

VDES Positionspapier zur Zukunft der Ergotherapieausbildung

Ziel des Positionspapiers ist eine innerverbandliche Diskussion im VDES, die im Ergebnis eine öffentliche Positionierung ermöglicht.

Der VDES unterstützt die Bestrebungen, die Ergotherapie-Ausbildung grundständig an Hochschulen anzusiedeln und den Bachelorabschluss zum Qualifikationsniveau der staatlich geprüften Ergotherapeutin und des staatlich geprüften Ergotherapeuten zu machen. Wir sind uns bewusst, dass es eines Übergangs bedarf, den wir als Berufsfachschulen verantwortlich mitgestalten wollen und müssen.

Denn:

Die demografische und epidemiologische Entwicklung unserer Gesellschaft führt zu einem veränderten Versorgungsbedarf der Patient*innen. Eine zukünftige, sich wirtschaftlich und strukturell verändernde Gesundheitsversorgung erfordert ein höheres Maß an eigenverantwortlichem beruflichem Handeln mit einer verstärkten interprofessionellen Kooperation und Kommunikation zwischen den Therapeut*innen der Gesundheitsfachberufe und den Ärzt*innen (vgl. Gutachten des Sachverständigenrates, 2007). Die zunehmende Bedeutung der geriatrischen Gesundheitsversorgung und die Weiterentwicklung ergotherapeutischer Aufgabenbereiche hin zu Prävention und Gesundheitsförderung ergeben neue und komplexere Aufgabenbereiche, u.a. in der Steuerung personenbezogener Prozesse oder in der Entwicklung von Konzepten. Diese Anforderungen an die ergotherapeutische Tätigkeit sowie ein erhöhtes Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverständnis der Patient*innen erfordern evidenzbasiertes ergotherapeutisches Handeln, in dem Patient*innen-Bedürfnisse unter Einbezug aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse Berücksichtigung finden müssen. Nur an Hochschulen und Universitäten kann neues Wissen generiert und bestehendes Wissen überprüft werden. Ergotherapeut*innen sind in ihrer Leistungserbringung zur Qualitätssicherung verpflichtet: „Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.“ (§ 135a, Abs.1 SGB V).

Das können Berufsfachschulen nicht leisten, zumal die Berufsgesetze keine hochschulische Lehrer*innenbildung als formale Voraussetzung für das Lehrpersonal fordern. Zudem existieren weder systematische fachdidaktische Forschung noch eine Forschungsstelle zur Entwicklung und Evaluation von Lehrplänen. Es ist in diesem Kontext wenig hilfreich, wenn einerseits das Fehlen evidenzbasierter Interventionen für eine ergotherapeutische Verordnung bzw. Behandlung (vgl. GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012) beklagt wird, andererseits aber der Zugang zum Hochschul- und damit Forschungsraum nach wie vor in Frage gestellt bzw. befristet wird.

Die Forschungsaktivitäten holländischer, englischer und schwedischer Kolleg*innen aber auch Kolleg*innen der Schweiz und Österreich zeigen, welchen Gewinn die Gesundheitsversorgung aus einer hochschulischen Ausbildung ziehen kann. Die in diesem Zusammenhang auch diskutierte Akademisierungsquote von 10-20% (WR, 2015) ist nicht zielführend. Eine Strategie der `Elitenbildung` für die Ergotherapie wird

aufgrund wenig ausgeprägter Aufgabendifferenzierung in der Therapie und Organisation bei der Lösung anstehender Probleme nicht hilfreich sein.

Und dass auch Hochschulen praxisfähige Absolvent*innen entlassen können, zeigen die Modellstudiengänge und seit Jahrzehnten viele Ausbildungsgänge insbesondere in den technischen Disziplinen. Eine strukturelle Veränderung der Ausbildung hin zur grundständigen hochschulischen Qualifikation würde die Voraussetzung schaffen, die Zukunft dieses wichtigen Gesundheitsfachberufes zu sichern und ihn für qualifizierte Bewerber*innen attraktiv zu halten.

Nationale und europäische Perspektiven auf die Ergotherapie Ausbildung

Die Situation in Deutschland:

Ergotherapie ist nach SGB V ein anerkanntes Heilmittel und mit mehr als 61000 Berufstätigen (43000 Vollzeitäquivalente) die zweitgrößte Gruppe nach der Physiotherapie unter den Heilmittelerbringern. Mehr als die Hälfte der Berufstätigen (ca. 86 % Frauen) sind in Teilzeit tätig. Hauptarbeitgeber*innen sind die ambulanten Einrichtungen (Praxen), in denen fast 50 %¹ der Kolleg*innen tätig sind.

Die dreijährige, durch ein Bundesgesetz geregelte Ausbildung wird derzeit an 187 Schulen für Ergotherapie (Schulen des Gesundheitswesens bzw. Berufsfachschulen) durchgeführt, 86 % der Ausbildungseinrichtungen sind in privater Trägerschaft und in der Regel schulgeldpflichtig². Die jährliche Zahl der Absolvent*innen betrug 2016 insgesamt 2702, die Gesamtzahl der Schüler*innen belief sich 2015/16 auf knapp mehr als 10 000 und ist damit in etwa im Bereich der Zahlen von 2013 und 2014³.

Um Transparenz und Mobilität in Europa zu ermöglichen haben die europäischen Institutionen 2008 den Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) entwickelt. Er soll als Übersetzungsinstrument nationale Qualifikationen europaweit verständlich und vergleichbar machen. Auf dieser Grundlage wurde nach Beschluss des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie, der Kultusministerkonferenz und der Wirtschaftsministerkonferenz der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) am 1. Mai 2013 eingeführt. Ergebnis dieser Übereinkunft ist die Eingruppierung der Ergotherapie wie auch der anderen Gesundheitsfachberufe auf das DQR Niveau 4. Diese Einstufung entspricht der aller Ausbildungsgänge des Dualen Berufsbildungsweges. Anders jedoch als diese Berufsabschlüsse kann eine Ergotherapeutin und ein Ergotherapeut sofort nach erfolgreichem Ausbildungsabschluss und der damit verbundenen staatlichen Anerkennung sich in eigener Praxis niederlassen und (nach ärztlicher Verordnung) ohne Aufsicht und in großer Eigenverantwortung Patient*innen behandeln. Daher entspricht die DQR Einstufung nicht den erforderlichen beruflichen Kompetenzen.

Mit Einführung der sog. Modellklausel in das Berufsgesetz (2011) kann zurzeit auch an 8 Hochschulen der Beruf im Zuge eines Bachelorstudiums primärqualifizierend erworben werden. Daneben existieren seit 1998 zahlreiche sogenannte additive

¹ Statistisches Bundesamt (2017): Gesundheitspersonalberechnung

² Deutscher Verband der Ergotherapeuten (2017): Ausbildung in der Ergotherapie

³ Stat. Bundesamt (2017): Bildung und Kultur, Fachserie 11, Reihe 2

Studiengangs-Konstruktionen, die entweder nach oder parallel zu der Ausbildung an Ergotherapie-Schulen mit einem Bachelor Abschluss enden.

Anders als die Abschlüsse an Schulen des Gesundheitswesens/Berufsfachschulen wird die/der staatlich anerkannte Ergotherapeut*in mit Bachelor Abschluss auf das DQR Niveau 6 eingestuft. Die damit beschriebenen Kompetenzen gehen über das Kompetenzniveau 4 dadurch hinaus, dass sie neben der Anwendung wissenschaftlicher Grundlagen die Weiterentwicklung eines beruflichen Tätigkeitsfeldes und das kritische Verständnis der Theorien und Methoden einschließen. Sie sollen ebenfalls über ein sehr breites Spektrum an Methoden zur Bearbeitung komplexer Probleme in einem wissenschaftlichen Fach bzw. beruflichen Tätigkeitsfeld verfügen. Sie können neue Lösungen erarbeiten und unter Berücksichtigung unterschiedlicher Maßstäbe beurteilen, auch bei sich häufig ändernden Anforderungen. Es ist unschwer abzuleiten, dass das Gesundheitssystem und damit die Patientenversorgung durch therapeutisches Personal mit diesen Kompetenzausprägungen wie sie der DQR 6 beschreibt nur gewinnen kann.

Situation in Europa:

Die Integration bzw. Harmonisierung der Bildung in Europa ist für die Politik immer ein starkes Argument für Reformen. Wir haben es um die Jahrtausendwende mit dem Bolognaprozess erlebt. Damals wurde das weltweit sehr angesehene Deutsche Diplom zugunsten von Bachelor- und Master aufgegeben, um EU kompatibel zu sein. Es war eine Herkulesaufgabe, man wollte es und hat es geschafft, obwohl es die Hochschulen über Jahre in Atem gehalten und viel Geld gekostet hat.

Wie u.a. die sog. GesinE-Studie (2012)⁴ zeigt, werden in den von der Studie in den Blick genommenen Länder Niederlande, Frankreich, Österreich und Großbritannien Ergotherapie an Hochschulen ausgebildet. Erhebungen des Europäischen Netzwerks der Ergotherapie Ausbildungen(ENOTHE) zeigen, dass über die untersuchten Länder hinaus auch alle übrigen europäischen Länder die Ergotherapie Ausbildung an Hochschulen mit Bachelorabschluss angesiedelt haben.

Wo liegt also der Grund, warum man sich in Deutschland in diesem Punkt nicht anpassen möchte?

Als Hauptargumente gegen eine grundlegende Veränderung der Strukturen werden immer wieder genannt:

- Es sollen die Therapieberufe als attraktive Berufe auch für Schulabgänger*innen mit mittleren Bildungsabschlüssen erhalten bleiben;
- Eine mit der hochschulischen Qualifikation zu erwartende Kostensteigerung für das Gesundheitssystem;
- Verstärkung des Fachkräftemangels.

Blicken wir auf die Forderung, dass sogenannte „attraktive Berufe“ auch für die mittleren Bildungsabschlüsse erhalten bleiben sollen, steht dem entgegen, dass die Zahl der Realschüler*innen sich von 2014/15 bis 2016/17 um ca. 100.000 verringert

⁴ BMBF: Bestandsaufnahme der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich, Band 15 der Berufsbildungsforschung

hat bei gleichzeitigen stabilen Zahlen für Gymnasialschüler*innen⁵. Bei allem Verständnis für diese bildungspolitische Perspektive, sollte sie nicht Maßstab für eine verantwortliche Patientenversorgung sein, einzig die notwendige Qualifikation darf im Interesse des Patientenwohls die Entscheidung lenken. Bildungspolitisch wichtig wäre es Strukturen zu schaffen, die für Realschüler Übergänge in die hochschulische Ausbildung ermöglichen.

Die derzeitige Entgeltsituation der Berufsangehörigen entspricht in keiner Weise der verantwortlichen Tätigkeit. Das hat u.a. unserer ehemalige Gesundheitsminister Gröhe in aller Deutlichkeit festgestellt. Der Verdienstmedian liegt zurzeit bei ca. 2300,00 € (Arbeitsagentur/Entgeltatlas). Eine Verdienststeigerung ist einerseits über die (befristete) Loslösung von der Grundlohnsumme eingeleitet und andererseits sind die Forderungen der Leistungserbringer unabhängig von der Diskussion des Qualifikationsniveaus noch nicht erfüllt.

Die Hochschulen als zukünftiger Ausbildungsort haben mit dem Bologna Prozess (1999) und der damit einhergehenden Umstellung der akademischen Abschlüsse auf Bachelor und Master den Auftrag erhalten, das Bachelorstudium als ersten berufsqualifizierenden Hochschulabschluss zu entwickeln. Für einen Beruf wie den unseren, in dem ein großes Teil der Beschäftigten sofort in hoher Eigenverantwortung mit Menschen in gesundheitlichen „Notlagen“ arbeitet, bedeutet dies sofortige Praxisfähigkeit nach Abschluss des Studiums und der staatlichen Prüfung. Das lässt sich nicht über Buchwissen realisieren, sondern muss auch durch konkrete aber eng begleitete Praxiserfahrung ergänzt werden. Das kann über die Berufsgesetze und daraus abgeleitete hochschulische Curricula bei entsprechender professoraler Personalausstattung und einem dem entsprechenden akademischen Mittelbau gesichert werden. Die derzeit bestehenden Modellstudiengänge und die Umstellungen in Österreich und der Schweiz zeigen, dass dies trotz Umstellungs- und Anpassungsschwierigkeiten möglich ist. Schon bestehende Kooperationen zwischen Hochschulen und Berufsfachschulen in Deutschland sind mit ihren Erfahrungen ein Ansatzpunkt für die weiteren Entwicklungen. Derartige Kooperationen helfen in der Übergangsphase einem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Der Umstellungsaufwand ist sicher nicht gering und braucht seine Zeit. Neben der Absicht und dem Willen braucht es auch einen (Master-) Plan für eine Übergangszeit von möglicherweise 15 Jahren bis zum vollständigen Umbau. Bei derzeit 3700 Lernenden im ersten Ausbildungsjahr jährlich könnte in diesem Zeitraum eine ausreichende Zahl an Studienplätzen geschaffen werden.

5