomie“ in der beruflichen Funktion eingeschränkt (vgl. Hüter-Becker/Dölken 2004, S. 43). Dieser machtrelevante Aspekt führt immer noch zu einer Hierarchisierung im Gesundheitswesen, da physiotherapeutische und pflegerische Leistungen medizinische Diagnosen voraussetzen und somit auf ärztliche Verordnungen zumindest im ambulanten Versorgungsbereich erfolgen. Die frühere Entwicklung der Medizin als heilkundliche Profession und universitäre Disziplin mit selbstdefinierten Forschungsbereichen führte über die Zeit auch zu einer gesellschaftlichen und rechtlichen Anerkennung als die Instanz, die Krankheit und Gesundheit definiert. Die Ausbildung des ärztlichen Heilberufs ist auf Bundesebene durch Ausbildungs- und Prüfungsordnungen reguliert und damit ist die Berufszulassung eindeutig geklärt und die Berufsbezeichnung staatlich geschützt. Gesundheitsberufe verfügen über ein rechtlich geprägtes Berufsbild mit der Konsequenz, dass es spezifische Gesetze zur Vereinheitlichung von Ausbildungsstrukturen und -inhalten gibt. Pflege und Physiotherapie sind in Deutschland beim Tätigwerden mit Patientinnen und Patienten abhängig von ärztlichen Verordnungen. Heilberufe sind in ihrer Funktion über Bundesgesetze rechtlich geregelt (vgl. Igl 2014). Soziale Arbeit gilt in Deutschland nicht als Gesundheitsfachberuf und organisiert sich im Gesundheitswesen über die fachliche Weiterentwicklung und Spezialisierung auf Masterniveau (Klinische Sozialarbeit) und feldspezifische Fort- und Weiterbildungen z. B. in der Psychiatrie, Suchthilfe, Onkologie, etc. (vgl. ebd.).

3.2 Organisationsgrad der Professionen

Trotz der hohen praxeologischen Kompetenzen in Physiotherapie, Pflege und Sozialer Arbeit ist ihr Einfluss auf die gesundheitsorientierte gesellschaftliche Entwicklung im Gegensatz zur Medizin eher gering. Es zeigt sich eine geringe Mitgliedschaftsquote in Gewerkschaften und Fachverbänden. Im Hinblick auf eine mangelnde professionsbezogene Lobbyarbeit fehlt es an politischen Einflussmöglichkeiten (vgl. Ebbinghaus 2002). Aufgrund der geringen Organisationsgrade fehlt es auch an gemeinsamen Orten des fachlichen Austauschs. Die Weiterentwicklung zu einer Profession mit eigenem und selbstgeneriertem Wissen durch Forschungsaktivitäten erfordert Diskurse in einer großen Fachöffentlichkeit. Mit einer Professionsentwicklung gehen aus soziologischer Sicht aber auch bestimmte Merkmale einher (vgl. Hüter-Becker/Dölken 2004, S. 43).

- Spezialisiertes und systematisches Wissen wird in aller Regel erworben durch theoretisch-wissenschaftliche Ausbildung.
- Es gibt ein geregeltes und originäres Ausbildungssystem mit normativen und einheitlichen Prüfungsanforderungen.
- Eine Berufsethik mit kollektivem Konsens ist vorhanden.
- Es existiert eine Handlungsautonomie im Hinblick auf die Profession.

Hinsichtlich dieser Merkmalsbestimmungen wird deutlich, dass die Professionalisierungsphase für die genannten Berufsgruppen noch nicht abgeschlossen ist. Insbesondere die Generierung eigener Wissensbestände zur Verdeutlichung der jeweiligen Alleinstellungsmerkmale ist abhängig von einer weiteren Akademisierung mit dem Ziel, die Disziplinentwicklung voranzubringen. Das ist allerdings nur im Diskurs in kollektiven Verbänden möglich, wo es eine große Reichweite bei der Verteilung von neuen Erkenntnissen und Wissensbeständen gibt. Die Mitgliedschaft z. B. in Fachverbänden ist somit künftig Voraussetzung zur Bildung von fachlichen Konsensverfahren.

3.3 Genderperspektive

Ein weiterer Aspekt ist die Berücksichtigung der Genderperspektive bei der Betrachtung der Professionen Soziale Arbeit, Pflege und Physiotherapie. Insbesondere in der Sozialen Arbeit und in der Pflege ist die zentrale Bedeutung von Frauen bei der Professionsentwicklung deutlich (vgl. Backes/Wolfinger/Amrhein 2008; Kreutzer 2005). Beide Professionen gelten in der öffentlichen Wahrnehmung als Frauenberufe mit einer Kopplung von zugewiesenen Rollen als prosoziale und unterstützende Dienstleisterinnen (vgl. Backes/Wolfinger/Amrhein 2008). Gender bedeutet das sozial konstruierte Geschlecht, das gesellschaftlich über kulturelle und historische Entwicklungen geformt wird (vgl. ebd.). Gender und Diversity als wissenschaftsorientierte Perspektive sind in Frauenbewegungen und Bürgerrechtsbewegungen verwurzelt und haben die Gleichberechtigung aller Menschen trotz unterschiedlichem Geschlecht und ethnischer Herkunft zum Ziel (vgl. Hönig 2011, S. 128). Mit Blick auf die Folgen von gesellschaftsrelevanter ungleicher Behandlung aufgrund von Merkmalen sind Kategorien wie Macht, Diskriminierung und soziale Ungleichheit koppelbar an Gender und Diversity. Für die Professionen Soziale Arbeit, Pflege und Physiotherapie sind diese „Dimensionen soziokultureller Differenzensetzung“ (Hönig 2011, S. 133) insofern relevant, da sie durch ihre prosozialen Aufgabenzuschreibungen auch genderbezogen positioniert werden. Aktuelle Beschäftigungsdaten zeigen eine starke Dominanz von Frauen in den sozialen Berufen und auch in den in den Studiengängen Physiotherapie, Pflegewissenschaften und Soziale Arbeit zeigt sich ein Frauenanteil von über 80% im Vergleich zu männlichen Erwerbstätigen und Studierenden (Statista 2014a; Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) o.J.). In der Physiotherapie zeigt sich ein Frauenanteil von ca. 65% mit wachsender Zunahme von männlichen Auszubildenden und Studierenden (Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) 2014). Die drei Professionen sind in ihrer historischen Entwicklung und aktuellen Entwicklung in einem genderparitätischen Ungleichgewicht. Die belegbare Benachteiligung von Frauen in der der Erwerbsarbeit, die mit niedrigerem Einkommen, schlechteren Karrierechancen und mangelnden Leitungspositionen verbunden ist (vgl. Statistisches Bundesamt 2014), führt in den hier vorgestellten Berufsgruppen kollektiv zu bisher unbefriedigenden ökonomischen und karriereorientierten Entwicklungsmöglichkeiten. Der Bruttoverdienst von Frauen lag 2012 rund 22 Prozent unter der von

Männern. Verantwortlich für diesen sogenannten Gender Pay Gap sind unterschiedliche Einflussfaktoren wie z. B. bekleidete Positionen, Art der Tätigkeit aber auch nicht erklärbare Aspekte, wenn Qualifikation und Tätigkeit zwischen Männern und Frauen identisch sind (vgl. ebd.).

3.4 Disziplinentwicklung und Interdisziplinarität

Durch den Akademisierungsweg sollen eigene wissenschaftliche Disziplinen gebildet werden. Wissenschaften sind konstruiert und in ihnen erfolgt die Organisation eigener Wissensbestände. Damit entstehen sowohl Abgrenzungen zu anderen Disziplinen als auch Überschneidungen und Verbindungspunkte, die als Ansatzpunkte für interdisziplinäre Zusammenarbeit dienen können. Physiotherapie als Disziplin organisiert Wissen über den Gegenstand Bewegung und Mobilität und muss dazu humanwissenschaftliche Erkenntnisse aus anderen Disziplinen berücksichtigen. Pflegewissenschaften orientieren sich an Aktivitäten des täglichen Lebens und auch hier es notwendig, Erklärungsmodelle und Erkenntnisse aus anderen Disziplinen wie Medizin und Psychologie zu integrieren. Das ist nicht neu, auch Medizin, Pädagogik oder Physik bedienen sich jeher der Erkenntnisse anderer naturwissenschaftlicher und geisteswissenschaftlicher Disziplinen, so sind Physik, Chemie und Biologie in der Medizin ebenso unumgänglich wie Sozialisationstheorien aus der Soziologie und entwicklungspsychologische Wissensbestände in der Pädagogik (vgl. Stichweh 2013, S. 17 ff.). Soziale Arbeit nutzt ebenfalls verschiedene gesellschafts- und humanwissenschaftliche Disziplinen und verweist explizit auf ihren transdisziplinären Ansatz, um sich konkreten sozialen Problemlagen von Menschen zu nähern. *Transdisziplinarität* bedeutet hier die Transformation von Erkenntnissen aus unterschiedlichen Disziplinen in einen neuen Erklärungsansatz. Es reicht also nicht aus, Wissensbestände einfach zu addieren, sondern sie müssen bezogen auf den Gegenstand der jeweiligen Disziplinen kontextualisiert werden.

Transdisziplinarität ist ein Forschungs- und Wissenschaftsprinzip, das überall dort wirksam wird, wo eine allein fachliche oder disziplinäre Definition von Problemlagen und Problemlösungen nicht möglich ist bzw. über derartige Definitionen hinausgeführt wird.
(Mittelstraß 2007, S. 5)

Gemeinsam ist Sozialer Arbeit, Physiotherapie und Pflegewissenschaften die Integration von bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen zur handlungswissenschaftlichen Annäherung an ihre Gegenstände. Gleichzeitig entwickelt sich die eigene Disziplin durch Schaffung neuen Wissens über Forschungsaktivitäten und Theoriebildung. Diese Disziplinen dienen als Fundament für eine gut begründete Praxis der Professionen. Übergeordnet lässt sich für alle drei Disziplinen ein gemeinsame Orientierung an der Gesundheit feststellen und damit wird deutlich, dass trotz der unterschiedlichen Perspektive auf gesundheitliche Prozesse die Zusammenarbeit auf interdisziplinärer Ebene einen erheblichen gesellschaftlichen Nutzen haben kann. *Interdisziplinarität*

ist als Kooperationsprozess zu verstehen, bei dem die disziplinären Grenzen erhalten bleiben, aber ein gemeinsamer Problembereich definierbar ist (vgl. Stichweh 2013, S. 34). Als gemeinsame Reflexionsebene bietet sich die Verwendung eines gemeinsamen Erklärungsmodells zur Entstehung und Entwicklung von Krankheit und Gesundheit an, um die jeweiligen Beiträge besser zuordnen zu können.

Seit den 1950er Jahren werden bei der Erforschung von Einflussfaktoren zur Entstehung von Krankheiten vermehrt psychologische und soziale Risikofaktoren berücksichtigt. Insbesondere Risikofaktoren sind systematisch untersucht worden. Heute ist gut belegt, dass Determinanten wie genetische Disposition, soziale Ungleichheit, Verhaltensweisen und persönlichkeitsbezogene Faktoren Einfluss auf die Entstehung von Krankheiten haben (vgl. Pauls 2013, S. 16). Die Einführung des biopsychosozialen Krankheitsmodells durch George L. Engel in den 1970er Jahren war zugleich eine Kritik an einer reduktionistischen biomedizinischen Sichtweise verbunden. Das „dynamische Wechselspiel der drei Ebenen in Genese und Verlauf“ (ebd.) des biopsychosozialen Modells ist auch für Weiterentwicklung gesundheitsbezogener Disziplinen relevant, da biologische, psychische und soziale Faktoren gleichberechtigt in der Krankheitsätiologie beachtet werden.

Mit der Nutzung eines biopsychosozialen Erklärungsmodells zur Entstehung von Krankheit und Erhaltung von Gesundheit erübrigt sich eine hierarchische Einordnung von Disziplinen. Das in der klinischen Versorgung immer noch dominante biomedizinische Krankheitsmodell begründet nur die Medizin als Leitdisziplin. Bei gleichberechtigter Integration von biopsychosozialer Determinanten ergibt sich ein deutlich komplexeres Bild auf Gesundheitsprozesse mit der Konsequenz, dass die Erkenntnisse und Kompetenzen aus Pflege, Physiotherapie und Sozialer Arbeit bedeutsamer werden. Hier ist eine disziplinäre Über- bzw. Unterordnung fraglich und nur noch aufgrund der historischen Entwicklung im Gesundheitssystem und der selektiven Verwendung Theoriemodelle begründbar. Allerdings gibt es noch erhebliche disziplinäre Unterschiede bei der Produktion von wissenschaftlichen empirischen Erkenntnissen, die auch die differenten Gewichtungen begründen.

Die daraus resultierende Komplexität im Gesundheitssystem macht eine Neujustierung der Gesundheitsfachberufe notwendig. Der Wissenschaftsrat nimmt deutlich Stellung zur künftigen Entwicklung der Gesundheitsfachberufe aufgrund des

[...] Versorgungsbedarfe[s] in Folge des demografisch-epidemiologischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts sowie die Folgen dieser Entwicklungen für die Arbeitsteilung im Gesundheitswesen.
(Wissenschaftsrat 2012, S. 78)

Demnach ist es erforderlich, eigenes Handeln auf wissenschaftlichem Niveau zu reflektieren und neues Wissen zu generieren (vgl. ebd.). Über den holistischen Zugang zum Thema Gesundheit und Krankheit bieten sich künftig interdisziplinäre Kooperationsmöglichkeiten. Die wissenschaftlichen Anforderungen zur Verbesserung der

Gesundheitsversorgung erfordern den Aufbau einer Bildungsinfrastruktur, die ein einerseits die bisherigen Ausbildungswege von Pflege und Physiotherapie berücksichtigen und andererseits neue Qualifikationsmöglichkeiten über Studiengänge an Hochschulen generiert. Der europäisch orientierte Bologna-Prozess wurde 1999 durch 29 nationale Bildungsministerinnen und -minister initiiert und hatte zum Ziel, eine europaweite Harmonisierung von Studiengängen und -abschlüssen zu erreichen. Damit ist die Grundlage für die Errichtung von Bachelor- und Masterstudiengängen in Deutschland geschaffen worden, bisherige klassische Diplomstudiengänge wie in der Sozialen Arbeit wurden mittlerweile überwiegend durch die neuen Abschlüsse ersetzt (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 2014a, S. 29).

4 Kompetenzentwicklung

Die Weiterentwicklung durch weitere Professionalisierung und Disziplinbildung der drei Professionen ist trotz einiger Widerstände bspw. seitens der Medizin politisch und gesellschaftlich anerkannt (vgl. Gerst/Hibbeler 2012). Die rasante Umsetzung durch Fakultäts- und Fachbereichsgründungen in Pflege und Physiotherapie sowie einer stärkeren sozialarbeitswissenschaftlichen und empirischen Fokussierung in der Sozialen Arbeit führen einerseits zu einer erhöhten disziplinären Profilbildung und Spezialisierung, andererseits wird es immer notwendiger, interdisziplinäre gesundheitliche Probleme und damit verbundene Umweltaspekte zu berücksichtigen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) (2007, S. 17 ff.) kritisiert die Situation im deutschen Gesundheitswesen:

- Die nicht anforderungsorientierte Verteilung von Tätigkeiten hinsichtlich Demographie, Struktur und Innovationen im Gesundheitswesen.
- Die hohe „Rechtsunsicherheit“ bei der Arbeitsteilung der Berufe, hier denke man nur an die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an die Pflegeprofession.
- Mangelnde interprofessionelle Standardisierung, die die jeweiligen Anteile der Berufsgruppen beschreiben. So finden sich Leitlinienerstellung und Expertenstandards zumeist orientiert an den jeweiligen beruflich-fachlichen Interessen.
- Eine immer noch starke „Arztzentriertheit“ in der Krankenversorgung. Der Ursprung liegt in den „rechtlichen Rahmenbedingungen“, die die heilkundliche Dominanz festschreiben.
- Die unzureichende Vorbereitung in den Ausbildungen und während des Studiums auf Zusammenarbeit.

Es verändern sich tradierte Aufgaben und Rollenzuschreibungen der Berufsgruppen durch die Zunahme der Komplexität von Gesundheits- und Krankheitsentwicklungen. Eine sinnvolle Gesundheitsversorgung von Patientinnen und Patienten erfordert grundsätzlich eine berufsübergreifende Zusammenarbeit. Die notwendigen

zeitlichen und ökonomischen Ressourcen für Kooperationen sind nicht vorhanden. Somit erscheint in den bisherigen berufsspezifischen Ausbildungsgängen die Notwendigkeit engerer Zusammenarbeit noch nicht ausreichend erkannt zu sein (vgl. Dettmers 2013).

Zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung ist die Bildung einer Kooperationsfähigkeit für alle beteiligten Professionen essentiell. Deshalb ist eine effektive Kooperation mehr als das bloße Nebeneinander, wie es heute noch häufig anzutreffen ist. Erfolgreiche Zusammenarbeit beinhaltet eine gelingende Kommunikation und somit besteht hier auch didaktisch eine große Herausforderung für die Lehrenden (vgl. ebd.).

4.1 Ziele und Inhalte

Aus denen in Kapitel 3.4 dargestellten disziplinären Zugängen ergeben sich für eine alle drei Professionen und Disziplinen eine gemeinsame wissenschaftsorientierte Grundlage: die Handlungswissenschaften. Gemeinsam ist ihnen das direkte Wirken und Handeln mit und an Menschen, die gesundheitliche Einschränkungen haben, wenn auch mit unterschiedlichen fachlichen Zugängen im Rahmen einer biopsychosozialen Gesamtperspektive. Alle Ziele bei der Weiterentwicklung der Professionen sind mit der Fragestellung fachlicher Kompetenzen verbunden, die sich an theoretischen und empirischen Wissensbeständen der eigenen Disziplin anlehnen (vgl. Birgmeier 2014, S. 43). Zentrales Ziel ist es also, die Handlungskompetenzen zur Verbesserung und Stabilisierung gesundheitlicher Prozesse deutlich zu machen, um eigene Behandlungs- und Beratungsbeiträge abzusichern. Die Handlungsebenen Pflegen, Behandeln und Beraten stehen im Vordergrund der wissenschaftlichen Betrachtung und die enge Verzahnung von Theoriebezügen und praxisorientierten Methoden ist unvermeidlich (vgl. Birgmeier 2014, S. 130). Empirische Forschung ist notwendig, um die Wirkungen des professionellen Handelns auf ihre Adressatinnen und Adressaten zu untersuchen. Ziel es somit, die Versorgungsqualität im Gesundheitssystem zu verbessern. Gute, also begründete Physiotherapie, Pflege und Soziale Arbeit ist im diesem Sinne kein Zufall, sondern Produkt der handlungswissenschaftlich fundierten Weiterentwicklung der Professionen. Daraus sind künftig Kompetenzbeschreibungen abzuleiten. Die gegenwärtigen strittigen Diskussionen über evidenzbasierte Praxis^[2] in den drei Professionen zeigen, dass das Ziel des Belegs über die Handlungswirkung auch forschungstheoretisch nicht unproblematisch ist. Die Nutzung von Qualifikationsrahmen zur transparenten Darstellung gewünschter gegenwärtiger Wissens- und Kompetenzbestände ist nicht ausreichend durch empirische Erkenntnisse fundiert. Alternativ müssen die Kompetenzanforderungen noch über Konsensverfahren durch Hochschulen und Fachverbänden plausibilisiert werden.

2 Dazu gibt es weiterführende Informationen unter <http://www.cochrane.de/de/ebm> (Abruf 03.05.2015).

4.2 Relevanz von Qualifikationsrahmen

Qualifikationsrahmen beschreiben systematisch Qualifikationen innerhalb eines Bildungssystems durch Zuordnung verschiedener Niveaus. Politischer Wille in Europa ist es seit über zwanzig Jahren, die heterogenen Ausbildungs- und Studiengänge vergleichbarer zu gestalten, um „vor dem Hintergrund vergleichbarer Qualität die berufliche Mobilität in Europa zu erhöhen“ (Hülksen-Giesler 2011, S. 1). Somit sind die nationalen Bildungssysteme im Kontext der Europäischen Union abzugleichen. Einzelne Disziplinen und Professionen müssen sich der Bewertung durch neue Steuerungsinstrumente wie z. B. Leistungspunktesysteme stellen. Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR) dient als Referenzrahmen, um transparente Qualifikationsvergleiche trotz der „Bildungsvielfalt“ vorzunehmen (vgl. Robert Bosch Stiftung 2013; Nationale Agentur Bildung für Europa 2009). Daraus resultiert die Entwicklung des Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (DQR).

Der DQR soll als umfassende, bildungsbereichsübergreifende Matrix zur Einordnung von Qualifikationen zum einen die Orientierung im deutschen Bildungssystem erleichtern und zum anderen zur Vergleichbarkeit deutscher Qualifikationen beitragen.

(BMBF 2013, S. 1)

Der EQR unterscheidet ebenso wie der DQR acht Niveaus allgemeiner Kompetenzbeschreibungen. Die Niveaus werden jeweils skizziert, um die Anforderungen zu verdeutlichen. Vom Grundsatz her geht es um den Grad der Fähigkeit, die Menschen mit ansteigender Qualifikation in die Lage versetzt, komplexe und schwierige Sachverhalte und Aufgaben selbständig zu bearbeiten (vgl. BMBF/KMK 2013). Die Einführung von Qualifikationsrahmen ist allerdings nicht unproblematisch, da EQR und DQR keinen bildungstheoretischen Hintergrund haben und die Zuordnung zu einzelnen Qualifikationsstufen empirisch nicht begründet ist (vgl. Meyer 2006, S. 5). Es gibt keine wissenschaftliche Begründung für die Verwendung gegenwärtiger „Deskriptoren“ zur Beschreibung von Kompetenzen, Fertigkeiten und Kenntnissen. Damit fehlt ein „Kompetenzverständnis“ als Voraussetzung für die Initiierung von Bildungsprozessen (vgl. ebd.). Seitens des Deutschen Hochschulverbandes (DHV) (2010) gibt es erhebliche Kritik hinsichtlich „mangelnder Qualitätssicherung“, Überprüfbarkeit und einer „dirigistische[n] Kategorisierung von Menschen“ durch Einführung von lediglich acht Kompetenzen bei einer gleichzeitig sehr großen „kulturellen Vielfalt“ in Europa. Dem gegenüber steht die Absicht, eine bessere Orientierung im nationalen und internationalen Bildungssystem zu gestalten und Kompetenzanforderungen transparenter als bisher zu beschreiben. Wenn Qualifikationsrahmen veränderbar bleiben und für empirische Erkenntnisse und theoretische Erklärungsmodelle offen sind, werden Kompetenzbeschreibungen künftig über Disziplin und Profession im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis weiterentwickelt werden müssen. Die ersten Qualifikationsrahmen für Physiotherapie, Pflege und Soziale Arbeit liegen bereits vor.

4.3 Professionspezifische Qualifikationsrahmen in der Pflege, Physiotherapie und Sozialen Arbeit

Zur ersten Bestimmung der Qualifikationszuordnungen für die drei im Beitrag gewählten Professionen ist die Nutzung ihrer Zuordnungen im DQR sinnvoll. Es zeigen sich folgende Niveaubestimmungen für die Berufsgruppen.

- I. DQR-EQR-Niveau 4: Berufsfachschulausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin und -pfleger; Physiotherapeut und Physiotherapeutin.
- II. DQR-EQR-Niveau 6: Bachelorabschluss (B.A.; BSc) in Pflegewissenschaft, Physiotherapie, Soziale Arbeit.
- III. DQR-EQR-Niveau 7: Masterabschluss (M.A.; MSc).
- IV. DQR-EQR-Niveau 8: Promotion (Dr.). Hier erfolgen Dissertationen der drei Professionen zumeist über einschlägige universitäre Fakultäten, während die Bachelor- und Masterqualifikation i.d.R. über Fachhochschulen erworben werden (vgl. BMBF 2014b).

Die Ausdifferenzierungen und Kompetenzorientierungen gestalten sich in den Qualifikationsrahmen unterschiedlich und beinhalten Aussagen zu Kompetenzen, die in der praktischen Arbeit erforderlich sind. Es zeigen sich unterschiedlich ausführlich gestaltete Rahmen, die allerdings alle einer eher fallbezogenen Systematik folgen: *Analyse, Planung, Intervention, Evaluation und professionelle Haltung*. Die Frage, wie diese Kompetenzen erreicht werden können, wird allerdings nicht beantwortet und auch mögliche interdisziplinäre Verbindungen sind kaum thematisiert. Die interdisziplinäre Ausrichtung und Benennung von Anschlussfähigkeiten sind wichtige Aufgaben und können über konsensuale Absprachen der jeweiligen Hochschulfachbereichstage und Fachverbände erfolgen.

4.3.1 Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit (QR SArb) Version 5.1 und Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (QGSA)

Von den drei hier vorgestellten Qualifikationsrahmen ist der QR Soziale Arbeit (QR SArb) am ausführlichsten entwickelt und berücksichtigt DQR-EQR-Niveaustufen 6 bis 8. Er wurde bereits 2008 mit dem Anspruch entwickelt, die unterschiedlichen Level Sozialer Arbeit deutlich zu beschreiben und gleichzeitig die „Grenzen der disziplinären Verständigung [zu] markieren“ (Bartosch/Maile/Speth 2008, S. 7). Um kompatibel mit „europäischen und außereuropäischen Rahmenwerken“ zu sein, benennt dieser Qualifikationsrahmen als Referenzrahmen EQR und DQR. Es fällt auf, dass die Soziale Arbeit auch den Doktor-Level in Anlehnung an die Niveaustufe DQR-EQR-Niveau 8 präzisiert. Grundsätzlich wird unterteilt in unterschiedliche Kompetenzbereiche, die jeweils für Bachelor, Master und Dr. Degree angepasst werden. Dazu gehören (vgl. ebd., S. 6):

- a. Wissen und Verstehen/Verständnis
- b. Beschreibung, Analyse und Bewertung
- c. Planung und Konzeption von Sozialer Arbeit

- d. Recherche und Forschung in der Sozialen Arbeit
- e. Organisation, Durchführung und Evaluation in der Sozialen Arbeit
- f. Professionelle allgemeine Fähigkeiten und Haltungen in der Sozialen Arbeit
- g. Persönlichkeit und Haltungen

Vorangestellt ist jedem Bereich eine allgemeine Kompetenzbeschreibung für die Soziale Arbeit mit einer nachfolgenden Spezifizierung.

Mittlerweile resultieren aus dem QR SARb Version 5.1. weitere arbeitsfeldbezogene Beschreibungen wie der *Qualifikationsrahmen Schulsozialarbeit (QR SchulSArb, Version 4.2.)* und das *Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (QGSA)* (vgl. Dettmers 2015). Besonders das QGSA soll im Hinblick auf die interdisziplinäre Kooperation zu einer klaren Beschreibung ihrer Kompetenzen führen. Die Verwendung des Begriffes Konzept anerkennt die höhere Abstraktion des QR SARb Version 5.1. und von EQR sowie DQR. Die internationale Definition Sozialer Arbeit der International Federation of Social of Work (IFSW) dient als Orientierungsgrundlage. Ausdrücklich werden Arbeitsfelder, Theoriebezüge und Gegenstand gesundheitsbezogener Sozialarbeit benannt. Die Einordnung in Kompetenzlevel richtet sich aus an Stufen der Fachlichkeit bei Bachelor-, Master- und Promotionsabschluss. Die Entwicklung des QR SARb 5.1. erfolgte über den Fachbereichstag Sozialer Arbeit, während der QGSA im Diskurs zwischen Praxis- und Hochschulvertreterinnen und -vertretern entstanden ist. Bildungstheoretische und didaktische Aspekte sind noch nicht ausreichend eingebunden und der Kompetenzbegriff orientiert sich am professionellen Praxisbedarf.

4.3.2 Entwurf des Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen

Die Entwicklung des QR für die Pflege wird begründet mit der gegenwärtigen „demographischen Entwicklung“ und dem damit gesellschaftlich verbundenen Strukturveränderungen im Umgang mit älteren Menschen (vgl. Knigge-Demal/Hundenborn/Eylmann 2011). Damit sind insbesondere Pflegeinstitutionen und Hochschulen gefordert, mit entsprechenden Qualifizierungen zu reagieren, um die pflegerische Unterstützung von betroffenen Menschen auch in Zukunft sicherzustellen. Als Kooperationsprojekt der Fachhochschule Bielefeld und des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung in Köln entstand dieser spezifische Entwurf eines pflegeorientierten Qualifikationsrahmens. Er ordnet sich in die Systematik des EQR und DQR und des Fachqualifikationsrahmens Pflege für die hochschulische Bildung ein. Kritisch äußert sich Martin Hülsken-Giesler zur der stringenten Orientierung.

Der aktuelle Entwicklungsstand offenbart, dass die Konzeption von Qualifikationsrahmen derzeit in erster Linie durch eine Abstraktion vom Gegenstand (hier des professionellen Pflegehandelns) gekennzeichnet ist. [...] Um diese Fragen bildungssektorenübergreifend zu diskutieren, wird in Kauf genommen, dass die verwendeten Instrumente den

in Frage stehenden Qualifikationsprofilen nicht mehr gerecht werden. Damit konkretisiert sich jedoch die Gefahr von Fehlregulierungen insbesondere für die Berufsfelder, in denen relevante Kompetenzen mit den derzeit formulierten Kategorien nur unzulänglich abzubilden sind.
(Hülksen-Giesler 2011, S. 10)

Im Qualifikationsrahmen von Barbara Knigge-Demal, Gertrud Hundenborn und Constanze Eylmann (2011) werden Aufgabenbereiche benannt, die in der pflegerischen Versorgung relevant sind. Es geht um:

1. Alltagsbegleitung
2. Persönliche Assistenz und Betreuung
3. Durchführung von Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses
4. Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen
5. Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen für spezielle Pflegegruppen
6. Steuerung und Gestaltung von hochkomplexen Pflegeprozessen und Leitung von Teams
7. Pflegerische Leitung in Einrichtungen
8. Steuerung und Gestaltung pflegewissenschaftlicher Aufgaben (vgl. Hülksen-Giesler 2011)

Die ansteigenden Niveaus werden trotz der differenzierten Kompetenzbeschreibungen allerdings noch nicht mit den verschiedenen Qualifikationsabschlüssen in der Pflege verbunden. Grundsätzlich ist ein pflegemanagementorientierter Zugang ersichtlich. Interdisziplinäre Anschlussmöglichkeiten fehlen und der heterogenen Ausbildungsstruktur in der Pflege wird kaum Rechnung getragen.

4.3.3 Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung

Der *Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung* ist entstanden in Kooperation zwischen Fachvertreterinnen und -vertretern aus den Bereichen Pflegewissenschaft an Hochschulen, der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft und des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft. Als Zieloptionen sind Kompetenzbeschreibungen zu entwickeln, die strukturell eine „Verselbständigung und Eigenverantwortung des Pflegehandelns in Indikationsstellung, Planung, Durchführung und Evaluation“ ermöglichen (Hülksen-Giesler/Korporal 2013, S. 9). Damit verbunden sind Wünsche nach einem „eigenständigen Zugang zu den finanziellen Ressourcen des Sozialsystems“ (ebd.) und ein höherer autonomer Anteil professioneller Leistungen in multiprofessionellen Teams. Die große Heterogenität pflegeorientierter Qualifikations- und Bildungsangebote (durch Ausbildung, Pflegepraxis, spezifische Fachweiterbildungen und unterschiedliche Studienangebote) erschwert gemeinsame Bildungsziele auch im akademischen Kontext. Deshalb plädieren Manfred Hülksen-Giesler und Johannes Korporal (2013, S. 12) für einen breit aufgestellten Qualifikationsrahmen in der Pflege und eine weitere „domänenspezifische“

Konkretisierung wie es bspw. das Verhältnis von QR SArb Version 5.1. und QGSA in der Sozialen Arbeit umschreibt. Der Kompetenzkatalog enthält Kompetenzbestimmungen zu den Bereichen:

1. Kenntnisse – Verständnis – Erkenntnis
2. Analyse
3. Planung
4. Durchführung
5. Evaluation
6. Professionalität

Betont wird professionelle Pflegearbeit als „körper- und leibnahe Dienstleistung“ von Pflegefachkräften an Patientinnen und Patienten mit der Möglichkeit der deutlichen Kopplung an körperbezogene Aspekte in einem biopsychosozialen Verständnis (vgl. ebd.).

4.3.4 Interdisziplinärer hochschulischer Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie – FQR-ThGFB

In Kooperation dreier Gesundheitsfachberufe ist der *Interdisziplinäre hochschulischer Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie – FQR-ThGFB* entstanden (vgl. Stubner et al. 2013). Auch hier erfolgt eine Orientierung an EQR und DQR mit der Fokussierung auf DQR-EQR-Niveaus 6 (Bachelor) und 7 (Master). Die Differenzierung der Kompetenzbereiche richtet sich nach therapeutischen Handlungskompetenzen aus. Dazu gehören „Aufgabenstellung und Assessment“, „Planung und Konzeption“, „Umsetzung“ und „Evaluation“ in einer Matrixverbindung zu Fachkompetenzen (Wissen und Fertigkeiten) und Personale Kompetenzen (Sozialkompetenz und Selbstkompetenz) (vgl. Stubner et al. 2013, S. 2-7).

Die Dimension Aufgabenstellung und Assessment soll zu einer gesicherten therapeutischen Befunderhebung und Bedarfsermittlung führen. Bei der Planung und Konzeption werden hypothesengeleitete Interventionen entwickelt und die konkreten therapeutischen Maßnahmen beginnen in der Umsetzungsphase, um schließlich hinsichtlich Wirkung und Folgen wissenschaftlich reflektiert zu werden. Damit werden Begründungszusammenhänge aufgrund der zu erwartenden Kompetenzen bei akademisch ausgebildeten Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten im Sinne eines Clinical Reasoning-Verständnisses möglich. Im FQR-ThGFB wird noch ein weiterer wichtiger Aspekt benannt. Die „Kompatibilität zu angrenzenden Wissenschaften, insb. der Sozialen Arbeit, der Pflege und Public Health“ (Stubner et al. 2013, S. 1) ist ausdrücklich erwünscht, um mögliche Kooperations- und Unterscheidungskriterien ableiten zu können.

4.4 Fachdidaktische Aspekte

Die Bildungsorientierung an der professionellen Wissens- und Kompetenzentwicklung beinhaltet die Notwendigkeit eines Diskurses, ob fachdidaktische Modelle kompatibel zu den Qualifikationsrahmen sind. Didaktik fokussiert also neben der theoretischen Auseinandersetzung mit Lehren und Lernen auch die Fragestellung, wie Unterricht und Wissensvermittlung gelingen kann (vgl. Arnold/Roßa 2012, S. 11). Es stellt sich die Frage nach dem Wie. Es gibt eine Vielzahl von Theorien, besonders präsent sind aber heute bildungstheoretische Modelle, die sich mit dem Bildungsaspekt beschäftigen. Didaktische Aspekte werden insbesondere in der Pädagogik fokussiert. Wolfgang Klafki (2007) hat bspw. mit seiner auch umstrittenen kritisch-konstruktiven Didaktik dafür plädiert, gegenwärtige Situationen, die auf Lernen Einfluss nehmen, kritisch zu reflektieren. Daraus können dann konstruktiv Veränderungen abgeleitet werden (vgl. ebd.). Die Bildungsprozesse in dualen Ausbildungsgängen sind somit mit anderen Kontexten verbunden als Hochschulausbildungen, wo ein höheres Maß einer Eigenverantwortung zur Generierung von Wissensbeständen und Kompetenzen erforderlich ist. Gleichzeitig ist die Praxisebene in jeweiligen Handlungsfeldern didaktisch zu berücksichtigen.

Fachdidaktik löst sich insofern von der allgemeinen Didaktik, als dass sie keine Teildisziplin in der Erziehungswissenschaft darstellt, sondern fachbezogen didaktische Aspekte thematisiert. In Pflege, Physiotherapie und Sozialer Arbeit sind fachdidaktische Modelle erforderlich, die sich an den jeweiligen Ausrichtungen und Gegenständen orientieren. Somit sind die Fachdidaktiken den Fachwissenschaften und der allgemeinen Didaktik nachgeordnet. Nach Hans-Carl Jongbloed und Martin Twardy (1983, S. 180) sind die Entwicklung „curriculare[r] Handlungsanweisungen“ für jeweilige Fachwissenschaften erforderlich. Aus der Fachdidaktik sind somit Curricula für Pflegewissenschaften, Physiotherapie und Soziale Arbeit abzuleiten, die es ermöglichen, genauere Vermittlungswege bei der Kompetenzentwicklung zu beschreiben. Gemeinsam ist allen Fachqualifikationsrahmen, dass fachdidaktische Aspekte kaum thematisiert sind. Didaktische Prioritätssetzungen sind in den so breit aufgestellten Fachqualifikationsrahmen aufgrund der vielfältigen Kompetanzanforderungen kompliziert. Aktuell finden sich nur in der beruflichen Pflege fachdidaktische Modelle, die Entwicklungen in Physiotherapie und Sozialer Arbeit sind erst ganz am Anfang (vgl. Schilling 2013, S. 13). Der Autor kritisiert die fehlende Übertragung didaktischer Modelle aus der Schulpädagogik in die Soziale Arbeit.

Die Erkenntnisse der Schuldidaktik haben sich in der Sozialen Arbeit noch nicht herumgesprochen. Obwohl seit der Gründung von Fachhochschulen das Fach Didaktik/Methodik eingeführt wurde, gibt es bis heute keine allgemein anerkannte Didaktik der Sozialen Arbeit.
(Schilling 2013, S. 12)

Diese Bestandsaufnahme zeigt, dass es entweder erstens bisher fachlich nicht gelungen ist, für die kompetenzorientierte Hochschulausbildung fachdidaktische Modelle

zu entwickeln. Zweitens das Interesse fehlt, einheitliche didaktische Konzepte einzu- binden oder es drittes aufgrund der vielfältigen und komplexen Wechselwirkungen zwischen Theorie (Wissen) und Praxis (Können) keinen einheitlichen didaktischen Zugang geben kann.

Als Beispiel für praxisorientierte Didaktik kann das *kompetenztheoretische Modell der Pflegedidaktik* von Christa Olbrich benannt werden. Es ist aus einer empirischen Studie zur Erfassung beruflicher Kompetenzen entstanden und berücksichtigt gestufte Handlungsebenen (vgl. Reiber 2011, S. 5). „Regelgeleitetes Handeln“ nach Normenvorgaben bei „Routinetätigkeiten“, „Situativ-beurteilendes Handeln“ aufgrund subjektiver Einschätzung des notwendigen Pflegehandelns unter Berücksichtigung der Situation und Patientinnen- bzw. Patientenbedürfnisse. Schließlich erfolgt auch „reflektierendes Handeln“ in Bezug auf professionelles „Rollenverständnis“ und „Menschenbild“ und „ethisch-aktives Handeln“ mit der Orientierung an berufsethischen Dimensionen (ebd.). Daraus leiten sich nach Olbrich (2010, S. 178) spezifische Lernformen ab: Deklaratives Lernen (was), prozedurales Lernen (wie), konditionales Lernen (wo und wann erfolgt die Anwendung), reflektives Lernen (warum) und identitätsförderndes Lernen zur Klärung der eigenen Bedeutung im Lernprozess. Mit diesem Modell sind die unterschiedlichen Kompetenzbestimmungen aus dem in Kapitel 4.3.3 dargestellten Fachqualifikationsrahmen auch didaktisch formbar.

Es ist unumgänglich, die bisherigen didaktische Zugänge und Präferenzen von Hochschullehrenden bei Studiengangsentwicklungen zu rekonstruieren, um in den Fachbereichen einen Diskurs über geeignete Bildungswege zu eröffnen.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Seit der Bologna-Erklärung von 1999 schreitet der Akademisierungsprozess sehr dynamisch voran. Damit verbunden ist ein erheblicher Diskussionsbedarf, wie die drei Professionen in künftige Weiterentwicklungen des Gesundheitssystems eingebunden werden sollen. Aufgrund der zunehmenden Komplexität und wissenschaftlichen Erkenntnislage erscheinen alte Privilegien z. B. in der Medizin hinsichtlich der alleinigen Definitionsmacht über Gesundheits- und Krankheitsprozesse nicht mehr begründbar. Gleichzeitig verschärfen sich die ökonomischen Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem. Die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe verpflichtet die Professionen dazu, die verbesserte Versorgung von Patientinnen und Patienten durch ihre Mitwirkung zu belegen. Daraus folgt ein erhöhter Bedarf an Evidenzbasierung in der Praxis (vgl. Kälble 2006, S. 215). Gleichzeitig ist die Patientinnen- und Patientenorientierung an ihren subjektiven Bedürfnissen und Lebenswelten gefragt, um eine möglichst breite Partizipation bei der gesundheitlichen Versorgung zu ermöglichen.

Es entstehen neue Chancen interdisziplinärer Zusammenarbeit. Die Neujustierung der Aufgaben und der Berufsfelder führt aber auch zu Überschneidungen und Konkurrenzen wie z. B. beim Entlassungsmanagement in Krankenhäusern von Gesundheits- und Krankenpflege und Sozialer Arbeit (vgl. Dettmers 2013, S. 217). Akademisierung weckt den Anspruch, den eigenen professionellen Zugang in die Gesundheitsversorgung theoriegeleitet und empirisch überprüft zu begründen und nach interdisziplinären Kooperationsmöglichkeiten zu suchen. Hier fehlt es an bisher an fachdidaktischen Modellen. Der Wissenschaftsrat propagiert ebenfalls die Notwendigkeit, künftig interdisziplinäre Kompetenzen auszubauen.

Die Veränderung der Arbeitsteilung wirkt sich wiederum auf die zukünftigen Qualifikationsanfordernisse und Qualifizierungswege in den Berufen der Gesundheitsversorgung aus. Neben neuen fachlichen Qualifikationen – z. B. im Zusammenhang mit der zunehmenden Technisierung der Gesundheitsversorgung – sind hier auch für alle Gesundheitsversorgungsberufe relevante, übergreifende Qualifikationen wie die Fähigkeit zur interprofessionellen Zusammenarbeit zu nennen. (Wissenschaftsrat 2012, S. 8)

Es ist davon auszugehen, dass der Anteil akademisch gebildeter Absolventinnen und Absolventen mit Bachelorabschluss künftig auf 20% eines Ausbildungsjahres (vgl. ebd.) steigen wird. Eine Vollakademisierung der Gesundheitsfachberufe in Deutschland wie z. B. vom Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (vgl. Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG) 2010) gefordert, erscheint aufgrund der gegenwärtigen Machtverteilungen im Gesundheitswesen problematisch. Die Zukunft der hochqualifizierten Masterabsolventinnen und -absolventen liegt möglicherweise eher praxisfern im Mittelbau der Hochschulen als wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit der Möglichkeit zur Promotion und Entwicklung neuer theoretischer Bezüge und Generierung von Forschung und Wissenschaft. Es wird künftig vermehrt darum gehen, diese Erkenntnisse aus Pflege-, Sozialarbeits- und Physiotherapieforschung in die Praxis zu transferieren. Gleichzeitig müssen notwendige Veränderungen wie Präventionsstärkung, Berücksichtigung psychosozialer Aspekte oder Lebensqualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen fachlich deutlicher begründet und auch gesundheitspolitisch Einfluss genommen werden. Insbesondere sollten in der Lehre Stellen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einem einschlägigen akademischen Abschluss und Praxiserfahrung geschaffen werden, um die Identitätsbildung als akademisierte Fachkraft in den Bereichen Pflege und Physiotherapie zu ermöglichen. Es wird erforderlich sein, nicht nur die Akademisierung voranzutreiben, sondern auch strategische und didaktische Konzepte zu entwickeln. Dann können einheitlichere Perspektiven für die konkrete Aus-, Fort- und Weiterbildung geschaffen werden.

Quellen

Zitierte Literatur

- Arnold, Karl-Heinz/Roßa, Anne-Elisabeth (2012):** Grundlagen der Allgemeinen Didaktik und der Fachdidaktiken. In: Kampshoff, Maria (Hg.): Handbuch Geschlechterforschung und Fachdidaktik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 11-23.
- Backes, Gertrud/Wolfiger, Martina/Amrhein, Ludwig (2008):** Gender in der Pflege. Herausforderungen für die Politik. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung. <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/05587.pdf> (Abruf: 13.05.2015).
- Bartosch, Ulrich/Maile, Anita/Speth, Christine (2008):** Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit (QR SArb). Version 5.1. http://www.fbts.de/fileadmin/fbts/Aktuelles/QRSArb_Version_5.1.pdf (Abruf: 13.05.2015).
- Birgmeier, Bernd (2014):** Handlungswissenschaft Soziale Arbeit. Begriffe – Konzepte – Diskussionen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)/Kultusministerkonferenz (KMK) (2013):** Qualifikationsrahmen im Kontext gesundheits- und pflegebezogener Bildungsgänge. Herausgegeben von der Bund-Länder-Koordinationsstelle für den deutschen Qualifikationsrahmen.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2013):** Gemeinsamer Beschluss der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, der Wirtschaftsministerkonferenz und des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie zum Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR). http://www.bmbf.de/pubRD/Gemeinsamer_Beschluss_final_ohne_Unterschriften.pdf (Abruf: 13.05.2015).
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2014a):** Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Bonn. http://www.bmbf.de/pub/berufsbildungsforschung_band_15.pdf (Abruf: 13.05.2015).
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2014b):** Deutscher Qualifikationsrahmen – Qualifikationssuche. <http://www.dqr.de/content/2316.php#qs-result> (Abruf: 13.05.2015).
- Dettmers, Stephan (2013):** Pflege und interprofessionelle Zusammenarbeit im Krankenhaus. In: Zängl, Peter (Hg.): Pflegeforschung trifft Pflegepraxis. Jahrbuch 2012/2013 des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege. Wiesbaden: Springer VS, S. 213-223.
- Dettmers, Stephan (2014):** Soziale Arbeit mit Blick auf Gesundheit. Anmerkungen zum Verhältnis von Bachelor und Master. In: Forum Soziale Arbeit und Gesundheit, 3/2014, S. 6-8.

- Dettmers, Stephan (2015):** Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – QGSA. Berlin: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG).
- Deutscher Hochschulverband (DHV) (2010):** Zur Einführung eines Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen. Resolution des 60. DHV-Tages. <http://www.hochschulverband.de/cms1/778.html> (Abruf: 13.05.2015).
- Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) (2014):** Frauen- und Männeranteile in der Physiotherapie. [https://www.physio-deutschland.de/patienten-interessierte/service/suche.html?id=700&L=0&tx_solr\[q\]=Frauen+und+M%C3%A4nneranteil&x=0&y=0](https://www.physio-deutschland.de/patienten-interessierte/service/suche.html?id=700&L=0&tx_solr[q]=Frauen+und+M%C3%A4nneranteil&x=0&y=0) (Abruf: 13.05.2015).
- Dornheim, Jutta/van Maanen, H./Meyer, J. A./Remmers, H./Schöniger, U./Schwerdt, R./Wittneben, K. (1999):** Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft und Handlungswissenschaft. In: *PfleGe*, 4 (4), S. 73-79. <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/PfleGeo499dornheimetal.pdf> (Abruf: 13.05.2015).
- Ebbinghaus, Bernhard (2002):** Dinosaurier der Dienstleistungsgesellschaft? Der Mitgliederschwund deutscher Gewerkschaften im historischen und internationalen Vergleich. <http://www.mpi-fg-koeln.mpg.de/pu/workpap/wp02-3/wp02-3.html> (Abruf: 13.05.2015).
- Gerst, Thomas, Hibbeler, Birgit (2012):** Gesundheitsfachberufe. Auf dem Weg in die Akademisierung. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 109 (49), S. 2458-2461.
- Hering, Sabine/Münchmeier, Richard (2014):** Geschichte der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 5., überarbeitete Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (HVG) (2010):** Grundsatzpapier des Hochschulverbundes Gesundheitsfachberufe (HVG) e.V. http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/HVG_Grundsatzpapier_modifiziert_2010.pdf (Abruf: 13.05.2015).
- Hönig, Barbara (2011):** Soziologische Perspektiven auf Gender und Diversity in der Sozialen Arbeit. In: Spitzer, Helmut/Höllmüller, Hubert/Hönig, Barbara (Hg.): *Soziallandschaften. Perspektiven sozialer Arbeit als Profession und Disziplin*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 127-143.
- Homfeldt, Hans Günther/Sting, Stephan (2006):** Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung. München/Basel: Reinhardt.
- Hülken-Giesler, Manfred (2011):** Qualifikationsrahmen in der Pflege – zwischen politischem Telos und fachwissenschaftlichen Anforderungen. In: *bwp@ Spezial 5 – Hochschultage Berufliche Bildung 2011*, S. 1-13. http://www.bwpat.de/ht2011/ft14/huelken-giesler_ft14-ht2011.pdf (Abruf: 13.05.2015).
- Hülken-Giesler, Manfred/Korporal, Johannes (Hg.) (2013):** Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung. (FQR Pflege 6-8). Berlin: Porschke + Hensel.
- Hüter-Becker, Antje/Dölken, Mechthild (Hg.) (2004):** Beruf, Recht, wissenschaftliches Arbeiten. Stuttgart/New York: Thieme.
- Hüter-Becker, Antje/Dölken, Mechthild (Hg.) (2007):** Prävention. Stuttgart/New York: Thieme.

- Igl, Gerhard (2014):** Voraussetzungen und Anforderungen an die rechtliche Regulierung von Aufgaben und Tätigkeiten der Sozialarbeit im Gesundheitswesen. <http://dvsg.org/hauptnavigation-links/publikationen/gutachten/rechtsgutachten-2014/> (Abruf: 13.05.2015).
- Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) (o.J.):** Berufe im Spiegel der Statistik. Bundesagentur für Arbeit. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Themen/Statistik-nach-Berufen/Statistik-nach-Berufen-Nav.html> (Abruf: 13.05.2015).
- Jakobi-Wanke, Heike (2012):** Pflegebildung verstehen. Eine kurze Einführung. Berlin: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). http://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Pflegebildung_verstehen_2012.pdf (Abruf: 13.05.2015).
- Jongbloed, Hans-Carl/Twardy, Martin (1983):** Strukturmodell Fachdidaktik Wirtschaftswissenschaften. In: Twardy, Martin (Hg.): Kompendium Fachdidaktik Wirtschaftswissenschaften. WBST, Bd. 3/I. Düsseldorf: Verlagsanstalt Handwerk, S. 163-203.
- Kälble, Karl (2006):** Gesundheitsberufe unter Modernisierungsdruck. Akademisierung, Professionalisierung und neue Entwicklungen durch Studienreform und Bologna-Prozess. In: Pundt, Johanne (Hg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Bern: Huber, S. 213-233.
- Klafki, Wolfgang (2007):** Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Zeitgemässe Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik. 6., neu ausgestattete Auflage. Weinheim/Basel: Beltz.
- Klement, Carmen (2006):** Von der Laienarbeit zur Profession? Zum Handeln und Selbstverständnis beruflicher Akteure in der ambulanten Altenpflege. Opladen: Budrich.
- Knigge-Demal, Barbara/Hundenborn, Gertrud (2012):** Qualifiziert in die Zukunft – Der Beitrag eines sektoralen Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Altenpflege. In: BWP, 6/2012, S. 20-23. <http://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/download/id/6973> (Abruf: 13.05.2015).
- Knigge-Demal, Barbara/Hundenborn, Gertrud/Eylmann, Constanze (2011):** Entwurf des Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen. Bielefeld/Köln: Fachhochschule Bielefeld und Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP e.V.).
- Kohlwes, Heidi (2009):** Ein Beruf für höhere Töchter. Physiotherapie in den 50er Jahren. In: Physiopraxis, 10 (7), S. 40-42.
- Köpke, Sascha/Meyer, Gabriele (2013):** Aktuelle Entwicklungen in der Pflegeforschung. In: Zängl, Peter (Hg.): Pflegeforschung trifft Pflegepraxis. Jahrbuch 2012/2013 des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege. Wiesbaden: Springer VS, S. 51-63.
- Kreutzer, Susanne (2005):** Vom „Liebesdienst“ zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt am Main: Campus.
- Kultusministerkonferenz (KMK) (1998):** Einführung eines Akkreditierungsverfahrens für Bachelor-/Bakkalaureus- und Master-/Magisterstudiengänge. Beschluss der

Kultusministerkonferenz vom 3.12.1998. http://www.kmk.org/no_cache/presse-und-aktuelles/pm1998/284plenarsitzung/akkreditierungsverfahren.html?swod_list%5B%5D=regelstudienzeit (Abruf: 13.05.2015).

Maier, Konrad/Spatschek, Christian (2010): Materialien zur Entwicklung des Arbeitsmarktes für SozialarbeiterInnen/SozialpädagogenInnen mit Fachhochschulabschluss in der Bundesrepublik Deutschland. Fachbereichstag Soziale Arbeit. http://www.fbts.de/fileadmin/fbts/Archiv/Materialien_zur_Entwicklung_des_Arbeitsmarktes_SA_SP_2010.pdf (Abruf: 13.05.2015).

Meyer, Rita (2006): Qualifikationsentwicklung und -forschung für die berufliche Bildung. Besiegelt der Europäische Qualifikationsrahmen den Niedergang des deutschen Berufsbildungssystems? In: bwp@, 11. http://www.bwpat.de/ausgaben/meyer_bwpat11.shtml (Abruf: 13.05.2015).

Mittelstraß, Jürgen (2007): Methodische Transdisziplinarität – Mit der Anmerkung eines Naturwissenschaftlers. Berlin. http://www.leibniz-institut.de/archiv/mittelstrass_05_11_07.pdf (Abruf: 13.05.2015).

Nationale Agentur Bildung für Europa (Hg.) (2009): Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.

Olbrich, Christa (2010): Pflegekompetenz. 2. Auflage. Bern: Huber.

Pauls, Helmut (2013): Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. Donau-Universität Krems. <http://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/191> (Abruf: 13.05.2015).

Reiber, Nicole (2011): Transparenz – Mobilität – Durchlässigkeit. Chancen und Grenzen von Qualifikationsrahmen für die Pflegeberufe. In: bwp@ Spezial 5 – Hochschultage Berufliche Bildung 2011, S. 1-9. http://www.bwpat.de/ht2011/ft4/reiber_ft4-ht2011.pdf (Abruf: 13.05.2015).

Robert Bosch Stiftung (Hg.) (2013): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart. http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf (Abruf: 13.05.2015).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. <http://www.svr-gesundheit.de/?id=79> (Abruf: 13.05.2015).

Schämann, Astrid (2005): Akademisierung und Professionalisierung der Physiotherapie: „Der studentische Blick auf die Profession“. Dissertation. Humboldt-Universität, Berlin.

Schilling, Johannes (2013): Didaktik, Methodik Sozialer Arbeit. Grundlagen und Konzepte. 6., aktualisierte Auflage. München/Basel: Reinhardt.

Schilling, Johannes/Zeller, Susanne (2010): Soziale Arbeit. Geschichte, Theorie, Profession. 4., überarbeitete Auflage. München/Basel: Reinhardt.

Statista (2014a): Frauenanteil in verschiedenen Berufsgruppen in Deutschland 2013 | Statistik. <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/167555/umfrage/frauenanteil-in-verschiedenen-berufsgruppen-in-deutschland/> (Abruf: 13.05.2015).

- Statista (2014b):** Anzahl nichtärztliches Krankenhauspersonal in Deutschland nach Berufsbezeichnung im Jahr 2013. <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/291376/umfrage/anzahl-nichtaerztliches-krankenhauspersonal-in-deutschland-nach-berufsbezeichnung> (Abruf: 13.05.2015).
- Statistisches Bundesamt (2014):** Equal Pay Day: Frauenarbeiten bis zum 21. März unentgeltlich. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/ImFokus/VerdiensteArbeitskosten/Verdienstunterschiede2013.html> (Abruf: 13.05.2015).
- Statistisches Bundesamt (2015):** Beschäftigte im Gesundheitswesen. <http://www.gbe-bund.de> (Abruf: 13.05.2015).
- Stichweh, Rudolf (2013):** Wissenschaft, Universität, Professionen. Soziologische Analysen. Bielefeld: transcript.
- Stubner, Birgit M./Räbiger, Jutta/Warnke, Andrea/Walkenhorst, Ursula/Lenck, Beate/Koppetsch, Sabine (2013):** Interdisziplinärer hochschulischer Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie. FQR-ThGFB. Berlin: Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG). http://hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/FQR_ThGFB_%20HVG_2014_final.pdf (Abruf: 13.05.2015).
- Verband der Universitätsklinika (VUD)/Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU)/Medizinischer Fakultätentag (MFT) (2014):** Universitätsmedizin braucht Finanzierung für Aufbau akademischer Ausbildungen in der Pflege und anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Stellungnahme. Berlin. http://www.mft-online.de/files/140213_stellungnahme_akademisierung_pflegerberufe.pdf (Abruf: 13.05.2015).
- Wissenschaftsrat (WR) (2012):** Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> (Abruf: 13.05.2015).

Weiterführende Literatur

- Brummer, Matthias/Christ, Andreas/Kutzner, Christian (2011):** Der Akademisierungsprozess der Physiotherapie im deutschsprachigen Raum: Ein Überblick über Prozesse, Hintergründe und Masterstudiengänge. München: Akademische Verlagsgemeinschaft.
- Moses, Simone (2015):** Die Akademisierung der Pflege in Deutschland. Bern: Huber.
- Pauls, Helmut (2013):** Klinische Sozialarbeit. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Schilling, Johannes/Zeller, Susanne (2012):** Soziale Arbeit. Geschichte, Theorie, Profession. 5., durchgesehene Auflage. München/Basel: Reinhardt.

Ausgewählte Informationsressourcen im Web

Übersicht über aktuelle Studiengänge

<http://www.hochschulkompass.de> (Abruf: 13.05.2015).
Hochschulkompass der Hochschulrektorenkonferenz.

Weitere Informationen zu den Fachverbänden

<https://www.physio-deutschland.de> (Abruf: 13.05.2015).

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V.

<http://www.dbfk.de> (Abruf: 13.05.2015).

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) – Bundesverband e.V.

<http://www.dvsg.org> (Abruf: 13.05.2015).

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) e.V.